

les dépenses
de Santé
en 2014

édition 2015

Résultats des Comptes
de la santé

Sous la direction de

Magali Befly, Romain Roussel, Julie Solard, Myriam Mikou



Comptes et rédaction – France

Marion Bouvet, Hélène Soual

Avec la participation de :

Bénédicte Boisguérin, Pauline Bougault, Pierre-Louis Coursaget,
Alexis Montaut, Léa Mauro, Céline Pilorge

Rédaction – Europe

Carine Ferretti

Avec la participation de :

Ysaline Padieu



Dossiers et éclairages

Marion Bouvet, Vincent Le Palud, Claire Marbot, Myriam Mikou, Étienne Perron-Bailly,
Céline Pilorge, Catherine Pollak, Romain Roussel, Engin Yilmaz (DREES),
Anne Fagot-Campagna, Christelle Gastaldi-Menager, Claude Gissot,
Grégoire de Lagasnerie, Dominique Polton, Pauline Ricci-Renaud (CNAMTS),
Florence Jusot (PSL), Jérôme Wittwer (ISPED)



Directeur de la publication

Franck von Lennep

Présidente de la commission des Comptes de la santé

Dominique Polton

Responsable d'édition

Carmela Riposa



Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la santé. Étant donné le nombre important d'organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera plus particulièrement, pour la diversité et le volume des données fournies, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Régime social des indépendants (RSI), la Mutualité sociale agricole (MSA), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), le Fonds CMU, les entreprises du médicament (LEEM).

AVANT-PROPOS

Les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ils constituent un des comptes satellites des Comptes nationaux, dont ils adoptent la méthodologie. Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2014, aux données semi-définitives de l'année 2013 et aux données définitives des années 2006 à 2012.

Ils servent de base à l'élaboration des Comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Une vue d'ensemble présente les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2014, détaillées par poste dans les fiches thématiques qui la suivent. Celles-ci sont classées de manière à expliciter tour à tour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des Comptes de la santé, une notion de dépense plus englobante qu'est la dépense courante de santé (DCS) et, enfin, le financement de ces dépenses. Viennent ensuite des fiches faisant le parallèle entre les concepts de dépense des Comptes de la santé et ceux usuellement employés par ailleurs pour l'ONDAM ou les comptes de la Sécurité sociale. Une mise en perspective internationale clôt les fiches. Les principes méthodologiques qui sous-tendent ces évaluations sont exposés en annexe, de même que les tableaux détaillés complets décrivant les différents postes de dépense et leurs financeurs.

L'ouvrage comprend également plusieurs éclairages et dossiers originaux, qui approfondissent les évolutions des dépenses de santé sous l'angle des cliniques privées, des hôpitaux, mais aussi du reste à charge des ménages après assurance maladie obligatoire...

LA DÉPENSE DE SANTÉ EN 2014

Présentation des résultats des comptes de la santé

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	23
A. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	27
A1 La consommation de soins et de biens médicaux	28
A2 L'évolution de la CSBM depuis 1950	30
A3 La consommation de soins hospitaliers	32
A4 L'offre hospitalière	34
A5 L'activité hospitalière	36
A6 L'activité en hospitalisation à domicile	38
A7 La consommation de soins de médecins généralistes	40
A8 La consommation de soins de spécialistes	42
A9 Les effectifs de médecins	44
A10 Les sages-femmes	46
A11 Les infirmiers	48
A12 Les masseurs-kinésithérapeutes	50
A13 Les autres auxiliaires médicaux	52
A14 Les soins dentaires	54
A15 Les transports de malades	56
A16 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	58
A17 La consommation de médicaments en ville	60
A18 La structure des ventes de médicaments en officine	62
A19 Les autres biens médicaux	64
A20 Le fonds d'intervention régional (FIR)	66
B. La dépense courante de santé (DCS)	69
B1 La dépense courante de santé	70
B2 Les soins de longue durée aux personnes âgées	72
B3 Les soins de longue durée aux personnes handicapées	74
B4 Les indemnités journalières	76
B5 La prévention institutionnelle	78
B6 Les dépenses en faveur du système de soins	80
B7 Les coûts de gestion du système de santé	82
C. Le financement de la santé	85
C1 Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	86
C2 Le financement de la CSBM depuis 1950	88
C3 Les financements publics	90
C4 Le financement par les organismes complémentaires	92
C5 Le financement du Fonds CMU	94
C6 Le reste à charge des ménages	96
D. L'articulation de la CSBM avec les principaux agrégats de dépense	99
D1 De la dépense remboursée par la Sécurité sociale à la consommation totale	100
D2 La CSBM, la DCS et l'ONDAM	102
D3 Du marché du médicament à sa consommation au sens des Comptes de la santé	104

E. La dépense de santé en comparaison internationale	107
E1 Comparaisons internationales de la dépense courante de santé	108
E2 Comparaisons internationales sur le reste à charge des ménages	110
E3 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	112
E4 Comparaisons internationales sur les médecins	114
E5 Comparaisons internationales sur les dépenses pharmaceutiques	116
E6 Les soins de longue durée (Long-Term Care)	118
E7 Comparaisons des besoins de soins non satisfaits	120
Dossiers	123
Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ?	125
Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire	141
Éclairages	171
Accessibilité des soins et assurance maladie : qu'en pensent les Français ?	173
En 2014, la décroissance du marché de vente des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit	183
Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans	199
La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et en 2014	209
La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2013	221
Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013	231
Annexes	239
1. Les agrégats des Comptes de la santé	241
2. Les révisions des Comptes de la santé 2014	243
3. La méthodologie des Comptes de la santé	244
4. Les indices de prix et de volume des Comptes de la santé	246
5. Liste des sigles utilisés	249
6. Glossaire	252
Tableaux détaillés 2006-2014	255
Consommation de soins et de biens médicaux	257
Dépense courante de santé	261
Dépenses de santé par type de financement	263

VUE D'ENSEMBLE

En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 8,9 % du PIB en 2014 ; ce pourcentage croît légèrement depuis 2012. Sur la période 2006-2014, le rythme de croissance en valeur de la CSBM a connu un ralentissement sensible : il était de +4,0 % en 2007, il s'est établi à +3,1 % en 2008 et 2009, et reste inférieur à +3 % depuis cinq ans. Il est néanmoins légèrement plus élevé en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 et 2012.

Cette dépense est financée à 76,6 % par l'Assurance maladie. Cette part a crû de 0,7 point entre 2011 et 2014, en raison du dynamisme des dépenses qu'elle prend le plus en charge (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports sanitaires, médicaments coûteux – en particulier rétrocession hospitalière) et de la progression continue du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur. À l'inverse, phénomène nouveau, la part des organismes complémentaires diminue légèrement, et représente 13,5 % de la dépense en 2014.

Le reste à charge des ménages s'établit en 2014 à 8,5 %. Pour la troisième année consécutive, il baisse de 0,2 point, par contrecoup de l'évolution constatée sur les autres financeurs.

Quant à la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, elle s'élève à 256,9 milliards d'euros en 2014, soit 12,0 % du PIB. Cette dépense représente environ 3 900 euros par habitant.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) en France représente 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale. La France se place ainsi en sixième position au sein de l'OCDE, loin derrière les États-Unis et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse, de la Suède et de l'Allemagne.

En 2014, la dynamique de la dépense de santé est portée par celle du médicament et le reste à charge des ménages continue de se réduire

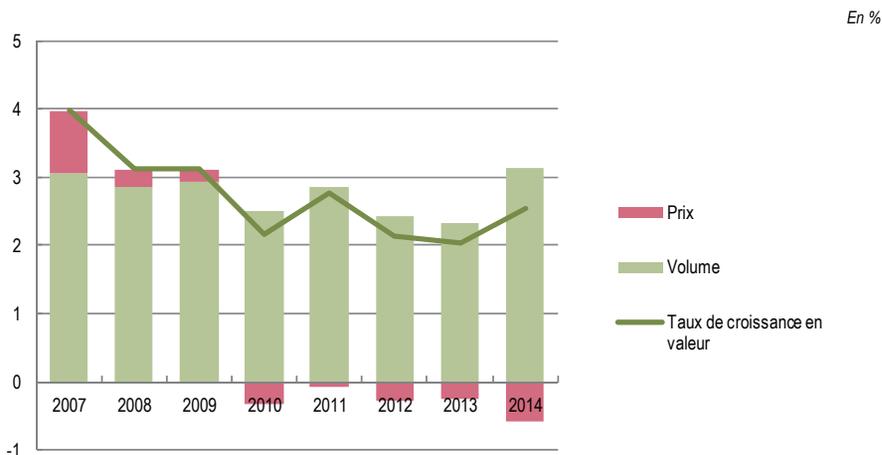
Une dépense de santé moyenne de 2 900 euros par habitant...

En 2014, la **consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**, qui représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant.

Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme de l'ordre de 5,0 % à 6,0 % par an. Suite aux mesures d'économie et de régulation prises depuis, sa croissance a sensiblement ralenti : elle était de +4,0 % en 2007 ; elle s'est établie à +3,1 % en 2008 et 2009 et reste inférieure à +3 % depuis cinq ans (*graphique 1*). Néanmoins, la CSBM croît légèrement plus rapidement en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 (+2,0 %) et en 2012 (+2,1 %). La légère accélération de 2014 est en partie due aux nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C qui dynamisent la consommation de médicaments.

La CSBM représente ainsi 8,9 % du PIB en 2014 ; ce pourcentage croît légèrement depuis 2012.

Graphique 1 – Taux de croissance de la CSBM



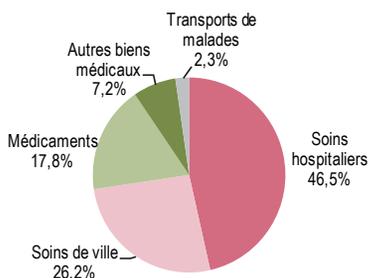
Source : DREES, Comptes de la santé.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète), pour 46,5 % du total (*graphique 2*);
- la consommation de soins de ville : soins en cabinets libéraux et en dispensaires, soins de laboratoires et cures thermales, pour 26,2 % du total¹ ;
- la consommation de médicaments, qui représente 17,8 % de la dépense ;
- la consommation d'autres biens médicaux, pour 7,2 % de la dépense ;
- et la consommation de transports de malades, 2,3 % du total.

¹ Dans les Comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

Graphique 2 – Structure de la CSBM en 2014



Source : DREES, Comptes de la santé.

... à la dynamique soutenue par le médicament en 2014

Quatre des cinq composantes de la CSBM progressent moins vite en 2014 qu'en 2013 : les soins hospitaliers, les soins de ville, les dépenses d'autres biens médicaux et celles de transports (*graphique 3*). En revanche, après deux années historiques de recul en 2012 et 2013, les dépenses de médicaments en valeur repartent à la hausse en 2014. Cette rupture est due à l'introduction des traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, qui accroissent de plus de 80 % le montant de la rétrocession hospitalière.

Graphique 3 – Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM

En %



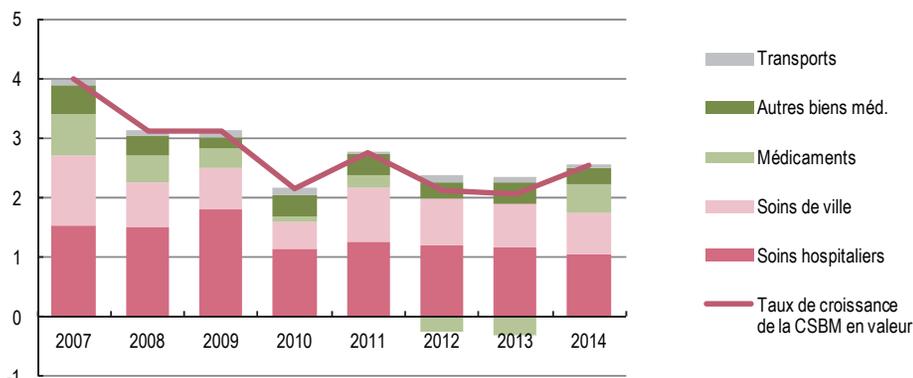
Source : DREES, Comptes de la santé.

À l'image des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2014 (+1,0 point) [*graphique 4*], compte tenu de leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (+0,7 point). En 2014, la contribution des médicaments est positive (+0,5 point). Enfin, la croissance de la CSBM est tirée à la hausse par les transports sanitaires et les autres biens médicaux (+0,3 point pour l'ensemble des deux), postes de consommation de poids relativement modestes (9,5 % de la CSBM à eux deux) mais dynamiques.

2 La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat.

Graphique 4 – Contributions à la croissance en valeur de la CSBM

En %



Source : DREES, Comptes de la santé.

En baisse depuis 2010, le prix moyen de la CSBM recule à nouveau en 2014, de 0,6 %. En cumulé, le prix de la CSBM a diminué de 1,5 % en cinq ans, sous l'effet de la baisse du prix des médicaments³, que n'ont pas compensé les hausses de prix des soins de ville et à l'hôpital. Le recul du prix des médicaments s'était en effet amplifié entre 2011 et 2013 (-4,4 % en 2013, après -3,2 % en 2012 et -2,0 % en 2011) du fait des baisses de prix toujours importantes et de la génériqueation de médicaments très consommés. En 2014, les moindres tombées de brevets et la stabilisation du taux de pénétration des génériques expliquent la légère modération de la baisse des prix du médicament, qui reste néanmoins importante (-3,7 %).

L'augmentation en volume de la CSBM, qui se déduit de ses évolutions en valeur déflatées par son prix, atteint +3,1 % en 2014. Elle progresse donc plus fortement en 2014 qu'en 2012 (+2,4 %) et 2013 (+2,3 %), portée par le dynamisme de la consommation de médicaments (+6,6 % en volume). Les volumes des soins de ville et des soins hospitaliers progressent tous deux au même rythme en 2014 (+2,3 %). Par rapport à 2013, leur évolution est plus dynamique (respectivement +2,0 % et +1,9 %).

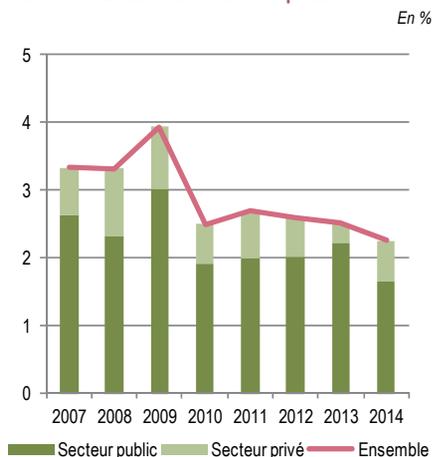
Les soins hospitaliers progressent moins vite que les années précédentes

La croissance totale des dépenses du secteur hospitalier s'établit, en 2014, à 2,3 % en valeur comme en volume, soit un rythme de croissance légèrement plus faible qu'en 2013 (+2,5 %) et 2012 (+2,6 %) [graphique 5].

- Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 68,3 milliards d'euros en 2014. Elle progresse de 2,2 % en valeur après +2,9 % en 2013. Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées au début des années 2000, en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production.
- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins atteint 20,3 milliards d'euros. Dans une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. Son rythme de croissance, atypiquement bas en 2013 (+1,3 %), est plus élevé en 2014 (+2,6 %). La croissance de la consommation de soins hospitaliers privés est portée par la croissance des honoraires (+4,1 % en 2014). En revanche, les frais de séjour augmentent plus faiblement (+2,0 %).

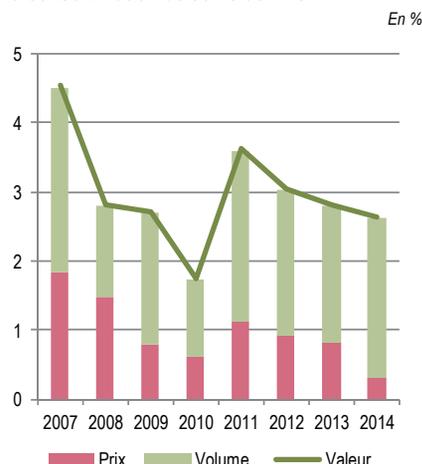
³ Les indices de prix des médicaments, calculés par l'INSEE, ne retracent pas le fait qu'ils soient plus coûteux ; les médicaments innovants intègrent l'échantillon suivi l'année suivant leur mise sur le marché.

Graphique 5 – Taux d'évolution de la consommation de soins hospitaliers



Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 6 – Taux d'évolution de la consommation de soins de ville



Note : La consommation de soins de ville inclut les soins des médecins, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Les auxiliaires médicaux expliquent la moitié de la croissance des soins de ville

En 2014, la consommation de soins de ville s'élève à 50,0 milliards d'euros. Après une évolution particulièrement faible en 2010 (+1,7 %) en raison d'un contexte épidémiologique favorable et de l'absence de revalorisation notable, la croissance en valeur de ces soins avait repris en 2011 (+3,6 %). Elle est moins rapide depuis (+3,1 % en 2012, +2,8 % en 2013 et +2,6 % en 2014) [graphique 6]. Depuis trois ans, les soins d'auxiliaires médicaux sont à l'origine de plus de la moitié de la croissance des soins de ville alors qu'ils ne représentent qu'un quart de cet agrégat (27,6 %).

En effet, les soins des auxiliaires médicaux sont très dynamiques, qu'ils soient délivrés par les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes. Ils progressent au global de +5,4 % en volume. En comparaison, les évolutions des autres postes composant les soins de ville sont bien moindres : le volume des soins de médecins et de sages-femmes progresse de 2,0 % et celui des soins des dentistes recule de 1,2 %. Le volume des analyses qui avait reculé pour la première fois depuis quinze ans en 2012, recule à nouveau de 0,4 % en 2014, après une stabilité en 2013.

Après avoir augmenté de 1,1 % en 2011 en raison de la hausse tarifaire de la consultation de généraliste, le prix des soins de ville a progressé plus faiblement en 2012 (+0,9 %) et en 2013 (+0,8 %). Sa hausse ralentit encore en 2014 (+0,3 %).

- En 2014, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville**⁴ (en cabinets libéraux et en dispensaires) est évaluée à 8,7 milliards d'euros, en augmentation depuis deux ans (+1,5 % après +0,6 % en 2013 et -0,7 % en 2012). En 2014, la consommation en volume augmente (+1,3 %, après +0,4 % en 2013) en lien avec la montée en charge du forfait médecin traitant et l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées depuis le 1^{er} juillet 2014. La croissance des prix⁵ est, quant à elle, restée faible depuis 2012 : +0,2 % en 2014, +0,1 % en 2013 et +0,5 % en 2012.
- La consommation de **soins de spécialistes en ville** est évaluée à 11,1 milliards d'euros ; elle poursuit sa croissance (+2,6 % en 2014, après +2,3 % en 2013 et +1,6 % en 2012).

4 Cette dépense comprend les honoraires des médecins (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

5 L'indice INSEE de prix des médecins est commun aux généralistes, aux spécialistes et aux sages-femmes.

La croissance des volumes s'établit à 1,4 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2014. Cette progression est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2014).

- La consommation de **soins de sages-femmes en ville** s'élève à 242 millions d'euros en 2014. Elle est particulièrement dynamique (+6,7 % par an entre 2006 et 2012). Ces deux dernières années, la croissance a été encore plus forte (+15,5 % en 2013 et +10,7 % en 2014) sous l'effet de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO), qui instaure la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de la maternité.
- Les **soins d'auxiliaires médicaux** s'élèvent à 13,8 milliards d'euros. Cette dépense est composée de soins d'infirmiers⁶ (qui représentent 52 % du total), de kinésithérapeutes (pour 40 % du total) et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour près de 9 % du total). Les soins d'auxiliaires médicaux sont dynamiques, mais progressent moins vite qu'en 2013 (+5,4 % après +6,4 %). Les soins infirmiers augmentent de 5,6 % (après +6,8 % en 2013) et ceux des kinésithérapeutes de 5,3 % (après +5,7 %). Le prix de ce poste est resté stable en 2014, après +2,2 % en 2013, les dernières revalorisations datant de la mi-2012.
- Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 10,6 milliards d'euros en 2014, soit une légère baisse par rapport à 2013 (-0,1 %). Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, ce poste progresse moins rapidement depuis 2005. Toutefois, sa dynamique réelle est difficile à appréhender : les actes hors nomenclature dentaire (par exemple, l'orthodontie pour les assurés de plus de 16 ans, les implants dentaires) se développent et échappent à la statistique publique. Depuis 2009, le prix des soins dentaires progresse de 1,0 % environ chaque année (en particulier, +1,1 % en 2014). Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 : l'examen de prévention bucco-dentaire des jeunes a été revalorisé de 25 à 30 euros en février 2013, le tarif de la consultation a été porté de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la nomenclature des actes dentaires sont, quant à elles, entrées en vigueur en juin 2014. Dans le même temps, les volumes, qui progressaient modérément ces dernières années, ont reculé de 1,2 % en 2014.
- En 2014, la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** s'élève à 4,2 milliards d'euros et diminue à nouveau (-0,4 %) après une stabilité en 2013 et un premier recul en 2012 (-1,3 %). Ce dernier était dû à une nouvelle diminution de cotation de certains actes, ainsi qu'aux mouvements de grève intervenus en février puis en novembre 2012. Le repli en 2014 est à rapprocher de la recommandation de la Haute Autorité de santé visant à réduire les dosages de vitamine D et de la poursuite des baisses de cotation d'actes.
- Les **autres soins et contrats** regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat – spécifiques à chaque profession –, rémunération sur objectif de santé publique [ROSP] des médecins et des pharmaciens) et les honoraires des autres professionnels de santé. En 2014, les autres soins et contrats s'élèvent à 866 millions d'euros, soit 18,8 % de plus qu'en 2013. La ROSP en est le principal poste. Depuis 2012, la ROSP médecins vient compléter la rémunération des praticiens (généralistes et certains spécialistes) en fonction du degré de réalisation d'objectifs, liés principalement à la qualité des soins et de prescription. Les médecins concernés par la ROSP ont perçu à ce titre en moyenne 4 215 euros pour l'année 2014. Cela représente une dépense totale pour l'Assurance maladie d'environ 400 millions d'euros, en forte augmentation depuis deux ans (elle atteignait 350 millions en 2013, après 290 millions en 2012). La délivrance de médicaments génériques donne lieu également à une ROSP pharmaciens. Son montant a plus que doublé depuis sa création : de 74 millions d'euros en 2012, il atteint 154 millions d'euros en 2014.

Les transports de malades, dynamiques depuis 2006, ont une croissance plus modérée en 2014

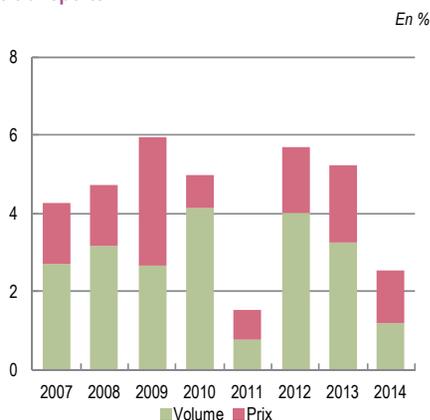
Ces dépenses recouvrent différents types de transports de malades : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment). Elles s'élèvent à 4,4 milliards d'euros en 2014.

Les transports sanitaires constituent un poste très dynamique (+4,7 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2013). En 2012 et 2013, ces dépenses de transport ont progressé de plus de 5,0 % par an, portées par une reprise des volumes et des prix (revalorisation de +2,6 % des tarifs des taxis en 2013, revalorisations successives des tarifs des ambulances et des VSL en 2012 et 2013). En 2014, les volumes et les prix ont ralenti. Les tarifs conventionnels des

⁶ Les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD – 1,6 milliard d'euros en 2014) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée compte tenu de leur nature.

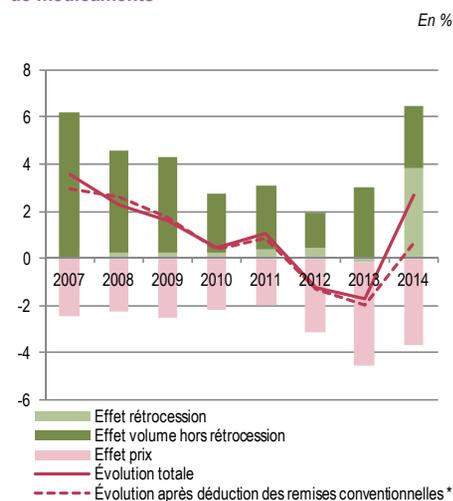
transporteurs n'ont pas évolué, mais les tarifs de taxis ont été revalorisés de 3,9 % au 1^{er} janvier 2014. La dépense de transport en valeur progresse ainsi de 2,6 % par rapport à 2013 (graphique 7).

Graphique 7 – Taux d'évolution des dépenses de transports



Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 8 – Évolution de la consommation de médicaments



* L'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Cependant, une part d'entre elles devrait l'être de la dépense hospitalière.

Source : DREES, Comptes de la santé.

La rétrocession hospitalière dynamise la consommation de médicaments

En 2014, la consommation de médicaments en ville, qui s'élève à 33,9 milliards d'euros, augmente de 2,7 %, après deux années marquées par des baisses historiques (-1,3 % en 2012 et -1,7 % en 2013). Cette hausse est portée par le dynamisme des médicaments rétrocedés (+83 % en 2014), sans lesquels la consommation globale de médicaments reculerait de 1,4 % en valeur (graphique 8). La rétrocession hospitalière a été, en effet, marquée en 2014 par l'arrivée de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, générant plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses⁷.

Les volumes de vente, dont la croissance était de 5,0 % en moyenne annuelle de 2007 à 2009, progressaient moins vite depuis 2010 (entre +2,0 % et +3,0 %), en lien avec la baisse des prescriptions et la modification des comportements, sous l'effet des mesures de maîtrise des dépenses. L'évolution de 2014 rompt avec la tendance des dernières années, puisqu'elle est marquée par une hausse significative des volumes (+6,6 %) en lien avec le dynamisme des produits rétrocedés. Hors rétrocession, la croissance des volumes reste toutefois proche de la tendance récente (+2,5 %).

Calculé à qualité constante par l'INSEE, excluant donc les nouveaux médicaments, le prix des médicaments diminue de 3,7 % en 2014, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,1 %). Leur prix recule depuis 1999, et ce de façon plus marquée depuis 2012. La diminution des prix des spécialités remboursables est due à la fois aux actions de maîtrise des prix (baisse de prix, instauration de tarifs forfaitaires de responsabilité [TFR], renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques »), à l'augmentation du nombre de spécialités génériques, et pour celles-ci, à la substitution croissante des génériques aux princeps. L'impact de la générication est toutefois moins marqué en 2014 du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser (+0,6 % en 2014 et +3,4 % par an depuis 1999).

Les autres biens médicaux progressent toujours vivement

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène : sa nomenclature, la liste des produits et prestations (LPP) contient près de 4 000 références. La consommation totale des autres biens médicaux en ville regroupe les dépenses de soins ambulatoires au titre de la LPP et des produits d'origine humaine (POH) comme le

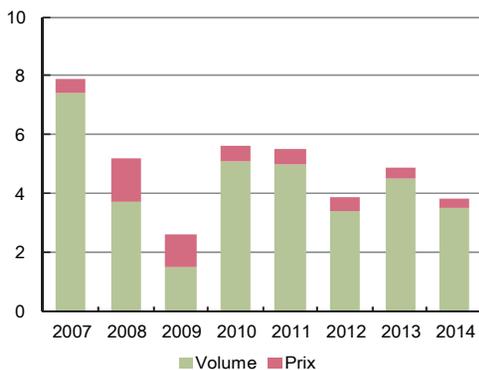
⁷ Ils ont cependant donné lieu à des remises conventionnelles supplémentaires (cf. poste « subventions au système de soins » plus loin).

plasma ou les plaquettes. Elle atteint 13,8 milliards d'euros en 2014 (soit 3,8 % de plus qu'en 2013) [graphique 9], dont 5,8 milliards d'euros pour l'optique, 2,6 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,4 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements. Les POH représentent une dépense très faible (2 millions d'euros en 2014).

La catégorie « matériels, aliments et pansements » (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions]...) constitue, de tous les soins et biens médicaux, le poste le plus dynamique. Ses dépenses ont progressé de 6,3 % en moyenne annuelle depuis 2006.

Graphique 9 – Taux d'évolution des dépenses d'autres biens médicaux

En %



Source : DREES, Comptes de la santé

Le reste à charge des ménages s'établit à 8,5 % en 2014

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec une prise en charge de 76,6 % de la dépense en 2014, soit 146,1 milliards d'euros (tableau 1). Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement avait légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Entre 2011 et 2014, elle a progressé de 0,7 point.

Les prises en charges de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents⁸ ainsi que de l'aide médicale de l'État (AME⁹) et des organismes de base au titre de la CMU-C représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2014.

La part des organismes complémentaires (OC – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) a augmenté jusqu'en 2013. La hausse était principalement portée par la prise en charge par les OC des autres biens médicaux, notamment de l'optique. Cependant, cette prise en charge s'est stabilisée depuis 2012. La part des organismes complémentaires dans la CSBM diminue légèrement en 2014, en lien avec l'augmentation de celle de la Sécurité sociale.

Enfin, le reste à charge des ménages, qui a augmenté de 2006 à 2008 (pour atteindre alors 9,3 %), diminue depuis : il s'établit à 8,5 % de la CSBM en 2014, en baisse de 0,2 point pour la troisième année consécutive. Il est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014 (graphique 10).

Ces évolutions sont à mettre en lien avec le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'Assurance maladie (notamment les soins hospitaliers, les médicaments coûteux, etc.) et avec la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD).

⁸ Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

⁹ Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

Tableau 1 – Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	En %								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sécurité sociale ⁽¹⁾	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6
État et CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires ⁽²⁾	12,8	13,0	13,2	13,3	13,4	13,6	13,7	13,7	13,5
dont mutuelles	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5	7,4	7,3	7,2
dont sociétés d'assurances	2,9	3,0	3,2	3,3	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7
dont Institutions de prévoyance	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6
Ménages	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5
Total	100,0								

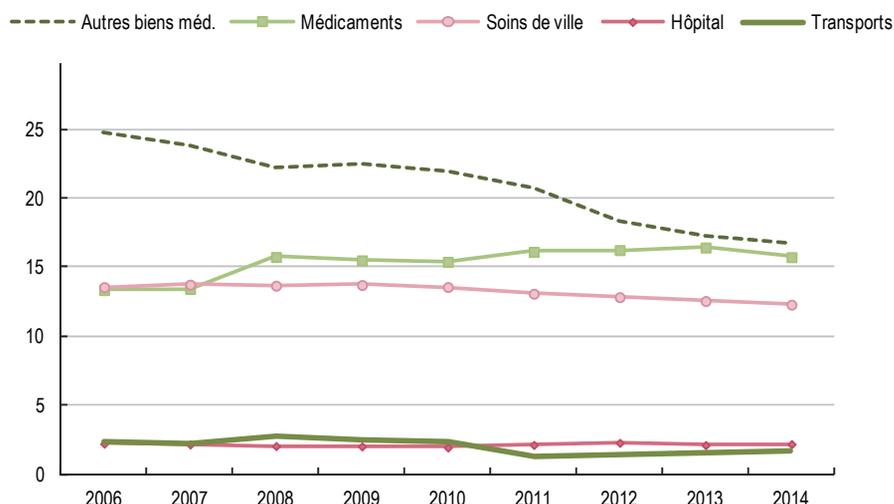
(1) Y compris déficit des hôpitaux publics, régimes Alsace Moselle et CAMIEG.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 10 – Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En %



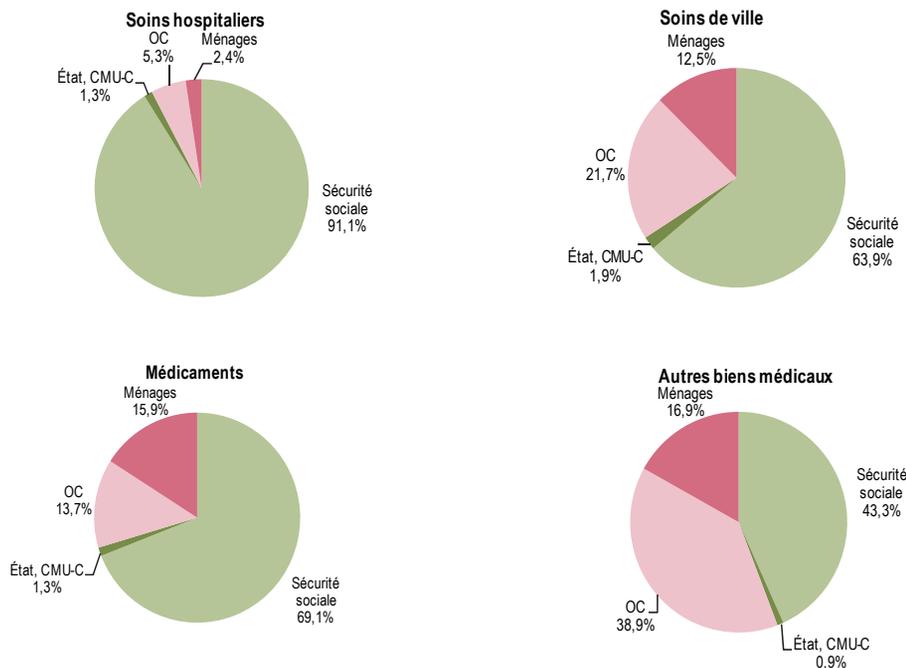
Source : DREES, Comptes de la santé.

Les niveaux de prise en charge varient fortement d'un poste de dépense à l'autre

La part de la Sécurité sociale varie très fortement d'un poste de dépense à l'autre, d'un peu moins d'un tiers pour les soins dentaires à plus de 90 % pour les soins hospitaliers et les transports sanitaires¹⁰.

Les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,1 % en 2014 (graphique 11). Cette part a pourtant reculé d'un point depuis 2006 en lien avec les augmentations du forfait journalier en 2007 et en 2010, ainsi qu'avec le relèvement de 91 à 120 euros en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part prise en charge par les organismes complémentaires (OC), qui a augmenté de 0,9 point entre 2006 et 2014 sur le champ hospitalier. Sur ce champ, le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 2,4 % en 2014, comme en 2006.

Graphique 11 – Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2014



Source : DREES, Comptes de la santé.

Les **soins de ville** sont pris en charge à près des deux tiers par la Sécurité sociale (63,9 % en 2014) [graphique 11]. Entre 2006 et 2011, cette part a diminué de 0,7 point, sous l'effet en 2008 de la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et de la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. À partir de 2012, la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau au sein des soins de ville, portée notamment par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ce supplément de rémunération nouvellement créé est versé aux médecins adhérents au dispositif, et l'Assurance maladie en assure l'intégralité du financement.

Les organismes complémentaires financent 21,7 % des soins de ville en 2014. Cette participation a peu augmenté depuis 2006, les OC proposant principalement des « contrats responsables », qui encouragent le respect du parcours de soins coordonné et ne prennent pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires. L'intervention des OC est élevée sur les soins dentaires et plus faible pour les soins d'auxiliaires médicaux.

Le reste à charge des ménages sur les soins de ville est, quant à lui, resté stable aux alentours de 13,8 % de 2006 à 2010. Conséquence de la croissance de la part de la Sécurité sociale, le reste à charge baisse depuis 2011 et atteint 12,5 % de la dépense en 2014. Ce recul est favorisé par la moindre progression des dépassements d'honoraires de médecins.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** atteint 69,1 % en 2014 (graphique 11). Cette contribution avait nettement diminué entre 2006 et 2008, en raison d'importants déremboursements intervenus en 2006 et de la mise en place d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. À partir de 2009, cette part augmente, en lien avec le remboursement des médicaments coûteux, et ce malgré le passage, en 2010, de certains médicaments à faible service médical rendu de 35 % à 15 % et l'abaissement de 35 % à 30 % intervenu en 2011 du taux intermédiaire de remboursement. La part de la Sécurité sociale dans les médicaments augmente fortement en 2014 (+1,4 point en un an) avec l'introduction des nouveaux traitements contre l'hépatite C intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.

Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué de 2,8 points entre 2006 et 2014. En effet, l'instauration de la franchise en 2008 a fait augmenter la part des ménages et a réduit mécaniquement la part des autres financeurs. De nombreuses mutuelles ne prenant pas en charge les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant, les mesures de déremboursements ont également réduit la contribution des OC.

Le reste à charge des ménages sur le médicament a augmenté de 3,1 points entre 2006 et 2013, passant de 13,6 % à 16,6 %. Il diminue légèrement en 2014 (15,9 %). Si la tendance à l'augmentation était principalement portée par

l'impact de la franchise et des remboursements, les évolutions contrastées du reste à charge s'expliquent également par des changements sur l'automédication : celle-ci a progressé en début de période (+2,4 % par an en moyenne entre 2006 et 2010), avant de régresser (-1,0 % entre 2011 et 2013) et d'augmenter à nouveau en 2014 (+2,4 %). Enfin, le recul du reste à charge en 2014 est essentiellement imputable au contrecoup de la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de nouveaux médicaments coûteux.

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,3 % de la dépense en 2014 (*graphique 11*). À l'inverse, ils constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge une part quasi équivalente de cette dépense (38,9 %). L'optique y tient une place prépondérante, et représente près des trois quarts des remboursements des OC sur ce poste. La part de la Sécurité sociale et surtout celle des organismes complémentaires sur ce type de dépenses ont augmenté depuis 2006. Pour la Sécurité sociale, cette hausse est liée au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre d'assurés en affection de longue durée (ALD), et au développement de l'hospitalisation à domicile. Pour les organismes complémentaires, la hausse est liée à la baisse des taux de remboursement par l'Assurance maladie (passés de 65 % à 60 % en mai 2011 sur les produits de la liste des produits et prestations (LPP) et à une meilleure prise en charge des montants facturés au-delà des tarifs opposables. Néanmoins, la prise en charge des organismes complémentaires se stabilise depuis 2012.

En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit, passant de 24,9 % en 2006 à 16,9 % en 2014, soit une diminution de 8 points en huit ans.

Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,0 % des montants engagés en 2014. Si cette part est proche de celle de 2006 (92,7 %), elle a néanmoins diminué de 0,8 point en 2008 avec la mise en place d'une franchise, puis a augmenté en raison de la restructuration des tarifs et de l'augmentation des bénéficiaires en ALD. La proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services explique la part prépondérante de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc faible (1,8 % en 2014), de même que la part des organismes complémentaires (4,3 %).

Un reste à charge individuel après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire moins concentré que la dépense de santé¹¹

Au niveau individuel, les dépenses restant à la charge des ménages après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), et avant remboursement des organismes complémentaires, sont inégalement réparties au sein de la population. Le reste à charge après AMO cumulé entre 2008 et 2013 s'élève à 2 820 euros en moyenne, soit 470 euros par an. Un dixième de la population présente un reste à charge cumulé supérieur à 6 290 euros avec, comme principales composantes, les soins dentaires, les médicaments et les séjours hospitaliers. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé expliquent ces forts restes à charge cumulés. Toutefois, leur distribution est plus inégale une année donnée que sur l'ensemble de la période : ce ne sont pas toujours les mêmes assurés qui pâtissent des restes à charge les plus élevés. Pour autant, les 5 % de la population qui subissent les restes à charge cumulés les plus élevés endossent 20 % du montant total des restes à charge cumulés.

La solidarité entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins est bien opérée par l'assurance maladie obligatoire, notamment grâce aux mécanismes d'exonération de participations financières. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés ayant les plus faibles dépenses, qui constituent 50 % de la dépense totale, concentrent 76 % des restes à charge cumulés et représentent près de 90 % de la population. En revanche, les assurés avec les plus fortes dépenses qui concentrent l'autre moitié des dépenses totales supportent seulement 24 % du total des restes à charge cumulés sur 2008-2013 et représentent un peu plus de 10 % de l'ensemble des assurés.

La dépense courante de santé au sens français représente 12,0 % du PIB en 2014, la CSBM 8,9 %

La dépense courante de santé (DCS) au sens français est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe – FBCF).

11 Cf. dossier « Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire – Analyse longitudinale (2008-2013) ».

Outre la CSBM, la dépense courante de santé comprend (tableau 2) :

- les soins de longue durée, composés des soins aux personnes âgées et handicapées en établissement et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie ;
- d'autres dépenses en faveur des malades (indemnisation de l'ONIAM et soins aux personnes en difficultés sociales) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les subventions au système de soins ;
- les dépenses de recherche ;
- les dépenses de formation médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

La dépense courante de santé s'établit à 256,9 milliards d'euros en 2014, en progression de 2,2 % par rapport à 2013. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 pendant lequel sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, elle a retrouvé depuis un rythme proche de celui de la CSBM.

Tableau 2 – Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2006-2014 en moyenne annuelle	Taux d'évolution 2013-2014
	2006	2014	(en %)	(en %)
1- CSBM	153,7	190,6	2,4	2,5
2- Soins de longue durée	12,9	19,7	5,0	2,5
SSIAD	1,0	1,6	5,3	1,7
Soins aux pers. âgées en étab.	5,0	8,8	7,0	2,4
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,9	9,3	3,4	2,7
3- Indemnités journalières	10,7	13,3	2,2	4,1
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,6	9,3	1,7
5- Prévention institutionnelle	5,2	5,8	1,3	-0,5
6- Dépenses en faveur du système de soins	10,4	11,9	2,0	-2,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,1	2,4	2,6	-6,9
Recherche médicale et pharmaceutique	7,0	7,5	1,0	-1,9
Formation médicale	1,3	2,0	5,2	1,2
7- Coût de gestion de la santé	11,9	14,9	2,8	1,0
Dépense courante de santé (1+...+7)	205,2	256,9	2,6	2,2

Source : DREES, Comptes de la santé.

Les **soins de longue durée** se sont élevés à 19,7 milliards d'euros en 2014, dont 10,4 milliards pour les personnes âgées et 9,3 milliards pour les personnes handicapées.

Les **soins aux personnes âgées** regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée (15 % de la dépense) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA[D] – 75 % de la dépense) et ceux délivrés à domicile par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD – 10 % de la dépense).

Les soins aux personnes âgées en établissements ont fortement augmenté (+7,0 % par an depuis 2006), en lien avec l'expansion des capacités d'accueil. La progression est plus faible en 2014 (+2,4 %) à la suite d'un ONDAM médico-social plus contraint.

Les **services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD)** visent à favoriser la prise en charge à domicile plutôt qu'en institution. Après avoir progressé fortement jusqu'en 2009 (+9,4 % par an entre 2004 et 2009), la dépense augmente de façon moins soutenue depuis (+4,1 % par an entre 2009 et 2013) en lien avec le resserrement de la contrainte budgétaire. En 2014, l'évolution des SSIAD ralentit à nouveau (+1,7 % par rapport à 2013).

Les **soins aux personnes handicapées en établissements** ont progressé moins rapidement que ceux délivrés aux personnes âgées sur l'ensemble de la période. Entre 2006 et 2009, la croissance s'est établie à 5,2 % en moyenne annuelle, le développement de l'offre s'étant surtout concentré sur les divers services d'accompagnement, jusqu'ici très peu nombreux. Depuis 2010, la croissance s'élève à 3,0 % par an, en lien avec le resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement.

En 2014, les **dépenses d'indemnités journalières** (maladie, maternité et AT/MP) s'élèvent à 13,3 milliards d'euros. La dynamique de ces dépenses est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui servent de base de calcul des indemnités journalières (IJ) ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active. Les seniors ont, en effet, des problèmes de santé plus marqués, qui nécessitent des arrêts plus longs que les salariés plus jeunes ;
- la précarité de l'emploi, car les salariés en CDD ou en période d'essai s'absentent significativement moins que les autres ;
- des facteurs plus spécifiques à chacun des risques considérés (nombre de naissances pour les IJ maternité, nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarées pour les IJ AT/MP, évolution de la morbidité pour les IJ maladie...).

Par ailleurs, l'abaissement à 1,8 SMIC du plafond de calcul des IJ maladie intervenu au 1^{er} janvier 2012 et le contexte épidémiologique favorable expliquent en partie le léger recul des indemnités journalières en 2012 (-0,5 %). Celles-ci progressent à nouveau faiblement en 2013 (+0,4 %). En 2014, elles repartent à la hausse (+4,1 %) en lien avec une durée moyenne des arrêts plus importante, leur nombre ayant peu augmenté.

La **prévention institutionnelle** (5,8 milliards d'euros) est composée de :

- la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins...) ;
- la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages...) ;
- la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé...) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels...).

Les dépenses de prévention institutionnelle isolées ici ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires, qui sont comptabilisés par ailleurs dans la CSBM (cf. fiche B5). En 2014, les dépenses totales de prévention institutionnelle reculent (-0,5 %), après une augmentation de 1,6 % en 2013 et une stagnation en 2011 et 2012. Elles devraient augmenter de nouveau en 2015, au vu des budgets prévisionnels.

Depuis 2006, les dépenses totales de prévention ont progressé de 1,3 % en moyenne annuelle. Cette croissance globale masque cependant des évolutions contrastées : les dépenses de prévention individuelle, primaire et secondaire ont augmenté de 2,1 % en moyenne annuelle, au détriment de la prévention collective (+0,2 % par an), qui baisse depuis 2010.

Les **subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles**, comprennent principalement les cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées par l'Assurance maladie pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale¹². Elles sont évaluées à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2014, en diminution de 6,9 % par rapport à 2013. Cette diminution résulte uniquement des remises conventionnelles dont le montant a plus que doublé en 2014 (1,1 milliard d'euros), à la suite de l'introduction des traitements innovants contre l'hépatite C.

Les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2014, soit près de 2 % de moins qu'en 2013. Leur taux de croissance est faible depuis 2006 : 1 % par an en moyenne. La part du secteur privé, qui diminuait depuis 2007, est stable depuis 2012.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** atteignent 2,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,2 % de plus qu'en 2013. Leur progression est modérée depuis cinq ans (+2,4 % par an) après une très forte croissance entre 2006 et 2009 (+10,5 % par an) en lien avec, d'une part, l'augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire et, d'autre part, la hausse du coût des formations sanitaires (observée à la suite de la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005).

Enfin, les **coûts de gestion de la santé** (mesurés sur l'ensemble du système de soins : régimes de Sécurité sociale, organismes complémentaires, ministère chargé de la Santé et autres opérateurs publics) sont évalués à 14,9 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 1,0 % de plus qu'en 2013. Cette faible croissance est liée à la diminution de 3,1 % des

12 Celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les Comptes de la santé en moindres dépenses.

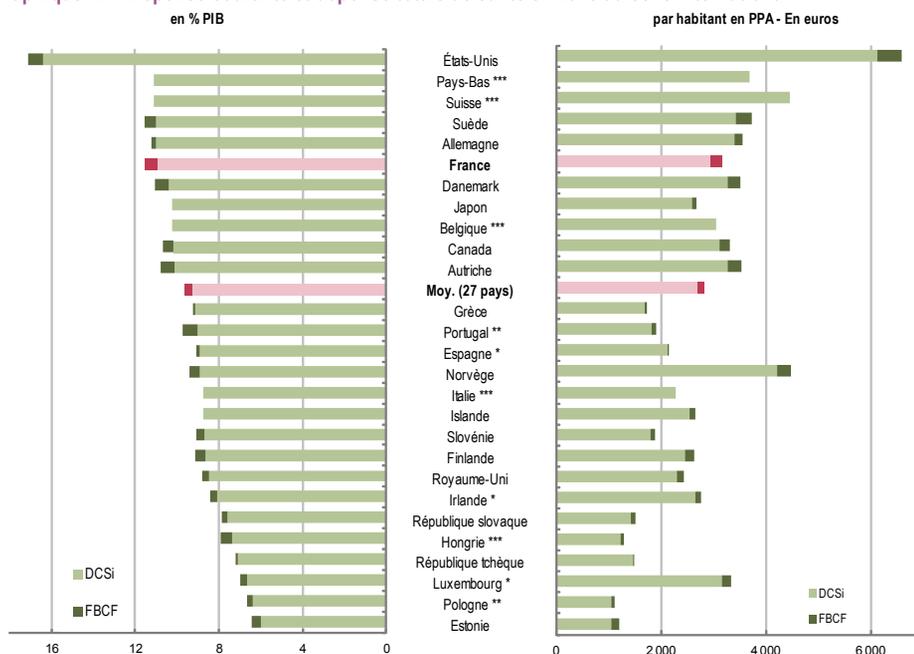
coûts de gestion des différents régimes obligatoires de Sécurité sociale. Entre 2006 et 2014, ce sont les frais qui ont connu la progression la plus lente (+1,4 % par an). Les frais de gestion des organismes complémentaires, du ministère chargé de la Santé et des opérateurs publics ont, en revanche, tous progressé en moyenne de 4,6 % à 4,7 % par an sur cette période.

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste, la structure de la dépense courante de santé s'est légèrement déformée entre 2006 et 2014 : la part des soins de longue durée a progressé de 1,3 point, au détriment de celles de la CSBM (-0,7 point), de la prévention (-0,3 point) et des dépenses en faveur du système de soins (-0,5 point) dont la quasi-totalité est liée à la baisse de la part de la recherche médicale et pharmaceutique. Seuls les coûts de gestion et les autres dépenses en faveur des malades restent quasiment stables de 2006 à 2014 en part de la dépense courante de santé.

Le reste à charge de la France reste l'un des plus faibles dans l'OCDE en 2013

Avec une **dépense courante de santé** au sens international (DCSi) représentant 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale, la France se place en 6^e position au sein de l'OCDE (*graphique 12*). La France arrive loin derrière les États-Unis (16,4 %), dont la dépense en parts de PIB est très supérieure à celle de tous les autres pays, mais à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse (11,1 %), de la Suède et de l'Allemagne (11,0 %). Un autre groupe de pays, composé du Danemark (10,4 %), du Japon, de la Belgique et du Canada (10,2 %), ainsi que de l'Autriche (10,1 %), suit avec des valeurs sensiblement supérieures à la moyenne des vingt-sept pays présentés (9,3 %).

Graphique 12 – Dépense courante et dépense totale de santé en 2013 au sens international



* Données 2012 ; ** % PIB données 2012 ; *** % PIB données 2011.

Note : Ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé DCSi. La dépense totale de santé est égale à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement (formation brute de capital fixe – FBCF).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA¹³) plutôt que la dépense en points de PIB.

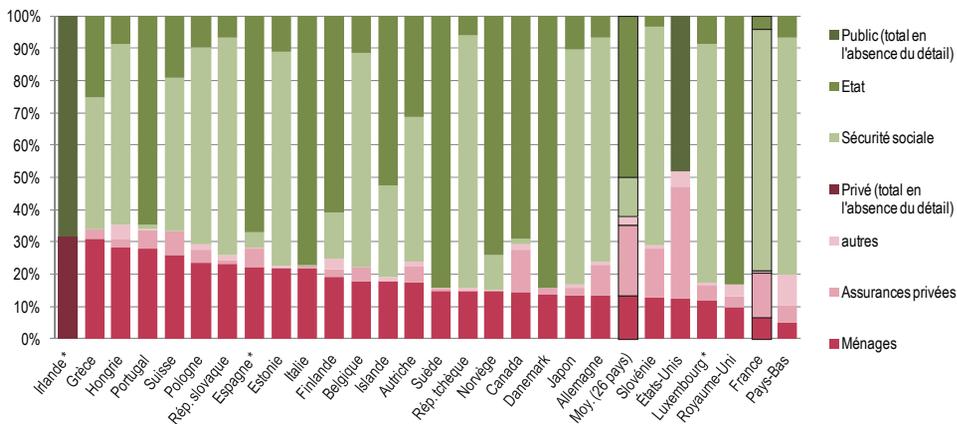
13 Les dépenses en parité de pouvoir d'achat permettent de comparer des pays de niveau de richesse différents.

Pour cet indicateur, la France se situe au 12^e rang parmi les vingt-sept pays comparés, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de ces pays. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA est particulièrement élevée aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique) et au Canada.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat est également très différent d'un pays à l'autre (*graphique 13*). Après les Pays-Bas, dont le reste à charge est à prendre avec précaution selon l'OCDE¹⁴, c'est en France qu'il est le plus faible (avec un montant de 208 euros par habitant et par an) et au Royaume-Uni (242 euros).

Les États-Unis, bien que faisant partie des pays dont le reste à charge est le plus faible en proportion de la dépense courante de santé (12,3 %), arrivent en deuxième position pour l'importance de leur reste à charge en valeur absolue (809 euros par habitant et par an). En effet, la dépense y est atypiquement élevée (du fait surtout d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées, les dépenses publiques représentant moins de 50 % du total.

Graphique 13 – Financement des dépenses courantes de santé en 2013



*Données 2012.

Note : La moyenne est une moyenne pondérée par la population des 26 pays (tous les pays présentés à l'exception de l'Irlande pour laquelle le détail n'est pas disponible)

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

14 D'après l'OCDE, le reste à charge néerlandais serait sous-estimé, car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payé par les patients.

FICHES THÉMATIQUES

PRÉSENTATION DES FICHES

La description et l'analyse des dépenses de santé, déclinées sous forme de fiches thématiques, sont structurées en cinq sections.

Les **FICHES A** sont consacrées à l'explicitation de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) française, agrégat central des Comptes de la santé. Après en avoir présenté le concept ainsi qu'un historique sur une très longue période (depuis 1950), elles s'attachent à détailler la dépense et l'offre de chaque poste de consommation : soins hospitaliers, soins de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, consommations de laboratoires d'analyse et de cures thermales, de médicaments en ville, de transports de malades...

Les **FICHES B** sont centrées sur la dépense courante de santé (DCS au sens français), concept plus large que celui de la CSBM et qui constitue l'agrégat le plus englobant des Comptes de la santé. Après en avoir précisé la définition exacte, les fiches détaillent les unes après les autres les différentes composantes qui viennent s'ajouter à la CSBM : les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, celles en faveur du système de soins et, enfin, les coûts de gestion du système.

Les **FICHES C** explicitent le financement des dépenses de santé en France. Les premières décrivent par grand poste les principaux financeurs de la CSBM et en donnent une perspective historique. Les suivantes déclinent les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale et État, organismes complémentaires, Fonds CMU et, enfin, ménages avec leur reste à charge.

Les **FICHES D** font le lien entre la consommation de soins et d'autres indicateurs de dépense de santé, notamment le passage de la CSBM à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et le lien entre consommation de médicaments et chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique.

Les **FICHES E** permettent de situer la dépense de santé française à l'échelle des pays membres de l'OCDE. Elles dressent des comparaisons globales de la dépense et du renoncement aux soins, et des comparaisons ciblées sur différents types de soins, dont les soins de longue durée.

A. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

En 2014, la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM), qui constitue l'agrégat central des Comptes de la santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros (*tableau A1.1*), soit près de 2 900 euros par habitant. Elle progresse de 2,5 % en valeur et de 3,1 % en volume, les prix de la CSBM reculant de 0,6 % par rapport à 2013. En 2014, la CSBM représente 8,9 % du PIB et 12,6 % de la consommation effective des ménages.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend :

- la consommation de **soins hospitaliers**, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète), pour 46,5 % du total (cf. *fiche A4*) ;
- la consommation de soins de ville, en cabinets libéraux, ainsi que les soins en dispensaires, de laboratoires et cures thermales, pour 26,2 % du total (cf. *fiches A8 à A17*). Dans les Comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie ;
- la consommation de transports de malades, 2,3 % du total (cf. *fiche A15*) ;
- la consommation de médicaments, qui représente 17,8 % de la dépense (cf. *fiche A18*) ;
- et la consommation d'autres biens médicaux, pour 7,2 % de la dépense (cf. *fiche A19*).

Cette structure s'est déformée entre 2006 et 2014 : la part des médicaments recule de 2,5 points, au profit des autres biens médicaux et, dans une moindre mesure, des soins hospitaliers, des soins de ville et des transports de malades.

Sur la période 2006-2014, le rythme de croissance en valeur de la CSBM a sensiblement diminué : il était de +4,0 % en 2007, il s'est établi à +3,1 % en 2008 et 2009, et reste inférieur à 3 % depuis cinq ans. Il est néanmoins légèrement plus élevé en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 (+2,0 %) et 2012 (+2,1 %).

Cette faible croissance sur la période récente est due à une progression plus modérée des deux principaux postes depuis 2009 : +2,5 % par an en moyenne pour les soins hospitaliers, +2,8 % par an pour les soins de ville.

Le rythme de croissance de la CSBM particulièrement bas observé en 2012 et 2013 découle par ailleurs d'une

contribution négative des médicaments (*graphique A1.3*), dont la consommation en valeur reculait pour la première fois. Cette dépense progresse à nouveau en 2014, portée par les nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, qui accroissent de 80 % le montant de la rétrocession hospitalière. Les médicaments, hors remises, contribuent ainsi pour 0,5 point à la croissance de la CSBM en 2014.

Enfin, la croissance de la CSBM est tirée vers le haut par les transports de malades et les autres biens médicaux, postes de consommation certes moindres mais dynamiques (depuis 2009, +4,0 % par an pour les transports et +4,7 % par an pour les autres biens médicaux). En 2014, l'ensemble de ces deux postes contribue pour 0,3 point à la croissance de la CSBM malgré leur poids modeste.

Les prix des soins et biens médicaux reculent depuis cinq ans (*graphique A1.5*). En 2014, ils se replient de 0,6 %.

Le prix des soins hospitaliers est quasi stable en 2014 (-0,1 %), après une légère reprise en 2013 (+0,6 %). La hausse du prix des soins de ville est, quant à elle, de 0,3 % en 2014, en ralentissement depuis trois ans. Enfin, la baisse du prix des médicaments s'atténue légèrement en 2014 (-3,7 % après -4,4 % en 2013), du fait de moindres tombées de brevets et de la stabilisation du taux de pénétration des génériques. La baisse des prix mesurée est accentuée par le mode de calcul retenu (cf. *annexe 4.f, sur l'IPC du médicament*). Il s'agit d'un indice de prix à qualité constante, qui ne tient pas compte des prix, souvent plus élevés, des nouveaux médicaments.

En 2014, la CSBM croît légèrement plus vite en volume qu'en valeur : sa croissance en volume atteint +3,1 %, après +2,3 % en 2013. Après deux années de faible croissance en 2012 et 2013, elle progresse à nouveau plus fortement en 2014, portée par le dynamisme des dépenses de médicament. Les volumes de ventes de médicaments ont été particulièrement dynamiques en 2014 (+6,6 %), du fait de la rétrocession hospitalière. Ils sont ainsi les principaux contributeurs à la croissance en volume de la CSBM (+1,2 point) [*graphique A1.4*]. L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers atteint +2,3 % en 2014 (cf. *fiche A.3*), soit un niveau identique à celui des soins de ville. Ceux-ci progressent en 2014 à un rythme très proche de celui constaté les trois années précédentes.

POUR EN SAVOIR PLUS

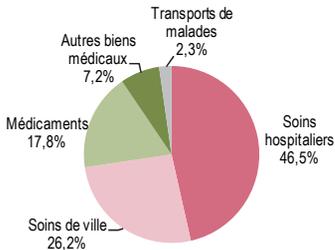
Annexes sur la méthodologie des Comptes de la santé.

A1.1 Consommation de soins et de biens médicaux

		En millions d'euros								
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble		153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
Soins hospitaliers		70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
Secteur public		54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
Secteur privé		16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
Soins ambulatoires		83 120	86 891	89 463	91 643	93 358	96 003	97 683	99 288	102 063
- Soins de ville		39 474	41 270	42 429	43 583	44 345	45 948	47 350	48 683	49 963
Soins de médecins et de sages-femmes		17 280	18 018	18 337	18 660	18 487	19 190	19 315	19 633	20 064
Soins d'auxiliaires médicaux		8 726	9 396	9 940	10 513	11 038	11 532	12 319	13 102	13 814
Soins de dentistes		9 063	9 318	9 504	9 658	9 992	10 284	10 485	10 601	10 595
Analyses de laboratoires		3 882	3 994	4 068	4 150	4 210	4 319	4 260	4 259	4 241
Cures thermales		305	318	315	316	325	328	349	360	382
Autres soins et contrats		218	225	265	287	293	295	623	729	866
- Médicaments		31 147	32 249	32 972	33 505	33 661	34 013	33 586	33 021	33 903
- Autres biens médicaux *		9 381	10 120	10 656	10 942	11 560	12 191	12 674	13 296	13 800
- Transports de malades		3 118	3 252	3 407	3 612	3 793	3 851	4 072	4 287	4 396
Évolution	Valeur		4,0	3,1	3,1	2,2	2,8	2,1	2,0	2,5
de la CSBM	Prix		0,9	0,3	0,2	-0,3	-0,1	-0,3	-0,3	-0,6
(en %)	Volume		3,1	2,8	2,9	2,5	2,8	2,4	2,3	3,1

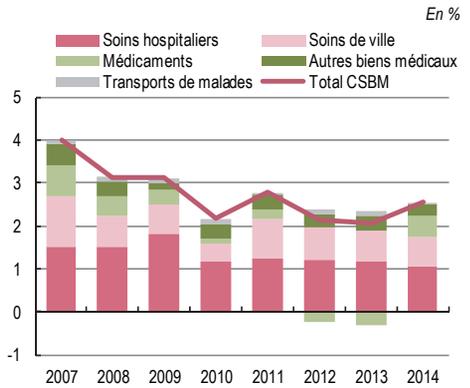
* Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements et POH (produits d'origine humaine).
 Source : DREES – Comptes de la santé.

A1.2 Structure de la CSBM en 2014

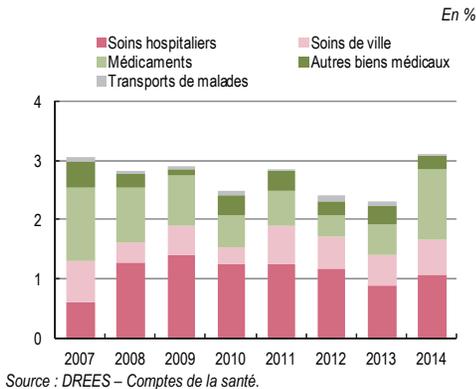


Source : DREES – Comptes de la santé.

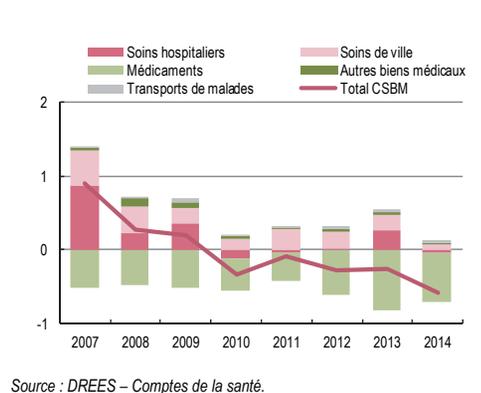
A1.3 Contribution à la croissance en valeur de la CSBM



A1.4 Contribution à la croissance en volume de la CSBM



A1.5 Contribution à la croissance en prix de la CSBM



De 1950 à 2014, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,9 % du PIB (*graphique A2.1*).

Entre 1950 et 2014, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,1 points à celui du PIB : +10,1 % pour la CSBM contre +8,0 % pour le PIB en valeur.

Le rythme de croissance des dépenses de santé n'a cependant pas été continu. Très schématiquement, on peut distinguer deux grandes périodes sur le long terme :

- une première période de 1950 à 1985, qui correspond au développement de l'offre de soins et à l'élargissement de son financement, dans le contexte économique très favorable des Trente Glorieuses ;
- une seconde période, de 1986 à 2014, caractérisée par la recherche d'une meilleure maîtrise du système et de son financement, dans un contexte de croissance économique ralentie (*graphique A2.4*).

De 1950 à 1985, le financement public joue un rôle central dans le développement du système de santé. La couverture maladie se généralise et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe de 50 % à 80 %. L'ensemble des composantes de la CSBM sont très dynamiques sur cette période, la dépense hospitalière particulièrement (son taux de croissance annuel en volume oscille alors entre 6 % et 8 %), en raison d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux (*graphique A2.2*). En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 7 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.), mais aussi d'une demande mieux solvabilisée par le développement des assurances complémentaires. Les volumes consommés de médicaments progressent très fortement (10,4 % en moyenne annuelle).

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste, la structure de la CSBM se déforme (*graphique A2.3*) : la part de la dépense hospitalière dans la CSBM progresse fortement, passant de 43 % à 53 % entre 1950 et 1985. En revanche, sur la même période, la part des médicaments recule de 25 % à 18 % et celle des soins de ville baisse légèrement, de 27 à 26 %.

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par de moindres recettes pour la Sécurité sociale alors que la meilleure prise en charge des patients, en affection de longue durée (ALD) notamment, et le vieillissement de la population continuent de peser sur les dépenses. Les comptes de l'Assurance maladie se retrouvent ainsi régulièrement en déficit.

C'est la raison pour laquelle, à partir des années 1980, plusieurs plans de redressement se succèdent, caractérisés par des augmentations de recettes ou de cotisations et des mesures de régulation de la dépense ou de déremboursement. Ces plans parviennent pour un temps à limiter l'augmentation des dépenses, d'où l'évolution fluctuante de la part de la CSBM dans le PIB, qui alterne périodes de croissance et de stabilisation.

Entre 1985 et 1995, ce sont les médicaments et les soins de ville qui tirent la croissance de la CSBM avec le développement du secteur 2 pour les médecins spécialistes, mais aussi la hausse du nombre de patients en ALD. La création d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à compter de 1997 permet d'infléchir provisoirement la tendance à la hausse de la CSBM. Mais celle-ci reprend au début des années 2000 sur un rythme annuel de 5 % à 6 % en valeur, pour tous les types de soins. Des mesures sont alors prises à partir du milieu des années 2000 : mise en place progressive de la tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, instauration de participations forfaitaires et de franchises pour les soins de ville en 2005 et 2008, déremboursement de médicaments, renforcement de la maîtrise médicalisée... L'ensemble de ces mesures conduit à un rythme de progression de la CSBM plus faible, qui passe sous les 4 % en valeur en 2005, puis sous les 3 % depuis 2010.

Avec le ralentissement de la croissance des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé depuis 1985 et atteint 46 % en 2014. À l'inverse, les dépenses d'autres biens médicaux et de transport ont une croissance supérieure aux autres postes de la CSBM depuis les années 1980. Ils représentaient moins de 5 % de la CSBM jusqu'en 1990 et ont progressivement pris de l'importance pour atteindre près de 10 % en 2014. Enfin, la part des soins de ville et des médicaments est en revanche restée quasi stable entre 1985 et 2014.

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

La part de la CSBM dans le PIB est calculée à partir des Comptes de la santé en base 2005 sur la période 1950-2005, et en base 2010 sur la période 2006-2014. Le PIB utilisé au dénominateur est exprimé en base 2010 sur toute la période 1950-2014. Le passage des Comptes de la santé en base 2010 a induit une baisse de la CSBM de 0,4 %, c'est-à-dire une baisse inférieure à 0,1 point de PIB.

La CSBM en volume correspond à la consommation en valeur déflatée par l'indice de prix de la CSBM. Ce dernier est égal à la somme des indices de prix des différents postes de la CSBM pondérée par les dépenses relatives à ces postes.

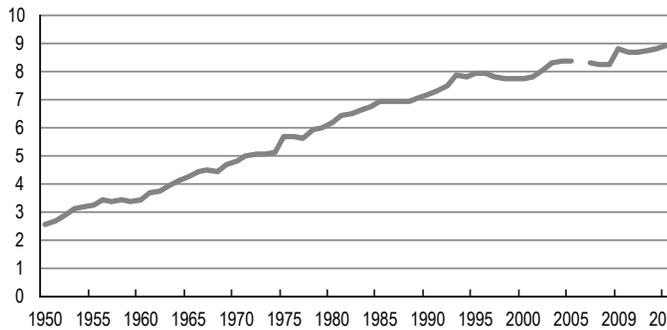
POUR EN SAVOIR PLUS

Mikou M., Solard J., Roussel R., 2015, « La montée en charge des risques sociaux depuis 1945 », *Vie sociale*, n° 10, février.

Le Garrec, M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, DREES, février.

A2.1 CSBM exprimée en pourcentage du PIB

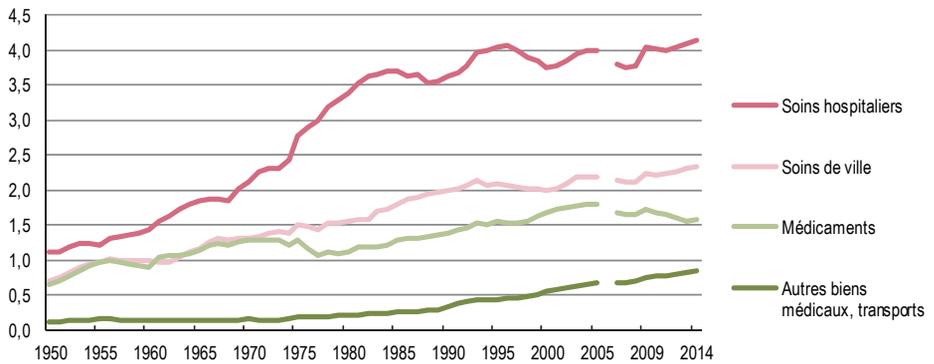
En % du PIB



Sources : DREES – Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014) ; INSEE – comptes nationaux base 2010 pour le PIB.

A2.2 Principaux postes de la CSBM exprimés en pourcentage du PIB

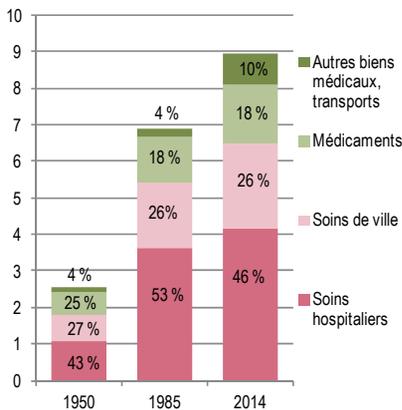
En % du PIB



Sources : DREES – Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014) ; INSEE – comptes nationaux base 2010 pour le PIB.

A2.3 Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur

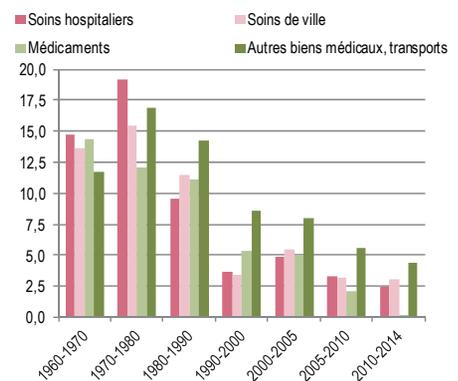
En % du PIB



Source : DREES – Comptes de la santé : base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2014.

A2.4 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM en valeur

En %



Source : DREES – Comptes de la santé : base 2005 pour la période 1950-2006, base 2010 pour 2006-2014.

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, les soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représentent 46,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Cette part est croissante sur la période récente (45,9 % en 2006).

La croissance totale de la consommation de soins hospitaliers est de 2,3 % en valeur et en volume en 2014, les prix étant quasiment stables (-0,1 %) [tableau A3.1]. Cette croissance est inférieure à celle observée les années précédentes (+2,6 % par an en moyenne entre 2009 et 2013, après +3,5 % par an entre 2006 et 2009).

Le secteur public hospitalier comprend :

- les hôpitaux de statut juridique public, dont les hôpitaux militaires ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif anciennement tarifés à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Quant au secteur privé hospitalier, il comprend :

- les établissements privés à but lucratif ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif anciennement tarifés à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Le secteur public fournit 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2014 ; cette part est stable sur la période.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 68,3 milliards d'euros en 2014.

Cette consommation progresse de 2,2 % en valeur après +2,9 % en 2013. Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées au début des années 2000, en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance en volume est de 2,2 % en 2014 après +2,0 % en 2013. La croissance des prix, qui résulte de celle des volumes, n'évolue pas en 2014 après avoir augmenté de +0,9 % en 2013.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2014 à 20,3 milliards d'euros. Dans une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées.

Son rythme de croissance, atypiquement bas en 2013 (+1,3 %), est plus élevé en 2014 (+2,6 %). La croissance de la consommation de soins hospitaliers privés est portée par la croissance des honoraires (+4,1 % en 2014). En revanche, les frais de séjour augmentent plus faiblement (2,0 %). La croissance en volume, qui résulte de celle des prix, augmente de +2,7 % après +1,7 %. L'évolution des prix en 2014 (-0,1 %) reflète la baisse des prix des séjours (-0,3 %) conjuguée à la faible augmentation du prix des honoraires des praticiens et des analyses (+0,3 %).

Comparé au secteur public hospitalier, la prise en charge des dépenses par la Sécurité sociale et par l'État est moindre dans le secteur privé (respectivement 89,3 % contre 93,2 %) [graphique A3.2], en lien avec la possibilité pour les praticiens du secteur privé d'effectuer des dépassements d'honoraires non remboursés par la Sécurité sociale. Aussi, le reste à charge dans le secteur privé hospitalier est plus important (4 % de la dépense totale contre près de 2 % dans le secteur public hospitalier).

CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS PUBLICS

Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée (prises en comptes dans la dépense courante de santé dans les Comptes de la santé).

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production non marchande obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nets des subventions et consommation de capital fixe (c'est-à-dire la dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...) et la production pour emploi final propre.

Le financement par la Sécurité sociale de la consommation de soins hospitaliers inclut implicitement le déficit des hôpitaux.

INDICE DE PRIX

Dans les Comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé pour toutes les années (y compris pour le compte provisoire 2014) à partir de l'évolution de l'activité. Un indice de volume de l'activité est directement estimé à partir d'un certain nombre d'indices de quantité, par la méthode dite de « l'output ».

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier).

Les méthodes de calcul sont différentes entre les deux secteurs afin que l'indice soit le plus fiable possible.

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 3a sur la production de soins hospitaliers et annexe 4b sur le prix des soins hospitaliers.

Éclairage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 » de cet ouvrage.

A3.1 Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
Évolution		3,3	3,3	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,3
(en %) Valeur									
Prix		2,0	0,5	0,8	-0,2	-0,1	0,0	0,6	-0,1
(en %) Prix									
Volume		1,3	2,8	3,1	2,7	2,7	2,5	1,9	2,3
(en %) Volume									
Secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
Évolution		3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,9	2,2
(en %) Valeur									
Prix		2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,9	0,0
(en %) Prix									
Volume		1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,2
(en %) Volume									
Secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
<i>dont</i> Frais de séjour *	11 850	12 248	12 739	13 242	13 492	13 902	14 229	14 420	14 706
<i>dont</i> Honoraires **	4 300	4 392	4 620	4 805	5 019	5 173	5 316	5 380	5 601
Évolution		3,0	4,3	4,0	2,6	3,0	2,5	1,3	2,6
(en %) Valeur									
Prix		1,4	0,9	0,5	0,5	0,6	0,3	-0,3	-0,1
(en %) Prix									
Volume		1,6	3,4	3,4	2,0	2,5	2,2	1,7	2,7
(en %) Volume									

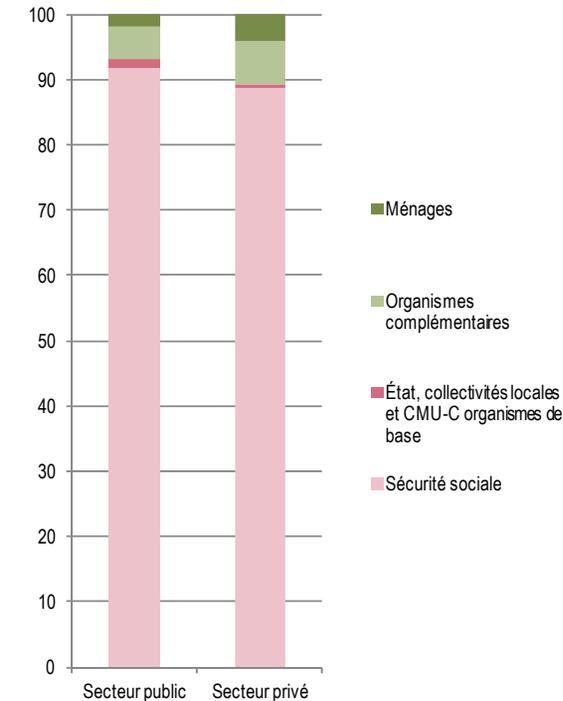
* Y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus.

** Ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée, y compris biologie.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A3.2 Répartition de la consommation de soins hospitaliers par financeur en 2014

En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre secteur public et secteur privé hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale – DG, ou hors DG) et non sur leur statut juridique (cf. *fiche A.3*). En revanche, l'enquête **SAE** (Statistique annuelle des établissements de santé), qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2013, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer 3 192 établissements de santé (y compris hôpitaux militaires) :

- 1 458 établissements publics (établissements géographiques) ;
- 712 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 022 établissements privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services d'hospitalisation à domicile – HAD).

En court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil continuent à augmenter de manière soutenue en 2013 en hospitalisation partielle (+8,7 %) alors qu'elles poursuivent leur légère décroissance en hospitalisation complète (-0,9 % par rapport à 2012) [*tableau A4.1*]. Cette évolution s'observe quel que soit le type d'établissement.

En psychiatrie (**PSY**), les capacités d'accueil augmentent au global assez lentement depuis 2002. La hausse est comparable en hospitalisation partielle et en hospitalisation complète (+0,7 % en 2013). Dans ce secteur, on note un fort développement des capacités d'accueil du secteur privé à but lucratif, à partir de niveaux initiaux toutefois bas.

En soins de suite et de réadaptation (**SSR**), la progression du nombre de lits se poursuit : +0,8 % en 2013 après +1,4 % en 2012. Les places d'hospitalisation

partielle poursuivent leur croissance à un rythme nettement plus soutenu (+11,9 % en 2013, +7,9 % en 2012), avec là aussi un développement plus rapide du secteur privé à but lucratif.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil baissent en 2013 (-2,3 %), après une stabilisation (-0,5 %) en 2012, une diminution de 5 % en 2011 et une baisse supérieure au quart de la capacité en 2010. Cette forte baisse, désormais achevée, était due à la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à leur sortie du champ sanitaire, dans les secteurs public et privé à but non lucratif (cf. *fiche B.2*).

En 2013, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé progresse avec un effectif qui s'établit à 184 000 (+0,8 % par rapport à 2012) [*graphique A4.3*]. Le nombre d'emplois salariés progresse dans les établissements publics et dans les établissements privés à but non lucratif. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement privé ou de façon non exclusive dans plusieurs établissements. Le nombre de médecins libéraux diminue globalement de 2,8 %, mais augmente dans les établissements publics.

En 2013, le personnel non médical et les sages-femmes (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) des établissements de santé représentent toujours plus d'un million d'équivalents temps plein (ETP) [*graphique A4.4*]. Avec 7 ETP sur 10, le **personnel soignant** représente le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des ETP non médicaux des établissements de santé sont employés dans les hôpitaux publics, le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

DÉFINITIONS

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Emplois médicaux : médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'interne (FFI).

Personnel soignant : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

STATISTIQUE ANNUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non médicaux.

Jusqu'à la SAE 2012, l'interrogation se fait au niveau des entités juridiques dans le secteur public et au niveau des établissements géographiques dans le secteur privé. En 2013, le nombre d'établissements indiqué pour le secteur public comptabilise tous les établissements géographiques : pour une entité juridique multisites, comme l'AP-HP, on compte autant d'établissements que de sites.

POUR EN SAVOIR PLUS

Kranklader E., Minodier C., Fourcade N., 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n°846, DREES, juillet.

Kranklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », *Dossier Solidarité et Santé*, n° 25, DREES, mars.

Le Panorama des établissements de santé – édition 2014, 2015, DREES, coll. Études et Statistiques, mars.

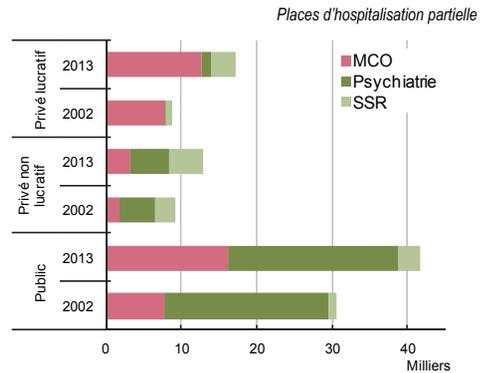
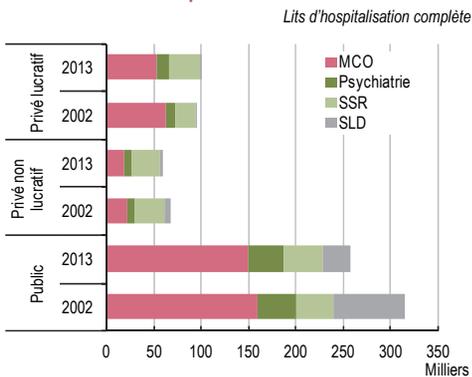
A4.1 Capacité des équipements par discipline et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2013

	Établissements publics		Établissements privés à but non		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)
Hospitalisation partielle (en places)	41 794	4,1	12 903	4,5	17 245	10,7	71 942	5,7
MCO	16 248	9,1	3 224	3,4	12 792	9,6	32 264	8,7
Psychiatrie	22 604	-0,3	5 243	3,3	1 218	9,1	29 065	0,7
Soins de suite et réadaptation	2 942	15,1	4 436	6,9	3 235	16,2	10 613	11,9
Hospitalisation complète (en lits)	228 182	-0,2	55 759	0,1	97 462	-0,5	381 403	-0,2
MCO	148 698	-0,2	18 220	-1,6	53 050	-2,6	219 968	-0,9
Psychiatrie	37 695	-0,7	7 493	5,1	12 813	2,2	58 001	0,7
Soins de suite et réadaptation	41 789	0,5	30 046	0,0	31 599	1,9	103 434	0,8
Soins de longue durée (en lits)	28 775	-2,6	2 482	1,3	546	-0,4	31 803	-2,3

Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source : DREES – SAE 2012 et 2013, traitements DREES.

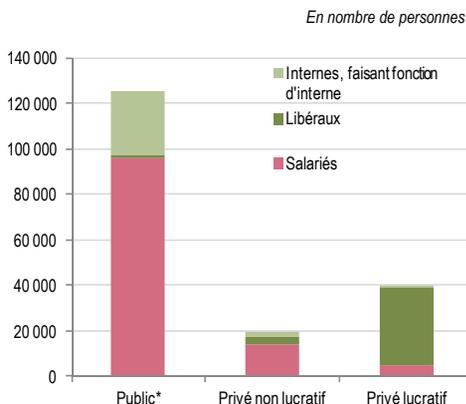
A4.2 Évolution des capacités entre 2002 et 2013



Champ : France entière, hors Mayotte, y compris hôpitaux militaires.

Source : DREES – SAE 2012 et 2013, traitements DREES.

A4.3 Personnel médical en 2013



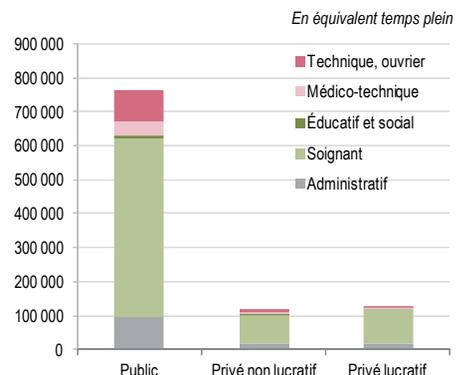
Lecture : Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Note : Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquiescer une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne.

Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source : DREES – SAE 2013, traitements DREES.

A4.4 Personnel non médical et sages-femmes en 2013



Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source : DREES – SAE 2013, traitements DREES.

L'activité hospitalière est mesurée en nombre de venues pour l'hospitalisation partielle, en nombre de séjours et de journées pour l'hospitalisation complète.

En 2013, les établissements de santé ont comptabilisé 26,9 millions de séjours et venues (*tableau A5.1*), soit une relative stabilité des volumes d'activité hospitalière par rapport à 2012 (+1,1 %). L'activité est cependant tirée par l'hospitalisation partielle (séjours en anesthésie et chirurgie ambulatoire, dont la durée est inférieure à un jour, hors séances et venues en psychiatrie et soins de suite et de réadaptation – SSR) qui continue de se développer (+2,1%) tandis que l'hospitalisation complète (séjours de plus de un jour) stagne.

L'activité de **MCO** (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), mesurée en nombre de séjours et de venues, est en hausse : +0,5 % en 2013. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance (+2,4 %). En hospitalisation complète, en revanche, l'activité diminue (-0,7 %), avec une baisse de l'activité des cliniques privées (-3,3 %) compensée en partie par une légère hausse dans le secteur public (+0,3 %). L'évolution est différenciée selon la discipline : le nombre de séjours est stable en médecine et diminue en chirurgie et en obstétrique.

En **psychiatrie**, la modification du mode de collecte en 2013 rend difficile l'analyse de l'évolution entre 2012 et 2013. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est stable passant de 28,6 jours en 2012 à 28,4 en 2013 (*graphique A5.5*). Elle demeure plus élevée dans les établissements privés à but lucratif (37,3 jours) que dans les hôpitaux publics (26,3 jours).

L'activité de **soins de suite et de réadaptation** (SSR) augmente depuis plusieurs années, quels que soient le mode d'hospitalisation et le secteur considéré. Cette évolution est liée à une modification de dénomination des lits, certains lits de médecine ayant été requalifiés en SSR. En 2013, on comptabilise ainsi 4,1 millions de séjours ou venues (+9 %) et 33,1 millions de journées en hospitalisation complète (+1,6 %). Le nombre de venues en hospitalisation partielle a fortement progressé (+9,7 %). En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est de 31 jours, proche de celle observée en 2012.

Enfin, le nombre de journées en **soins de longue durée** décroît de 1,5 % en 2013, selon un rythme comparable à celui de la baisse de la capacité en lits (cf. *fiche A.4*).

Outre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, la SAE comptabilise des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, en particulier 6 millions de séances de dialyse, 2,2 millions de séances de chimiothérapie en ambulatoire et 3,5 millions de séances de radiothérapie en ambulatoire. Enfin, les urgences ont accueilli près de 18,9 millions de passages en 2013.

Selon une étude de la DREES réalisée en 2013 dans les accueils des urgences, la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients. Les patients arrivent pour les deux tiers de leur domicile et se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus. Après un passage aux urgences, les trois quarts des patients rentrent chez eux et 20 % sont hospitalisés.

SOURCES

L'activité est mesurée à partir du **PMSI** pour l'activité en **MCO** et de l'enquête **SAE** (résultats provisoires 2013) pour l'ensemble des activités de **soins de suite et de réadaptation** (SSR), de psychiatrie ou encore en **Unités de soins de longue durée** (USLD).

Le **Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** décrit de manière synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé avec comme objectifs de planifier et d'organiser les soins hospitaliers sur le territoire français, et de financer les établissements en fonction de leur activité.

La **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non médicaux.

En 2013, le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'est plus intégré dans l'hospitalisation partielle. Cela s'est probablement traduit dans la SAE en 2013 par une distinction plus rigoureuse entre venues d'hôpital de jour et de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

POUR EN SAVOIR PLUS

Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats* n°889, DREES, juillet.

Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., 2014, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Études et Résultats*, n°862, DREES, janvier.

Le Panorama des établissements de santé – édition 2014, 2015, DREES, coll. Études et Statistiques, mars.

« Analyse de l'activité hospitalière – édition 2013 », ATIH, <http://www.atih.sante.fr/panorama-national-de-l-activite-hospitaliere>.

A5.1 Nombre de séjours (entrées et venues) et de journées selon le statut de l'établissement en 2013

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)	2013	Évolution 2012-2013 (en %)
Venues en hospitalisation partielle *	7 313 299	0,0	2 714 391	1,6	4 693 626	5,8	14 721 316	2,1
MCO	2 776 558	2,0	529 483	4,8	3 310 113	2,4	6 616 154	2,4
Psychiatrie	3 729 278	-	953 633	-	343 300	-	5 026 211	-
Soins de suite et de réadaptation	807 463	8,9	1 231 275	5,4	1 040 213	15,9	3 078 951	9,7
Séjours en hospitalisation complète **	7 809 329	0,5	1 221 779	3,3	3 127 323	-2,4	12 158 431	0,0
MCO	6 904 842	0,3	838 677	-0,8	2 677 183	-3,3	10 420 702	-0,7
Psychiatrie	455 207	-1,4	86 898	21,5	119 716	-0,5	661 821	1,3
Soins de suite et réadaptation	429 604	-	294 756	-	330 067	-	1 054 427	-
Soins de longue durée	19 676	-4,3	1 448	5,1	357	4,4	21 481	-3,6
Journées en hospitalisation complète	78 442 255	0,0	17 059 176	1,2	27 312 564	-0,1	122 813 995	0,1
MCO	43 095 704	0,1	4 816 000	0,6	12 015 116	-3,2	59 926 820	-0,5
Psychiatrie	11 977 055	-1,0	2 321 955	3,8	4 469 512	3,2	18 768 522	0,6
Soins de suite et réadaptation	13 349 326	1,4	9 057 348	0,9	10 656 941	2,3	33 063 615	1,6
Soins de longue durée	10 020 170	-1,6	863 873	1,1	170 995	-8,9	11 055 038	-1,5

* Nombre de séjours en MCO, nombre de venues en psychiatrie et en SSR. La modification de la collecte ne permet pas d'afficher l'évolution du nombre de venues d'hospitalisation partielle en psychiatrie entre 2012 et 2013.

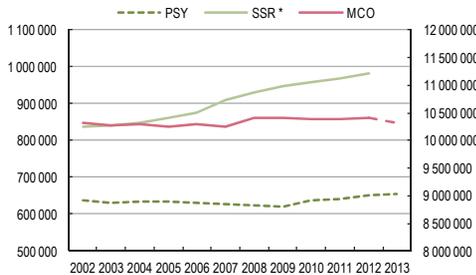
** En SSR, le mode de comptabilisation des séjours d'hospitalisation complète a été modifié entre 2012 et 2013, ce qui empêche de comparer les résultats de ces deux années. Il s'agit, pour 2013, de la somme des entrées et des séjours entamés avant le 1^{er} janvier 2013 et poursuivis en 2013 et, pour 2012, du seul nombre d'entrées.

En MCO, le nombre de journées d'hospitalisation complète correspond à la durée des séjours d'hospitalisation complète terminés l'année N. En psychiatrie et en SSR, il correspond au nombre de jours de présence au cours de l'année civile.

Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Sources : ATIH - PMSI-MCO 2012-2013 traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES - SAE 2012-2013 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

A5.2 Entrées en hospitalisation complète



Lecture : Échelle de gauche : PSY et SSR ; échelle de droite : MCO.

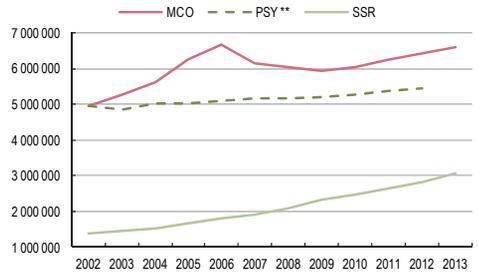
* En SSR, le mode de comptabilisation des séjours d'hospitalisation complète a été modifié entre 2012 et 2013, ce qui empêche de comparer les résultats de ces deux années. Il s'agit, pour 2013, de la somme des entrées et des séjours entamés avant le 1^{er} janvier 2013 et poursuivis en 2013 et, pour 2012 et antérieurement, du seul nombre d'entrées.

** La modification de la collecte ne permet pas d'afficher l'évolution du nombre de venues d'hospitalisation partielle en psychiatrie entre 2012 et 2013.

Champ : France entière, hors Mayotte et hors hôpitaux militaires.

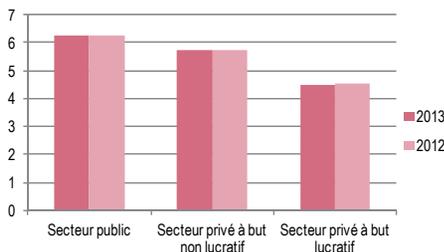
Sources : ATIH - PMSI-MCO 2002-2013 traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES - SAE 2002-2013 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

A5.3 Venues en hospitalisation partielle



A5.4 Durée moy. de séjour : MCO (2012 et 2013)

En nombre de jours

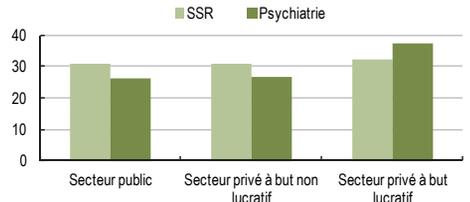


Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source : ATIH - PMSI-MCO 2012-2013, traitements DREES.

A5.5 Durée moy. de séjour : SSR et psychiatrie (2013)

En %



Note : La durée moyenne de séjour correspond au nombre de jours de présence en 2013 rapporté à la somme du nombre d'entrées en 2013 et de séjours entamés avant le 1^{er} janvier 2013 et poursuivis en 2013.

Champ : France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source : DREES - SAE 2013, traitements DREES.

Les dépenses d'hospitalisation à domicile sont comptabilisées dans la consommation de soins hospitaliers, décrite fiche A3.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR).

En 2013, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD augmente : elle s'élève à 859 millions d'euros (après 825 millions en 2012, soit +4,1 %).

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000 à la suite de la clarification de ses périmètre et champ d'application : la capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2013, 318 structures offrent 14 025 places en France métropolitaine et dans les DOM (tableau A6.1), ce qui ne représente que 3 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire.

Les structures d'HAD appartiennent pour 42 % au secteur public, pour 41 % au secteur privé à but non lucratif et pour 17 % au secteur privé lucratif. Dans le secteur public, 120 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 14 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Plus de quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif relèvent du domaine associatif et sont de fait spécialisées dans cette forme d'hospitalisation : elles offrent la moitié des places en HAD en 2013.

En 2013, sur les 14 025 places en HAD en France métropolitaine et dans les DOM, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France, ce qui représente 18 % de l'offre totale. En termes d'activité, 31 % des séjours y sont réalisés. Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures créées en France à la fin des années 1950 sont celle de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France.

En France métropolitaine, la densité moyenne de places en HAD est de 20,7 pour 100 000 habitants (carte A6.2). En 2013, la Lorraine et la Franche-Comté sont particulièrement sous-dotées en places avec respectivement 13,5 et 14,0 places. À l'inverse, le Limousin, l'Aquitaine et la Corse sont les régions qui comptent le plus de places (respectivement 29,8, 28,5 et 28,1). Dans les DOM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 86,0 et 93,9) alors que la Martinique fait partie des régions les moins bien pourvues. Aujourd'hui, l'hospitalisation à domicile en Guyane comble les déficits en offre de soins en étant présente là où il manque des professionnels de santé, proposant ainsi un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas ; en Guadeloupe, la HAD compense la baisse des places en MCO observée entre 2000 et 2012.

En 2013, près de 170 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées. Le secteur public prend en charge 32 % des séjours et le secteur privé à but non lucratif 56 %. La prédominance du secteur privé à but non lucratif est encore plus marquée si l'on mesure l'activité en journées : 59 % des journées y sont réalisées contre 26 % dans le secteur public. Cette répartition est assez stable dans le temps. Les séjours effectués dans les structures du secteur public sont des séjours plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but non lucratif.

Les séjours en périnatalité, en soins palliatifs et en cancérologie sont les principaux motifs d'admission des séjours en HAD. Pour près de deux patients sur trois, l'hospitalisation à domicile permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

Les enfants de 15 ans ou moins concentrent 6,9 % des séjours, dont 4,1 % pour les nourrissons (tableau A6.3). Les personnes âgées constituent une population cible plus importante, même si, lors de sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans ou plus totalisent 45,2 % des séjours et les seules personnes de 80 ans ou plus 19,4 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Le Panorama des établissements de santé – édition 2014, 2015, DREES, coll. Études et Statistiques.
 Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 697, DREES, juillet.
 Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.
 L'hospitalisation à domicile en 2013, rapport de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, 2014.

A6.1 Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)
Secteur public	134	3 779	55	1 145
Centre hospitalier régional	14	1 302	24	429
Centre hospitalier (et autres)	120	2 477	31	716
Secteur privé à but non lucratif	129	7 982	95	2 595
Centre de lutte contre le cancer	3	211	4	79
Structure associative de HAD	108	7 043	83	2 286
Autres	18	728	8	230
Secteur privé à but lucratif	55	2 264	19	626
Ensemble	318	14 025	170	4 366

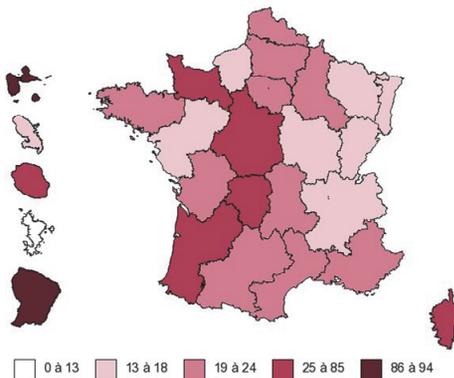
Lecture : L'activité est celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, ainsi que soins de suite et de réadaptation, i.e. hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2013, ceux terminés ou non en 2013. Contrairement à l'édition précédente, les journées sont celles de l'année 2013 (sont exclues les journées antérieures à 2013 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ : France entière.

Sources : ATIH – PMSI-HAD 2013 ; DREES – SAE 2013, traitements DREES.

A6.2 Densité de places en hospitalisation à domicile par région en 2013

Pour 100 000 habitants

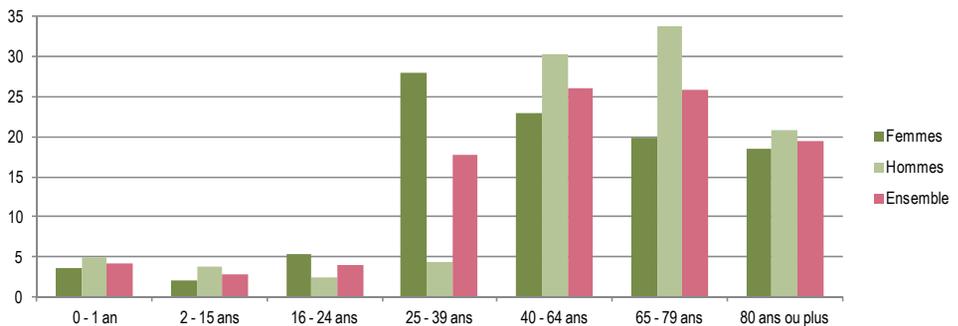


Champ : France entière.

Sources : INSEE – estimations de population 2013 ; ATIH – PMSI-HAD 2013 ; DREES – SAE 2013, traitements DREES.

A6.3 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2013

En %



Lecture : En 2013, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 28 % chez les femmes.

Note : Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ : France entière.

Sources : ATIH – PMSI-HAD 2013 ; DREES – SAE 2013, traitements DREES.

En 2014, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) est évaluée à 8,7 milliards d'euros (*tableau A7.1*), en augmentation depuis deux ans (+1,5 % après +0,6 % en 2013 et -0,7 % en 2012) [*graphique A7.2*].

Les volumes évoluent par à-coups, selon l'intensité des épidémies de grippe notamment. Le net recul en 2010 (-3,5 %) est, par exemple, à rapprocher de l'absence d'épisode grippal en 2010. En 2014, la consommation en volume augmente (+1,3 % après +0,4 % en 2013) en lien avec la montée en charge du forfait médecin traitant (FMT) et l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées (MPA) depuis le 1^{er} juillet 2014.

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à celle des tarifs des actes ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros au 1^{er} janvier), la croissance des prix est restée faible, retrouvant la tendance observée depuis 2009 : +0,2 % en 2014, +0,1 % en 2013 et +0,5 % en 2012. Hormis l'année 2011, la hausse des prix reste ainsi nettement inférieure à celle des années 2000 (+3,4 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2008).

La **part des dépassements** d'honoraires des médecins généralistes libéraux est en constante diminution depuis huit ans : elle est passée de 4,8 % en 2006 à 3,5 % en 2014 (*graphique A7.3*). Ce repli découle du fait que la masse des honoraires totaux continue de progresser (+1,1 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014) tandis que celle des dépassements recule (-2,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014). En effet, d'une part, le nombre de généralistes de secteur 2 (honoraires libres) diminue alors que les effectifs en secteur 1 sont stables (cf. *fiche A9*) ; d'autre part, les dépassements moyens par généraliste progressent faiblement depuis 2006 (+1,4 % en moyenne annuelle contre +2,2 % pour les honoraires totaux moyens).

En particulier, les généralistes exerçant en secteur 2, de moins en moins nombreux, pratiquent des dépassements plus faibles en moyenne en 2014 qu'en 2013 : ceux-ci

reculent de 0,3 % par praticien, pour la première fois depuis 2010. L'accord signé en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourrait expliquer cette modération. Fin 2014, plus de 11 000 médecins, dont un quart de médecins généralistes, ont signé le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS), par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie et de certaines revalorisations.

Après une faible progression de 2008 à 2010 (+0,3 % en moyenne annuelle), le montant des **honoraires moyens** (y compris dépassements) par omnipraticien a progressé de 5,7 % en 2011 de source SNIR (système national inter-régimes), sous l'effet de la revalorisation de la consultation (*graphique A7.4*).

Depuis 2012, la **ROSP** vient compléter la rémunération des médecins en fonction du degré de réalisation d'objectifs, principalement de qualité des soins et de prescription. Les omnipraticiens concernés par la ROSP ont perçu à ce titre en moyenne 5 935 euros pour l'année 2014. Cela représente une dépense totale pour l'Assurance maladie d'environ 360 millions d'euros à destination des médecins généralistes, en forte augmentation depuis deux ans (elle atteignait 310 millions en 2013, après 260 millions en 2012). Une fois prise en compte la montée en charge de ce dispositif, qui a succédé au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), les honoraires moyens des omnipraticiens progressent plus vite : leur croissance moyenne atteint 2,2 % en moyenne sur 2012-2014, contre 0,9 % hors ROSP.

Ainsi, entre 2006 et 2014, la part des rémunérations forfaitaires (contrats, ROSP et forfait médecin traitant) dans la rémunération des généralistes a doublé pour atteindre 12 % en 2014 (*graphique A7.5*). Réciproquement, la part clinique (consultations et visites) des rémunérations a diminué ces dernières années, passant de 89 % en 2006 à 81 % en 2014. Enfin, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a légèrement progressé (+1 point, à 6 % en 2014).

DÉFINITIONS

Soins de médecins de ville : dans les Comptes de la santé, ils comprennent les honoraires des médecins (tarif opposable, dépassements et forfait médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissement privé (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus les contrats et la ROSP (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

Médecin généraliste : par abus de langage, le terme est employé ici pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins généralistes au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique, versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, en fonction du degré de réalisation de 29 objectifs (5 objectifs portant sur l'organisation du cabinet et 24 sur la qualité de la pratique médicale). Dans les Comptes de la santé, la ROSP due au titre de l'année n est comptabilisée dans la CSBM de l'année n.

POUR EN SAVOIR PLUS

Le Garrec M.-A., 2014, « L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013 », *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, septembre.

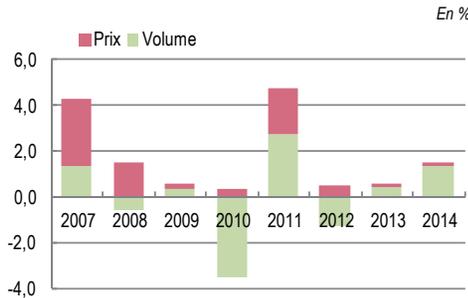
Coudin É., Samson A.-L., Pla A., 2014, « Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2 », *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, septembre.

A7.1 Consommation de soins de médecins généralistes en ville

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation totale (en millions €)	7 970	8 319	8 397	8 444	8 178	8 573	8 510	8 558	8 687
Évolution du total (en %)	Valeur	4,4	0,9	0,6	-3,1	4,8	-0,7	0,6	1,5
	Prix	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2
	Volume	1,3	-0,6	0,4	-3,5	2,7	-1,2	0,4	1,3

Source : DREES – Comptes de la Santé.

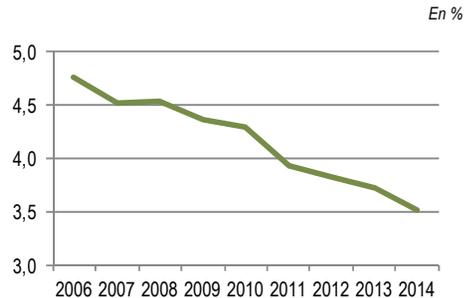
A7.2 Évolution de la consommation de soins de généralistes en ville



Note : L'indice de prix, calculé par l'INSEE, est commun aux médecins généralistes et spécialistes. Il ne comprend pas les rémunérations forfaitaires comptabilisées en volume.

Source : DREES – Comptes de la Santé.

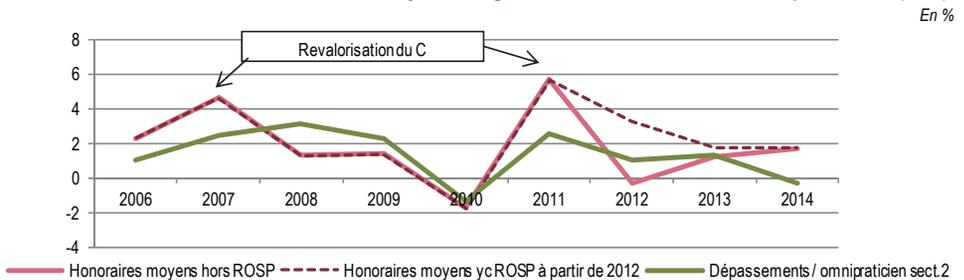
A7.3 Part des dépassements d'honoraires des généralistes libéraux



Champ : Honoraires des généralistes libéraux y compris honoraires perçus en établissement privé, hors ROSP ; France métropolitaine.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

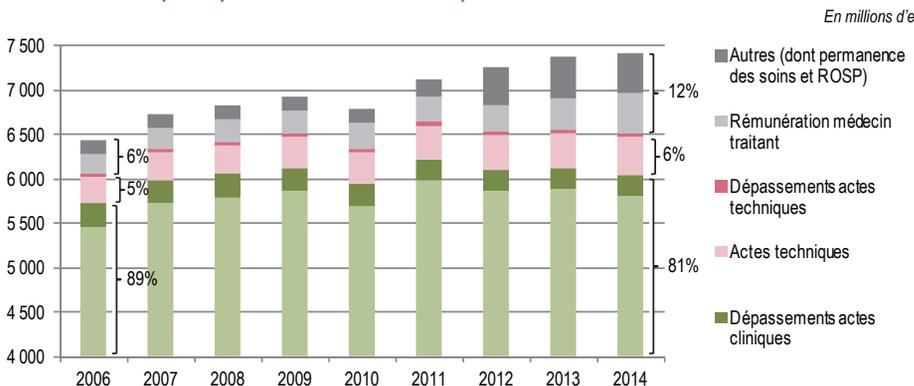
A7.4 Taux d'évolution des honoraires annuels moyens des généralistes libéraux en activité à part entière (APE)



Champ : Médecins généralistes libéraux actifs à part entière, i.e. ayant exercé une activité libérale normale sur une année complète. Sont exclus les médecins de plus de 65 ans, ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

A7.5 Structure de la dépense présentée* de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville



* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires. La consommation de soins de généralistes (tableau A7.1) comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base (CNAMTS, RSI, MSA...), les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés...). En revanche, la ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM.

Source : CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

En 2014, la consommation de **soins de spécialistes en ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) est évaluée à 11,1 milliards d'euros (*tableau A8.1*), en augmentation depuis deux ans (+2,6 % en 2014, après +2,3 % en 2013 et +1,6 % en 2012).

La croissance des volumes s'établit à 1,4 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2014. La croissance la plus faible sur la période a eu lieu en 2010 (+0,5 %). À l'inverse, elle a été particulièrement forte en 2009 (+2,5 %) et en 2014 (+2,4 %). Cette progression est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2014).

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à celle des tarifs ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. L'indice de prix étant commun aux généralistes et aux spécialistes, l'augmentation des prix visible en 2011 découle de la revalorisation de la consultation chez le généraliste.

Les honoraires moyens des spécialistes progressent de 2 % à 3 % par an depuis 2006, de source SNIR (*graphique A8.3*). Après une année de moindre croissance en 2012 (+1,8 %, hors ROSP), ils augmentent fortement en 2013 (+3,4 %) et maintiennent ce rythme de croissance en 2014. Mais, y compris la ROSP, le ralentissement de 2012 est moins marqué (+2,2 %) et les évolutions 2013 et 2014 sont inchangées (+3,4 %).

En effet, la **ROSP** est une rémunération complémentaire versée depuis 2012 en fonction de la réalisation de plusieurs objectifs. Les objectifs d'organisation du cabinet (utilisation de logiciels médicaux, affichage des horaires, etc.) concernent tous les spécialistes. En revanche, seules quatre spécialités ont également reçu des objectifs de pratique clinique dédiés : il s'agit des spécialistes en cardiologie, en maladies vasculaires, en gastro-entérologie et en hépatologie. Les spécialistes concernés par la ROSP ont perçu en moyenne 1 129 euros au titre de l'année 2014, selon la CNAMTS, soit une dépense totale d'environ 40 millions d'euros.

On observe à partir de 2012 un net ralentissement des dépassements des spécialistes exerçant en secteur 2 (honoraires libres). Les dépassements par spécialiste de secteur 2 en activité à part entière (APE) ont augmenté

de 4,9 % par an en moyenne entre 2006 et 2011, puis de 2,5 % entre 2011 et 2014 (*graphique A8.3*). Ainsi, les dépassements des spécialistes libéraux de secteur 2, seuls habilités à pratiquer des dépassements, augmentent moins vite que leurs honoraires totaux depuis 2012. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,4 point par an en moyenne entre 2006 et 2011, elle a reculé de 0,3 point par an depuis. En 2014, elle atteint en moyenne 34,7 % (*graphique A8.2*).

Si le ralentissement récent s'observe sur plusieurs spécialités parmi lesquelles la psychiatrie, l'obstétrique ou l'oto-rhino-laryngologie (ORL), il ne concerne pas la chirurgie ni l'ophtalmologie.

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, un accord a été signé en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins. Fin 2014, plus de 11 000 médecins ont signé le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS), par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie et de certaines revalorisations. Il s'agit principalement de médecins spécialistes (75 % des signataires).

La structure des soins de médecins spécialistes libéraux est très différente de celle des généralistes et elle s'est déformée depuis 2006 : si le montant des actes cliniques (y compris dépassements) est resté quasiment stable (+0,5 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014), celui des actes techniques a, en revanche, progressé de 3,3 % en moyenne annuelle (*graphique A8.4*). Sa part dans la dépense présentée a ainsi gagné plus de 5 points, passant de 55 % en 2006 à 61 % en 2014.

La croissance des dépassements d'honoraires a concerné ces deux types d'actes (respectivement +2,2 % et +6,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014 pour les dépassements sur actes cliniques et sur actes techniques) et a été nettement plus forte que celle des honoraires facturés au tarif opposable.

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée, soit une part très inférieure à celle constatée pour les médecins généralistes (12 %).

DÉFINITIONS

Soins de médecins de ville : dans les Comptes de la santé, ils excluent les honoraires des médecins perçus lors de consultations en établissement privé (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats et la ROSP (retracés dans le poste « autres soins et contrats »).

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique, versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, en fonction du degré de réalisation de 29 objectifs (5 objectifs portant sur l'organisation du cabinet et 24 objectifs portant sur la qualité de la pratique médicale). Dans les Comptes de la santé, la ROSP due au titre de l'année n est comptabilisée dans la CSBM de l'année n.

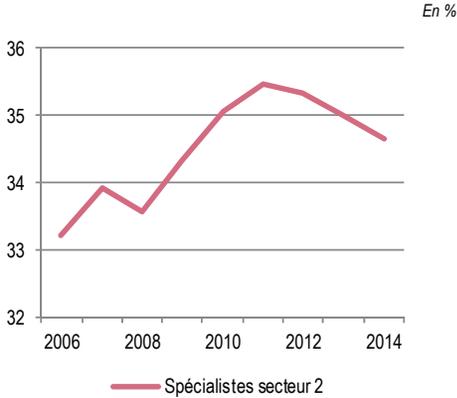
A8.1 Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation totale (en millions €)	9 181	9 572	9 803	10 068	10 149	10 444	10 616	10 857	11 135
Évolution du total (en %)	Valeur	4,3	2,4	2,7	0,8	2,9	1,6	2,3	2,6
	Prix	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2
	Volume	1,2	0,9	2,5	0,5	0,8	1,1	2,2	2,4

Note : L'indice de prix, calculé par l'INSEE, est commun aux médecins spécialistes et généralistes. Il ne comprend pas les rémunérations forfaitaires et la ROSP, comptabilisés en volume.

Source : DREES – Comptes de la santé.

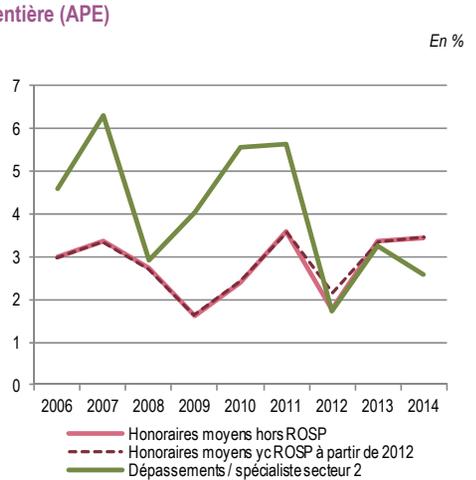
A8.2 Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux



Champ : Honoraires des médecins libéraux, y compris honoraires perçus en établissement privé ; France métropolitaine.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

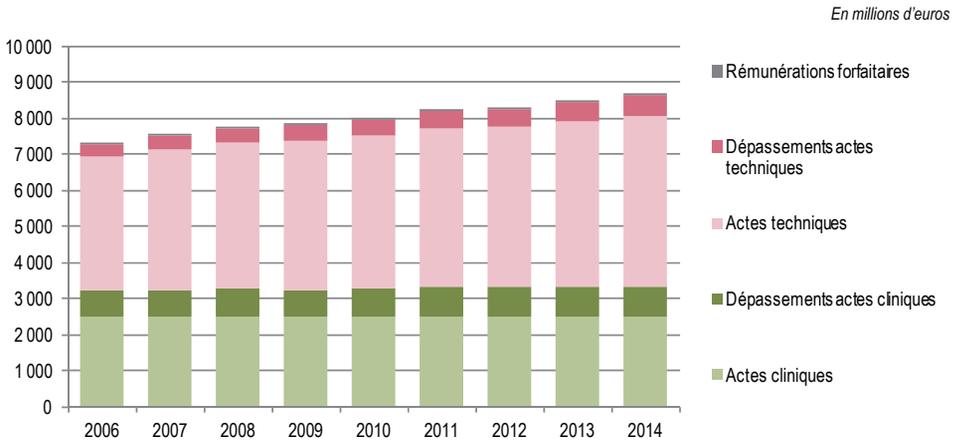
A8.3 Taux d'évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en activité à part entière (APE)



Champ : France métropolitaine.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

A8.4 Structure de la dépense présentée* de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville



* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires. La consommation de soins de spécialistes (tableau A8.1) comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base (CNAMTS, RSI, MSA...), les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés...). En revanche, la ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM.

Source : CNAMTS, régime général, France métropolitaine – traitement DREES.

Fin 2014, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense 216 800 médecins en France métropolitaine (tableau A9.1) et 5 400 dans les DOM (y compris Mayotte). En Métropole, les médecins libéraux et mixtes (ceux exerçant également une activité salariée) représentent 60 % de l'ensemble des médecins.

Les effectifs de médecins ont globalement augmenté de 0,8 % en moyenne annuelle entre 1999 et 2008 puis se sont légèrement tassés en 2009-2010, avec le départ en retraite des classes d'âges nombreuses du baby-boom. Une hausse de 2,3 % des effectifs a de nouveau été enregistrée entre 2012 et 2015 (soit une augmentation moyenne de 0,8 % par an), à la suite de l'élargissement progressif du *numerus clausus* (3 583 en 2000, 7 492 en 2013) [graphique A9.2] et le report de l'âge à la retraite.

Le SNIR dénombre 114 000 **médecins libéraux** en 2014, soit 0,4 % de moins qu'en 2013 ; 52 % d'entre eux sont des omnipraticiens. Entre 2003 et 2014, le nombre d'omnipraticiens libéraux a diminué de 2,3 % tandis que le nombre de spécialistes libéraux augmentait de 2,0 %.

Parmi les médecins libéraux de secteur 1, le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,1 %) pour la cinquième année consécutive ; celui des spécialistes recule de 1,3 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2003. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 5,4 % des effectifs, qui s'accroît au fil des ans. Le nombre des spécialistes de secteur 2 progresse (+1,4 % en 2014), mais à un rythme plus faible que sur la période 2003-2009 (2,1 % en moyenne annuelle). La part des spécialistes exerçant en secteur 2 atteint 43,4 % en 2014, alors qu'elle n'est plus que de 9,1 % chez les généralistes (graphique A9.3). Au total, un médecin sur quatre peut pratiquer des honoraires libres, soit une proportion globale identique à celle de 2003, même si la structure entre généralistes et spécialistes s'est sensiblement modifiée depuis.

En 2014, la **densité moyenne de praticiens** est de 337 médecins pour 100 000 habitants en France, y compris les DOM (carte A9.4). Elle est maximale en région PACA et en Île-de-France avec environ 400 médecins pour 100 000 habitants, et minimale à Mayotte (81 médecins pour 100 000 habitants). Mais ces inégalités de répartition se sont réduites depuis 25 ans : seules 6 régions ont des densités de 15 % inférieures à la moyenne, contre 10 régions en 1990.

Ces inégalités de répartition sont plus marquées pour les médecins spécialistes, pour lesquels les écarts de densité entre les régions varient de 1 à 8,5. Ces écarts de densité vont de 1 à 3,5 pour les omnipraticiens.

La densité médicale est également plus forte en ville que dans les communes rurales : elle dépasse 500 praticiens pour 100 000 habitants dans les grandes agglomérations et s'établit en deçà de 200 dans les communes de moins de 5 000 habitants.

La **population des médecins** vieillit : l'âge médian est de 51,5 ans en 2014 contre 40 ans en 1990 (graphique A9.5). Parallèlement, la profession continue de se féminiser : elle compte 43,6 % de femmes en 2014 contre 30 % en 1990. En 2014, les femmes représentent 29 % des praticiens de 60 ans ou plus et 60 % des praticiens de moins de 40 ans. Cette tendance devrait perdurer : en 2014, 58 % des internes en médecine sont des femmes. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent le tiers des médecins libéraux et la moitié des médecins salariés.

Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie médicale, endocrinologie ou génétique (à 70 %), dermatologie ou pédiatrie (à 67 %). Inversement, 87 % des chirurgiens et 76 % des cardiologues sont des hommes en 2014. Toutefois, ces spécialités, majoritairement masculines, se féminisent aussi : les proportions de femmes chirurgiens et cardiologues sont deux fois plus importantes parmi les moins de 35 ans que dans l'ensemble de ces professions.

DÉFINITIONS

RPPS : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins ; il remplace le répertoire ADEL1 depuis novembre 2011. Il comprend les praticiens ayant une activité salariée ou mixte (libérale et salariée), contrairement au SNIR.

SNIR : système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie. **Médecin omnipraticien** : le terme regroupe les médecins généralistes et les médecins à mode d'exercice particulier (MEP) tels que les acupuncteurs, homéopathes, allergologues, médecins du sport, etc.

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2015 téléchargeables sur le Data DREES à l'adresse :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Bachelet M., avec la collaboration du CNG, 2014, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Études et Résultats*, n° 894, DREES, octobre.

Fauvet L., 2012, « Les médecins au 1^{er} janvier 2013 », *Études et Résultats*, n° 796, DREES, mars.

Barlet M., Cavillon M., 2010, « Localisation des professionnels de santé libéraux », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, septembre.

Attal-Toubert K., Vanderschelden M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février.

A9.1 Effectif de médecins par mode conventionnel en fin d'année

ADELI – RPPS	2003	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Médecins libéraux et mixtes	120 584	121 634	122 145	122 778	126 952	127 244	127 569	127 495	-0,1
Médecins salariés	82 903	85 643	86 104	84 679	84 868	85 983	87 640	89 272	1,9
dont salariés hospitaliers	59 130	61 797	63 628	60 697	57 432	60 433	61 698	63 101	2,3
Ensemble	203 487	207 277	208 249	207 457	211 820	213 227	215 209	216 767	0,7

* DP : Droit permanent à dépassement ; dispositif en extinction, supprimé en 1980 pour les effectifs de nouveaux médecins et remplacé depuis par le secteur 2.

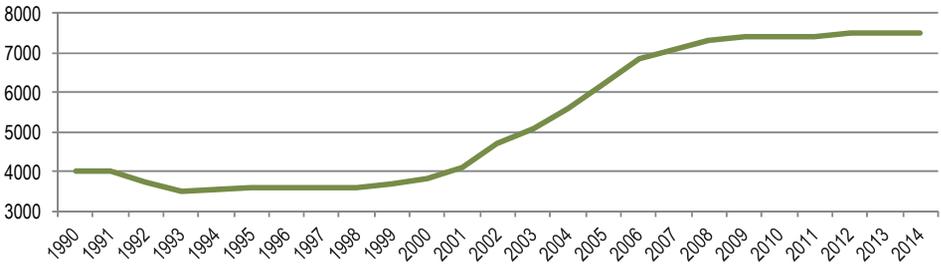
Note : Le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2011 ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.

Les effectifs renseignés pour l'année 2014 correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier 2015.

Source : DREES – ADELI 2003-2009 et RPPS 2011-2014 (France métropolitaine).

A9.2 Évolution du *numerus clausus* des médecins

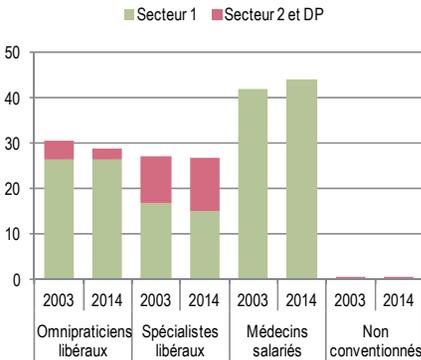
Effectifs



Source : Légifrance.

A9.3 Effectif des médecins libéraux

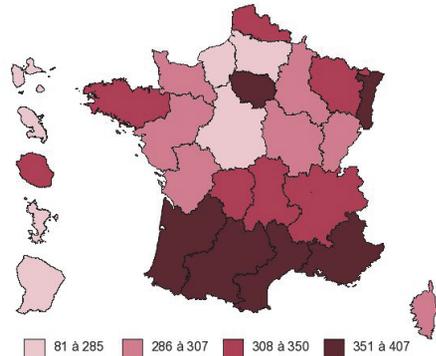
En %



Source : CNAMTS – SNIR (France métropolitaine).

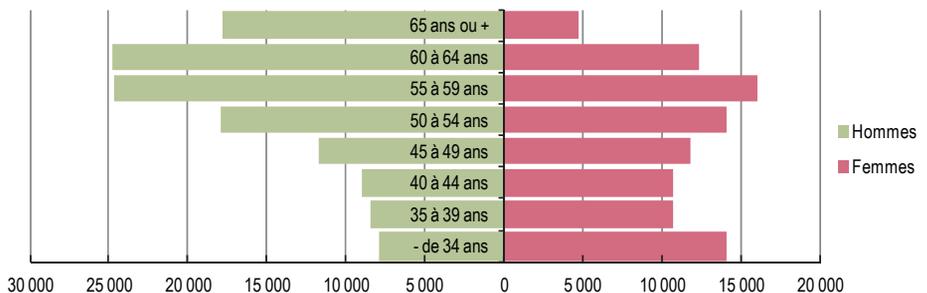
A9.4 Densité de médecins en 2014

Pour 100 000 habitants



Sources : DREES – RPPS 2015 ; INSEE pour la population.

A9.5 Répartition des médecins selon l'âge et le sexe fin 2014



Source : DREES – RPPS 2015 (France entière).

La consommation de soins de sages-femmes en ville ne comprend pas l'activité des sages-femmes en établissements, comptabilisée dans la dépense hospitalière des Comptes de la santé.

La **consommation de soins de sages-femmes en ville**, qui exercent au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, représente un montant de 242 millions d'euros en 2014 (*tableau A10.1*).

La consommation de soins de sages-femmes en ville est particulièrement dynamique avec un rythme de croissance annuel moyen de 6,7 % entre 2006 et 2012. Ces deux dernières années, la croissance a été encore plus forte (+15,5 % en 2013 et +10,7 % en 2014) sous l'effet de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (**PRADO**) qui organise la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de maternité.

L'accélération de la dépense est également visible en termes d'**honoraires moyens par sage-femme libérale** : ceux-ci augmentent de 1,9 % en 2014 après +5,5 % en 2013, alors qu'ils progressaient en moyenne annuelle de 0,7 % entre 2006 et 2012 (*tableau A10.2*). L'augmentation de la charge de travail des sages-femmes à la suite de la mise en place du PRADO ainsi que la revalorisation de leurs honoraires en septembre 2012 constituent des éléments d'explication.

Fin 2014, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense plus de 21 600 sages-femmes en France, dont 20 600 en Métropole et 1 000 dans les DOM (*tableau A10.3*). Les **effectifs de sages-femmes** ont progressé de 3,0 % par an en moyenne entre 2000 et 2009 en Métropole et de 5,0 % par an dans les DOM. Le rythme de croissance est encore un peu plus rapide sur la période récente : +3,3 % en moyenne entre 2010 et 2014 en Métropole et +8,0 % dans les DOM.

Les trois quarts des sages-femmes sont salariées (*tableau A10.3*), dont la grande majorité en établissement hospitalier. Les sages-femmes libérales représentent donc un quart des effectifs de la profession. Leur activité est majoritairement constituée de cours de préparation à la naissance, de rééducation périnéale, ainsi que de visites et consultations de suivi de grossesse. La croissance des effectifs des sages-femmes libérales est plus rapide que celle des salariées : entre 2000 et 2009, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté de 6,3 % en moyenne annuelle,

contre +3,1 % pour les salariées. Ce rythme de croissance s'est accéléré pour les sages-femmes libérales sur les quatre dernières années : la progression, en moyenne annuelle, s'élève en effet à 12,7 % entre 2011 et 2014.

Au cours des vingt dernières années, le nombre de sages-femmes a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Il devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu. À cette date, une sur trois exercerait en libéral, selon les projections de la DREES sous l'hypothèse de comportements d'activité constants. Compte tenu de la baisse prévue du nombre de gynécologues-obstétriciens entre 2015 et 2020 (liée à la hausse du nombre de départs à la retraite) et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes (à la suite notamment du dispositif PRADO), l'activité des sages-femmes devrait continuer à croître.

La profession est quasi exclusivement féminine : en 2014, plus de 97 % des effectifs sont des femmes (*graphique A10.4*). Âgées en moyenne de 40,3 ans, les sages-femmes sont un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (39,3 ans) qu'en cabinet libéral (42,5 ans).

La **densité de sages-femmes**, mesurée par rapport au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans, est assez homogène en Métropole autour d'une densité moyenne de 146 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2014 (*carte A10.5*) : la densité varie de 117 en Île-de-France à 179 en Lorraine. Elle est plus faible dans les régions du Nord de la France. Ces écarts de densité sont notamment à rapprocher du nombre relatif de naissances par femme en âge de procréer et des densités variables d'obstétriciens selon les régions.

Dans les DOM, la densité de sages-femmes est plus élevée qu'en Métropole : elle atteint 181 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans les Antilles, 200 dans l'océan Indien (Réunion-Mayotte) et 284 en Guyane. Le taux brut de natalité est en effet nettement plus fort dans les DOM qu'en Métropole (16,9 naissances pour 1 000 habitants dans les DOM, contre 12,2 en Métropole en 2013).

La répartition des seules sages-femmes libérales est plus inégale : la densité régionale varie de 1 à 4, avec une moyenne de 41,4.

DÉFINITIONS

PRADO : programme de retour à domicile organisé, permettant d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi ou un régime particulier. À terme, il pourrait permettre un raccourcissement de la durée de séjour en maternité.

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Sicart D., 2014, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2015 », *Document de travail – Série Statistiques*, DREES n° 189, juin.

Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES n° 791, mars.

A10.1 Consommation de soins de sages-femmes en ville

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation (en millions €)	128	127	137	148	161	172	189	218	242
Évolution (en %)		-0,8	7,7	8,4	8,2	7,3	9,9	15,5	10,7

Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A10.2 Honoraires moyens des sages-femmes libérales

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Honoraires moyens par an * (en k€)	50,2	50,6	51,2	50,8	51,7	52,2	52,5	55,3	56,4
Évolution (en %)		0,7	1,2	-0,7	1,7	1,0	0,6	5,5	1,9

* Professionnels en APE (activité à part entière).

Champ : France entière.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

A10.3 Effectifs des sages-femmes en fin d'année

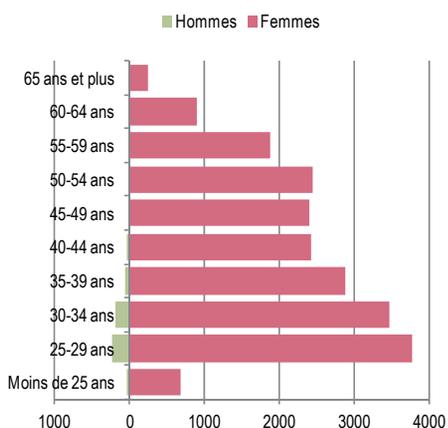
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	Evolution 2013-2014 (en %)
Ensemble des sages-femmes	16 280	17 215	18 237	19 651	18 835	20 235	20 772	21 632	4,1
Métropole	15 684	16 550	17 483	18 847	18 070	19 263	19 764	20 591	4,2
Saliés hospitaliers	12 145	12 857	13 428	14 263	13 459	13 881	13 833	14 040	1,5
Autres salariés	1 269	1 209	1 287	1 352	1 361	1 184	1 264	1 312	3,8
Libéraux	2 270	2 484	2 768	3 232	3 250	4 198	4 667	5 239	12,3
DOM	596	665	754	804	765	972	1 008	1 041	3,3

Note : Les effectifs renseignés pour 2014 correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier 2015.

Champ : France entière.

Source : DREES – ADELI jusqu'en 2009, RPPS à partir de 2010.

A10.4 Répartition des sages-femmes fin 2014

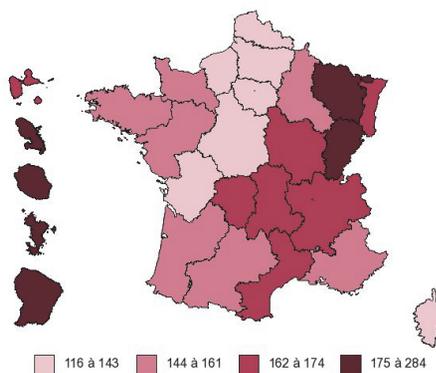


Champ : France entière.

Source : DREES – RPPS 2015.

A10.5 Densité des sages-femmes fin 2014

Pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans



Champ : Sages-femmes libérales et salariées.

Sources : DREES – RPPS 2015 ; INSEE pour la population.

La consommation de soins infirmiers en ville (par convention, infirmiers libéraux et en centres de santé) s'élève à 7,2 milliards d'euros en 2014. Sur le champ du régime général, ces soins remboursés par l'Assurance maladie sont constitués, en 2014, à 46 % d'actes médicaux infirmiers dits « classiques », tels que pansements ou piqûres. Viennent ensuite les actes infirmiers de soins tels que la toilette, l'hygiène, la garde à domicile ou la prévention (35 %) et, enfin, les frais de déplacement (19 %) [graphique A11.3].

La progression des soins infirmiers en ville atteint 5,6 % en valeur en 2014, après +6,8 % en 2013 et +7,6 % en 2012 (tableau A11.1). De ce fait, ils constituent depuis plusieurs années l'un des postes les plus dynamiques de la CSBM, et ce, bien qu'une franchise de 0,50 euro soit appliquée sur chaque acte infirmier depuis le 1^{er} janvier 2008. Pour chaque patient, cette franchise est toutefois plafonnée à 2 euros par jour et à 50 euros par an. Ce plafond annuel est commun pour les actes de l'ensemble des auxiliaires médicaux, pour les médicaments et les transports sanitaires.

Si les prix des soins infirmiers sont stables en 2014, ils ont augmenté à plusieurs reprises depuis 2006 : les actes des infirmiers, l'indemnité forfaitaire de déplacement et la majoration du dimanche ont progressivement été revalorisés (en juillet 2007, avril 2009 et mai 2012). Ainsi, les prix ont augmenté de 1,1 % en 2012 et de 0,8 % en 2013, à la suite de la revalorisation de mai 2012.

En 2014, le dynamisme de la dépense des soins infirmiers résulte à nouveau de la forte progression du volume et non du prix de ces soins (+5,6 %), dans la continuité des années précédentes (+5,7 % en moyenne annuelle de 2006 à 2013) [graphique A11.2].

Cet effet volume est porté par un quota élevé de formation d'infirmiers (31 162 en 2014), la profession étant réglementée. Bien que quasiment stable depuis 2003, où il atteignait déjà 30 000, ce quota est près de deux fois plus élevé que celui observé en moyenne dans les années 1980 et 1990 et permet de ce fait une progression soutenue des effectifs de la profession.

Fin 2014, 621 200 infirmiers exercent en France métropolitaine et 17 000 dans les DOM (tableau A11.4). Au total, les effectifs infirmiers ont progressé de +3,9 % par an entre 2009 et 2014.

En France métropolitaine, les infirmiers salariés – dont plus de huit sur dix travaillent dans le secteur hospitalier – comptent pour 83,2 % des effectifs de la profession. Les infirmiers libéraux représentent seulement 16,8 % des effectifs salariés. Toutefois, depuis 2009, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+6,2 % en moyenne annuelle) est plus rapide que celle des infirmiers salariés (+3,3 % par an).

La profession est très féminine : en 2014, près de neuf infirmiers sur dix sont des femmes (87,0 %). Cette part dépasse 91 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. La proportion de femmes exerçant en libéral est un peu moins élevée (83,7 %).

Par ailleurs, la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire est très inégale : en 2014, les écarts de densité régionale varient de 1 à plus de 5 (carte A11.6). La densité moyenne est de 166,5 infirmiers pour 100 000 habitants. La densité la plus faible d'infirmiers libéraux s'observe en Île-de-France (78 pour 100 000). Dans les 6 régions métropolitaines où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 220 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Aquitaine et Limousin), la part de la population âgée de 60 ans ou plus est plus élevée que la moyenne (environ 26 % contre 23 %). Trois DOM ont également une densité d'infirmiers supérieurs à 220 pour 100 000 habitants : la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion. Outre la structure de la population par âge, la répartition inégale des taux d'équipements en EHPAD sur le territoire contribuerait également à expliquer ces écarts de densité régionale. En revanche, tous modes d'exercices confondus, l'Île de France n'est plus la région la moins dotée en infirmiers (850,3 pour 100 000), la densité la plus faible étant à Mayotte (353,6 pour 100 000).

L'âge moyen de la profession d'infirmier est de 43,6 ans (tableau A11.5). Les infirmiers sont en moyenne un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (43,0 ans) qu'en cabinet libéral (44,5 ans), certains infirmiers s'installant en libéral après avoir exercé à l'hôpital.

Les départs à la retraite pourraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers libéraux dans les prochaines années, puisque les infirmiers libéraux de 50 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux dans les régions où la densité d'infirmiers est plus élevée.

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2015 téléchargeables sur le Data DREES à l'adresse :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Sicart D., 2014, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 », Document de travail – Série Statistiques, DREES n°189, juillet.

Barlet M., Cavillon M., 2011, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, n° 760, DREES, mai.

Barlet M., Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n° 759, DREES, mai.

A11.1 Consommation de soins infirmiers

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins infirmiers (en millions €)	4 107	4 452	4 781	5 227	5 581	5 909	6 358	6 787	7 166
Évolution (en %) Valeur		8,4	7,4	9,3	6,8	5,9	7,6	6,8	5,6
Prix		1,8	3,5	3,8	0,7	0,0	1,1	0,8	0,0
Volume		6,5	3,8	5,3	6,0	5,9	6,4	5,9	5,6
SSIAD	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563
Évolution SSIAD (en %)	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6	1,7

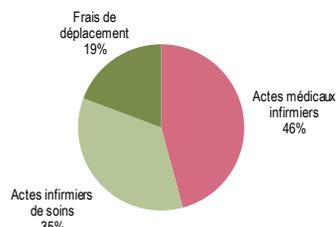
Note : Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) sont inclus dans les soins de longue durée aux personnes âgées (fiche B2) au sein de la dépense courante de santé. Exclut du poste « soins infirmiers » retracé dans cette fiche, car hors champ de la CSBM, ils sont rappelés ici pour mémoire.
Source : DREES – Comptes de la santé.

A11.2 Taux d'évolution des soins infirmiers



Source : DREES – Comptes de la santé.

A11.3 Structure des dépenses de soins infirmiers remboursées par le régime général en 2014



Champ : France métropolitaine, assurés du régime général.
Source : CNAMTS.

A11.4 Effectifs des infirmiers en fin d'année

	2000	2002	2004	2006	2008 *	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble des infirmiers	404 564	431 565	461 503	493 503	507 514	528 389	547 861	567 564	595 594	616 796	638 248
Métropole	397 506	423 431	452 466	483 380	495 834	515 754	534 378	552 908	579 866	600 170	621 225
Saliés hospitaliers	289 768	309 081	332 413	352 372	351 728	362 831	371 382	380 315	395 527	405 372	414 596
Autres salariés	50 245	54 894	57 353	63 137	70 596	75 733	80 753	85 357	91 536	96 549	102 135
Libéraux	57 493	59 456	62 700	67 871	73 510	77 190	82 243	87 236	92 803	98 249	104 494
DOM	7 058	8 134	9 037	10 123	11 680	12 635	13 483	14 656	15 728	16 626	17 023

Note : Environ 84 % des infirmiers salariés hospitaliers en 2014 travaillent dans le secteur public. Les infirmiers « autres salariés » correspondent notamment à des infirmiers salariés des centres de santé, des entreprises d'intérim, des établissements pour personnes âgées et handicapées, des centres de santé scolaire et universitaire...

* Rupture de série : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés.

Champ : France entière.

Source : DREES – ADELI – professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier N+1.

A11.5 Répartition des infirmiers par mode d'exercice

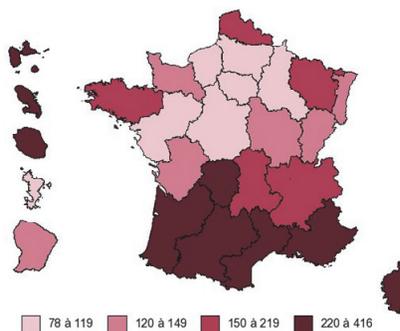
	Âge moyen	Répartition (en %)	Part des femmes (en %)
Ensemble	43,6	100,0	87,0
Infirmiers libéraux	44,5	16,8	83,7
Saliés hospitaliers	43,0	66,7	86,9
Autres salariés	45,2	16,4	90,4

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES – ADELI – professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier N+1.

A11.6 Densité des infirmiers libéraux

Pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADELI (au 1^{er} janvier 2015) ; INSEE pour la population.

La consommation de soins de **masseurs-kinésithérapeutes** délivrés en ville constitue un poste dynamique de la CSBM. Elle s'élevé à 5,5 milliards d'euros en 2014, en hausse de 5,3 % par rapport à 2013. Cette hausse est entièrement portée par celle des volumes (+5,3 % par rapport à 2013), les prix étant stables en 2014 (*tableau A12.1*).

L'indice de prix des masseurs-kinésithérapeutes est resté stable entre 2004 et 2011, malgré la signature d'une nouvelle convention en 2007. La revalorisation s'était alors traduite par une hausse du nombre de coefficients – et non des tarifs – de certains actes, ce que l'IPC ne traduit pas en augmentation de prix mais de volume (voir avertissement méthodologique fiche A16).

Au 1^{er} juillet 2012, les actes ont en revanche fait l'objet d'une revalorisation : le tarif de l'**AMC-AMK-AMS** est passé de 2,04 à 2,15 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement de 2,30 à 2,50 euros. Les prix ont donc augmenté de 3,0 % en 2012 et de 3,4 % en 2013 avec l'effet « année pleine » de la revalorisation.

Les volumes de soins de kinésithérapie progressent moins vite depuis 2008 : croissant de 6,0 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, ils augmentent de 3,9 % en 2008, et de moins de 3,0 % de 2009 à 2013 (*graphique A12.2*). Ces moindres augmentations sont en partie dues aux mesures de maîtrise médicalisée comme l'accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes, les référentiels... En revanche, en 2014, l'effet volume est plus élevé que les années précédentes (5,3 %) compte tenu des moindres rendements de maîtrise médicalisée réalisés sur ce poste de dépense : après 49,0 millions d'euros en 2013, il n'y a pas eu d'économie de maîtrise médicalisée réalisée sur ce poste en 2014 selon la CNAMTS.

Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) et les actes classiques (AMK) représentent respectivement 62 % et 30 % du montant total des prestations de masso-kinésithérapie versées par le régime général en 2014 (*graphique A12.3*). Les frais de déplacement en représentent 5 % et les actes effectués en établissement (AMC), 3 %.

Fin 2014, le répertoire **ADELI** recense 83 600 masseurs-kinésithérapeutes en France, dont 2 900 dans les DOM (*tableau A12.4*). En Métropole, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 2,5 % par an entre 2000 et 2008, passant de 55 000 à près de 69 000. Il est un peu plus dynamique depuis : +2,7 % en moyenne entre 2009 et 2013 et +3,5 % en 2014.

Près de 80 % des masseurs-kinésithérapeutes exercent en secteur libéral en 2014 et l'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes (*tableau A12.5*). En 2014, le nombre de kinésithérapeutes libéraux augmente plus rapidement que celui des salariés : +3,7 % pour les effectifs libéraux en 2014 contre +2,3 % pour les effectifs salariés. Le secteur hospitalier emploie la majorité des effectifs de salariés (79,9 %).

Les femmes sont désormais aussi nombreuses que les hommes alors qu'elles ne représentaient que 42 % des effectifs totaux en 2000. Elles exercent moins souvent en libéral (45,5 % de femmes) et sont plus fréquemment salariées d'établissements hospitaliers (68,1 % de femmes).

Les masseurs-kinésithérapeutes ont en moyenne 42,1 ans. Ceux exerçant en ville sont plus jeunes en moyenne (41,2 ans) que ceux exerçant dans les établissements hospitaliers (45,1 ans).

La densité moyenne est de 126,7 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Toutefois, comme pour l'ensemble des professionnels de santé, la répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est inégale sur le territoire : en 2014, les écarts de densité régionale varient de 1 à 9 en France (*carte A12.6*).

Les densités les plus fortes (entre 140 et 190) s'observent dans les régions du sud de la France (Languedoc-Roussillon, PACA, Corse, Aquitaine, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées) et à La Réunion (169 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants). En revanche, ils ne sont que 21 pour 100 000 habitants à Mayotte et leur densité est également plus faible que la moyenne dans les régions qui entourent l'Île-de-France.

DÉFINITIONS

AMC : actes de kinésithérapie en établissement.

AMK : actes de kinésithérapie classiques, pratiqués en cabinet ou au domicile du patient.

AMS : actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques.

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2015 téléchargeables sur le Data DREES à l'adresse :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Sicart D., 2014, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 », *Document de travail – Série Statistiques*, DREES, n°189, juillet.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2010, prévisions 2011, 2011, fiche 10.2, « Les masseurs-kinésithérapeutes », juin.

Darriné S., 2003, « Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », *Études et Résultats*, n° 242, DREES, juin.

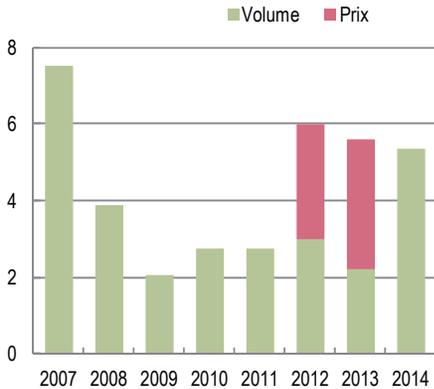
A12.1 Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins de kinésithérapie (en millions €)	3 850	4 140	4 300	4 388	4 508	4 632	4 912	5 192	5 468
Évolution (en %)									
Valeur		7,5	3,9	2,0	2,7	2,8	6,1	5,7	5,3
Prix		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4	0,0
Volume		7,5	3,9	2,0	2,7	2,8	3,0	2,2	5,3

Source : DREES – Comptes de la santé.

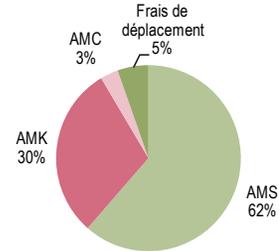
A12.2 Taux d'évolution des soins de kinésithérapie

En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

A12.3 Structure 2014 des prestations de kinésithérapie



Source : CNAMTS, régime général, France métropolitaine.

A12.4 Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes en fin d'année

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014
Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes	54 969	58 109	61 705	64 098	68 751	72 850	77 778	80 759	83 619
Métropole	53 997	56 924	60 364	62 602	66 919	70 780	75 304	78 061	80 740
Libéraux	42 006	44 699	47 554	49 666	52 804	55 763	59 360	61 618	63 918
Salariés hospitaliers	9 440	9 875	10 454	10 626	11 520	12 218	12 880	13 247	13 449
Autres salariés	2 551	2 350	2 356	2 310	2 595	2 799	3 064	3 196	3 373
DOM	972	1 185	1 341	1 496	1 832	2 070	2 474	2 698	2 879

Champ : Les données de l'année n correspondent aux données des professionnels de santé au 1^{er} janvier de l'année n+1.

Source : DREES – ADELI.

A12.5 Les kinésithérapeutes par mode d'exercice

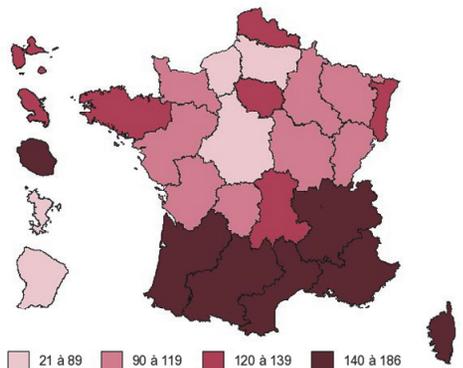
	Âge moyen	Répartition (en %)	Part des femmes (en %)
Ensemble	42,1	100,0	50,1
Kinésithérapeutes libéraux	41,2	79,2	45,5
Salariés hospitaliers	45,1	16,7	68,1
Autres salariés	46,6	4,2	65,3

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES – ADELI.

A12.6 Densité des masseurs-kinésithérapeutes

pour 100 000 habitants



Sources : DREES – ADELI ; INSEE pour la population.

La consommation de soins relevant des orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, dénommés autres auxiliaires médicaux, s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2014 (*tableau A13.1*). Elle augmente de 5,1 % en valeur, et retrouve ainsi sa tendance observée sur 2006-2012 (+5,3 % par an). La très forte croissance (+7,1 %) constatée en 2013 résultait des mesures de revalorisations tarifaires appliquées en novembre 2012.

La consommation de soins d'**orthophonistes**, qui s'élève à 1,0 milliard d'euros en 2014, progresse de 4,8 % en volume. Le rythme de progression des volumes d'orthophonie est quasiment constant depuis 2007.

La croissance en prix est nulle, puisque les tarifs de cette profession sont inchangés par rapport à 2013 (*graphique A13.2*). En novembre 2012, le tarif des actes d'orthophonie (AMO) était passé de 2,40 à 2,50 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement à 2,50 euros ; quatre autres cotations d'actes concernant cette profession avaient également été revalorisées.

Fin 2014, 22 800 orthophonistes exercent en France métropolitaine et 700 dans les DOM (*tableau A13.4*). Entre 2000 et 2013, l'effectif des orthophonistes a augmenté de 3,7 % en moyenne annuelle ; cette hausse demeure comparable en 2014 (3,4 %).

La grande majorité des orthophonistes exerce en secteur libéral : c'est le cas pour 81 % d'entre eux en 2014. Cette profession est quasi exclusivement féminine (96,6 %).

Fin 2014, la densité moyenne en France est de 36 orthophonistes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes (entre 42 et 54) s'observent dans les régions du sud de la France (Languedoc-Roussillon, PACA et Midi-Pyrénées) ainsi qu'en Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais et à La Réunion.

Les soins d'**orthoptistes** s'élèvent à 146 millions d'euros en 2014, soit une hausse de 4,8 % en valeur et en volume (*graphique A13.3*). Le prix des actes des orthoptistes avait également augmenté en novembre 2012, le tarif des actes d'orthoptie (AMY) passant de

2,50 à 2,60 euros et celui des indemnités forfaitaire de déplacement étant porté à 2,50 euros ; plusieurs cotations d'actes effectués par cette profession ont également été revalorisées.

Fin 2014, 4 100 orthoptistes sont recensés en France métropolitaine et 100 dans les DOM. La croissance des effectifs d'orthoptistes est de 4,5 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2013 et reste voisine de ce niveau en 2014 (4,2 %).

La densité moyenne en France est de 6 orthoptistes pour 100 000 habitants. En 2014, 67 % des orthoptistes exercent à titre libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine avec près de 90 % de femmes.

Enfin, les soins de **pédicures-podologues** pris en charge par l'Assurance maladie représentent une dépense de 24 millions d'euros en 2014. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 20,4 % par an depuis 2006. Il s'agit essentiellement d'actes de pédicure pour diabétiques.

Les actes de pédicures-podologues comportent d'importants dépassements d'honoraires : ceux-ci représentent en effet 26 % des honoraires de base en 2014 selon le système national inter-régimes (SNIR).

Toutefois, les soins pris en compte dans les Comptes de la santé ne représentent qu'une très faible part de l'activité des pédicures-podologues. En effet, seuls les actes prescrits par un médecin sont considérés comme des soins de santé, les autres étant apparentés à des soins esthétiques.

Fin 2014, 13 100 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine et 200 dans les DOM. Entre 2000 et 2013, le nombre de pédicures-podologues a progressé de 2,7 % en moyenne annuelle et de 3,1 % en 2014. La densité moyenne est de 20 pédicures-podologues pour 100 000 habitants en Métropole, contre 9 dans les DOM.

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2015 téléchargeables sur le Data DREES à l'adresse :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

Rochut J., 2014, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *Études et Résultats*, n° 895, DREES, octobre.

A13.1 Consommation de soins des autres auxiliaires médicaux

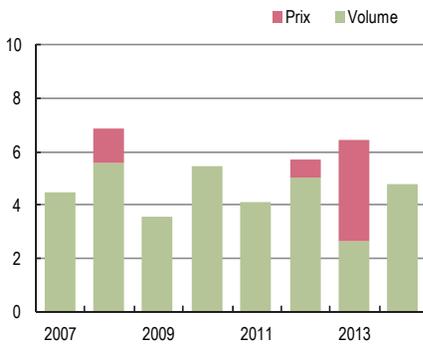
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble (en millions €)	769	804	859	899	950	991	1 049	1 123	1 180
Orthophonistes	673	703	751	778	821	855	904	963	1 010
Orthoptistes	91	96	101	110	115	121	127	139	146
Pédicures-podologues	5	6	7	11	13	16	18	20	24
Évolution de l'ensemble (en %)									
Valeur		4,6	6,8	4,6	5,6	4,4	5,8	7,1	5,1
Prix		0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,7	3,7	0,0
Volume		4,6	5,6	4,6	5,6	4,4	5,1	3,2	5,1

Note : L'activité des pédicures-podologues retracée ici prend en compte uniquement les soins pris en charge par la Sécurité sociale. Leurs autres activités ne font pas partie du périmètre des Comptes de la santé.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A13.2 Évolution des soins d'orthophonistes

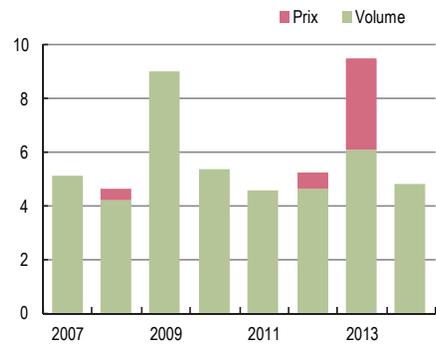
En %



Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix.

A13.3 Évolution des soins d'orthoptistes

En %



Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix.

A13.4 Effectifs des autres auxiliaires médicaux en fin d'année

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	Part des femmes en 2014 (en %)
Métropole										
Orthophonistes	13 914	14 836	15 909	17 135	18 506	19 963	21 283	22 070	22 827	96,6
Orthoptistes	2 236	2 405	2 588	2 808	3 081	3 396	3 736	3 922	4 086	89,7
Pédicures-podologues	9 049	9 859	10 550	11 068	11 045	11 579	12 247	12 660	13 055	66,7
dont libéraux										
Orthophonistes	11 041	11 812	12 582	13 550	14 744	16 058	17 176	17 773	18 391	96,7
Orthoptistes	1 738	1 845	1 968	2 055	2 205	2 396	2 593	2 660	2 743	89,8
Pédicures-podologues	8 863	9 668	10 362	10 850	10 832	11 371	12 029	12 430	12 817	66,7
DOM										
Orthophonistes	296	323	379	410	473	560	619	674	694	95,1
Orthoptistes	39	47	48	58	70	84	90	94	99	77,8
Pédicures-podologues	76	89	111	129	144	168	183	190	195	67,7
France entière										
Orthophonistes	14 210	15 159	16 288	17 545	18 979	20 523	21 902	22 744	23 521	96,6
Orthoptistes	2 275	2 452	2 636	2 866	3 151	3 480	3 826	4 016	4 185	89,4
Pédicures-podologues	9 125	9 948	10 661	11 197	11 189	11 747	12 430	12 850	13 250	66,7

Note : Les effectifs de l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire ADELI au 1^{er} janvier N+1.

Source : DREES – ADELI.

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 10,6 milliards d'euros en 2014, soit une légère baisse en valeur par rapport à 2013 (-0,1 %) [tableau A14.1]. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, ce poste progresse moins rapidement depuis 2005. Toutefois, sa dynamique réelle est difficile à appréhender : les actes hors nomenclature dentaire (par exemple orthodontie pour les assurés de plus de 16 ans, implants dentaires) se développent et échappent à la statistique publique.

Depuis 2009, le prix des soins dentaires progresse de 1 % environ chaque année. En 2014, il progresse également de 1,1 %. Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 : l'examen de prévention bucco-dentaire des jeunes a été revalorisé de 25 à 30 euros en février 2013, ainsi que le tarif de la consultation, porté de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la CCAM dentaire sont, quant à elles, entrées en vigueur en juin 2014.

Les volumes, qui progressaient modérément ces dernières années, ont reculé de 1,2 % en 2014.

Les soins remboursables des dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et de prothèses : ces deux types de soins représentent 57 % des actes en 2013, soit 63 millions d'actes (graphique A14.2). Les radiographies représentent 28 millions d'actes, suivies des consultations et visites (12 millions), des extractions et autres actes de chirurgie (7 millions) et, enfin, des soins d'orthodontie (2 millions). Entre 2006 et 2013, le nombre de radiographies a connu une croissance bien plus forte (+14 %) que les soins conservateurs (0 %). En conséquence, la structure des soins dentaires s'est déformée au profit des actes de radiographie dont la part est passée de 22 % en 2006 à 24 % en 2013. À l'inverse, la part des soins conservateurs a baissé de 2 points (de 47 % en 2006 à 45 % en 2013).

Parmi les soins de la nomenclature, la part des dépassements (par rapport au tarif opposable) dans les honoraires dentaires s'est légèrement repliée après neuf années consécutives de hausse. Elle demeure à un niveau élevé en 2014 (52,8 %) [graphique A14.3]. À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements d'honoraires totaux des stomatologues est de 47,8 %,

contre 17,9 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les dépassements d'honoraires dentaires sont concentrés sur les prothèses dentaires. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses et des actes d'orthodontie est libre et leur base de remboursement, fixée par l'Assurance maladie, est souvent inférieure au coût réel.

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 40 600 chirurgiens-dentistes sont recensés en Métropole (soit 0,7 % de plus qu'en 2013) et près de 900 dans les DOM (+1,8 %). Cette augmentation est liée aux médecins salariés, en forte progression depuis 2011. En revanche, les effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux sont stables depuis 2011. La Métropole compte ainsi 36 100 professionnels libéraux en 2014 (source SNIR) [tableau A14.5]. En 2014, les chirurgiens-dentistes libéraux représentent 89 % de la profession. Ce ratio baisse légèrement (il était de 91 % en 2007), en lien avec la féminisation croissante de la profession.

La tendance à la légère hausse des effectifs de chirurgiens-dentistes (+0,7 % en moyenne par an depuis 2011) est liée à l'élargissement du *numerus clausus* à partir de 2008. Auparavant, la démographie de cette profession était orientée à la baisse (-0,3 % par an entre 2006 et 2010). Autre conséquence de l'augmentation du *numerus clausus*, la profession rajeunit depuis 2011. En 2014, les dentistes sont âgés en moyenne de 48,2 ans.

Bien que cette profession reste la moins féminisée des professions de santé réglementées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 42,4 % en 2014. Comme pour les médecins, le nombre de femmes dans les jeunes générations croît rapidement : 60 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes (graphique A14.6).

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, les écarts de densité entre le nord et le sud du pays sont significatifs (carte A14.4). En 2014, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,6 pour 100 000 habitants en Métropole. Elle est supérieure à 73 pour 100 000 dans le sud de la France (PACA, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Corse) et en Alsace, tandis qu'elle n'atteint que 39 pour 100 000 en Haute-Normandie et en Picardie. Enfin, la densité moyenne dans les DOM est également basse : 41 pour 100 000 habitants en 2014.

DÉFINITIONS

SNIR : système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

RPPS : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les chirurgiens-dentistes. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

POUR EN SAVOIR PLUS

Sicart D., 2014, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 », *Document de travail – Série Statistiques*, DREES, n° 189, juillet.

Bellamy V., 2013, « Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008 », *Études et Résultats*, n° 849, DREES, août.

Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T. *et al.*, 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, n° 920, DREES, juin 2015.

A14.1 Consommation de soins dentaires

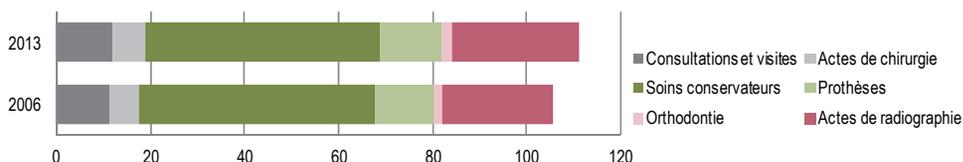
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation totale (en millions €)	9 063	9 318	9 504	9 658	9 992	10 284	10 485	10 601	10 595
Evolution (en %)									
Valeur		2,8	2,0	1,6	3,5	2,9	2,0	1,1	-0,1
Prix		1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1
Volume		1,5	0,2	0,4	2,2	1,8	1,0	0,3	-1,2

Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A14.2 Répartition des actes des chirurgiens-dentistes libéraux en 2006 et 2013

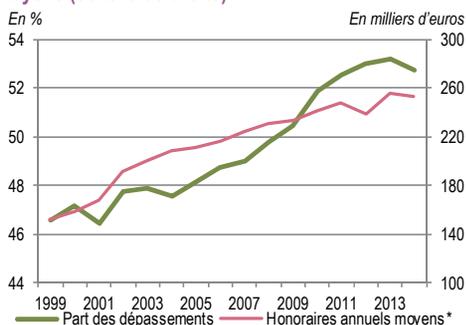
En millions d'actes



Champ : Soins remboursables des dentistes libéraux, France entière.

Source : CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

A14.3 Part des dépassements dans les honoraires dentaires (échelle de gauche) et honoraires annuels moyens (échelle de droite)



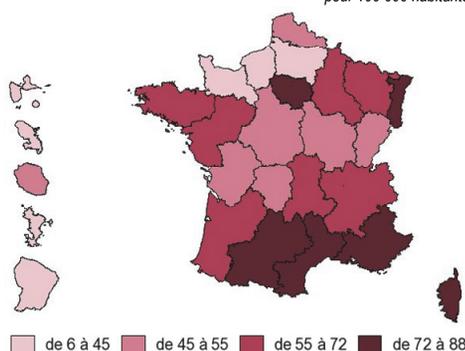
* Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).

Champ : France métropolitaine.

Source : CNAMTS – SNIR, traitement DREES.

A14.4 Densité de chirurgiens-dentistes

pour 100 000 habitants



Sources : DREES – RPPS ; INSEE pour la population.

A14.5 Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice en fin d'année

RPPS	2011	2012	2013	2014
Total France métropolitaine	39 805	40 000	40 335	40 629
Dentistes libéraux ou mixtes	36 039	36 094	36 228	36 176
Dentistes salariés	3 766	3 906	4 107	4 453
dont salariés hospitaliers	349	392	442	621
Total DOM	794	833	851	866
SNIR	2011	2012	2013	2014
Chir. dentistes libéraux	35 955	35 955	36 068	36 063
Conventionnés	35 609	35 623	35 749	35 760
DP *	236	228	217	200
Non conventionnés	110	104	102	103

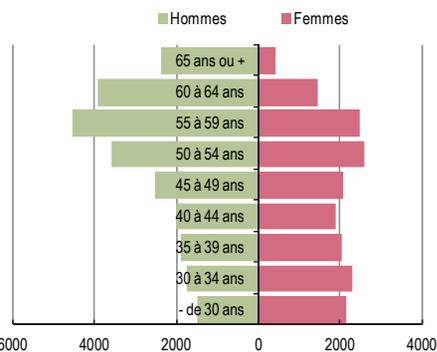
* DP : Droit permanent à dépasement ; dispositif en extinction, supprimé en 1980 pour les effectifs de nouveaux médecins et remplacé depuis par le secteur 2.

Note : Les effectifs renseignés pour l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier N+1.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES – RPPS ; CNAMTS – SNIR.

A14.6 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes



Champ : France entière.

Source : DREES – RPPS.

En 2014, la consommation de **transports de malades** s'élevé à 4,4 milliards d'euros, soit une hausse de 2,6 % en valeur et de 1,2 % en volume par rapport à 2013 (*tableau A15.1*). Cette évolution est inférieure à la tendance d'évolution de moyen terme des dépenses de transport sanitaire, qui est un poste très dynamique (+4,7 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2013).

Ces dépenses recouvrent différents types de transports de malades : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment). Les tarifs des SMUR sont établis par les établissements de rattachement, alors que les tarifs des transporteurs (ambulances et VSL) sont fixés par des conventions nationales signées avec l'Assurance maladie. Cette dernière fixe également les bases de remboursement des transports en véhicule personnel et des transports en commun. Enfin, les tarifs maximaux des taxis sont fixés chaque année par arrêté préfectoral dans chaque département.

Le taux moyen effectif de remboursement par l'assurance maladie obligatoire des frais de transport sanitaire est très élevé : 95,3 % en 2014. En effet, près de 90 % des dépenses sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie, dont près des trois quarts sont remboursées à des patients en affection de longue durée (ALD), exonérés du ticket modérateur.

Un dynamisme de la dépense ...

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire, en particulier entre 2000 et 2004 (+8,6 % par an) est à l'origine d'actions de maîtrise médicalisée : instauration en 2004 de contrats de bonnes pratiques puis, en 2007, d'un nouveau référentiel médical permettant de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient ; mise en place en 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients ; accord signé en 2011 pour augmenter le nombre de transports partagés ; nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) devant être signés depuis 2011 pour les établissements de santé générant des dépenses de transport évoluant à un taux supérieur à l'objectif fixé, etc.

Le rythme de croissance des dépenses de transport a connu des à-coups ces dernières années (*graphique A15.2*) : il a ralenti en 2010 et 2011 à la suite des mesures de maîtrise des prix : revalorisation plus faible des tarifs des taxis (+1,2 % au 1^{er} février 2010 et +2,1 % au 1^{er} janvier 2011, contre +3,1 % au 1^{er} mars 2008 et au

1^{er} janvier 2009), restructuration des tarifs des ambulances et des VSL en 2008 et 2011. En 2012 et 2013, les dépenses de transport ont progressé de plus de 5,0 % par an, portées par une reprise des volumes et des prix (revalorisation de +2,6 % des tarifs des taxis en 2013, revalorisations successives des tarifs des ambulances et des VSL en 2012 et 2013).

En 2014, les volumes ont ralenti (+1,2 % après +3,3 % l'année précédente) plus nettement que les prix (+1,4 % après +1,9 %). En effet, les tarifs conventionnels des transporteurs n'ont pas évolué, mais les tarifs de taxis ont été revalorisés de 3,9 % au 1^{er} janvier 2014.

Sur le champ du régime général, soit 85 % de la consommation totale de transports, l'évolution des dépenses peut être analysée par mode de transport : ces dépenses ont crû de 3,0 % en 2014, contre +5,1 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2013. Les dépenses de taxis tirent la dépense vers le haut, bien qu'elles croissent à un rythme moins soutenu qu'auparavant (+5,9 % en 2014 contre +9,6 % entre 2006 et 2013). En revanche, la croissance des dépenses est modérée par celle des ambulances, qui diminue également (+2,0 % contre +4,7 % entre 2006 et 2013), et par celle des VSL, très faible quoiqu'en légère augmentation (+0,9 % en 2014 et +0,3 % entre 2006 et 2013).

... en partie lié à la déformation de sa structure

La mise en perspective des dépenses remboursées par le régime général avec le nombre de voyages effectués permet de mettre en évidence les différences de prix entre les trois principaux types de transport. En 2014, l'ambulance apparaît comme le mode le plus coûteux puisqu'il représente 40 % des dépenses de transport (hors SMUR, véhicules personnels et autres) pour 23 % des trajets. À l'inverse, les VSL, qui représentent 21 % de la dépense pour 34 % des trajets (*graphique A15.3*), apparaissent comme le mode le plus économique, les taxis occupant une position intermédiaire.

Les évolutions des dépenses remboursables de transports constatées depuis 2000 résultent donc notamment d'une déformation de la **structure des transports utilisés**. La part en volume des transports effectués par des VSL, relativement moins coûteux, a diminué de 42 % à 28 % entre 2000 et 2007, au profit de la part des ambulances, passée de 35 % à 41 %, et de celle des taxis, augmentant de 18 % à 28 % (*graphique A15.4*). La tendance se modifie légèrement à partir de 2007 : la baisse de la part du transport par VSL (20 % en 2014) se poursuit mais au profit des seuls taxis (35 % en 2014), la part des ambulances se stabilisant à près de 42 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2011, prévisions 2012 et 2013, octobre 2012, fiche 10.1, « Les dépenses de transports sanitaires : caractéristiques et évolutions »...

A15.1 Consommation de transports de malades

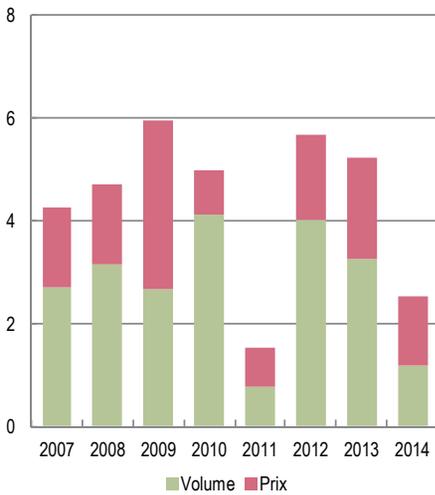
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation de transports (en millions €)		3 118	3 252	3 407	3 612	3 793	3 851	4 072	4 287	4 396
Évolution (en %)	Valeur		4,3	4,8	6,0	5,0	1,5	5,7	5,3	2,6
	Prix		1,6	1,5	3,3	0,9	0,8	1,7	1,9	1,4
	Volume		2,7	3,2	2,7	4,1	0,8	4,0	3,3	1,2

Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A15.2 Taux d'évolution des dépenses de transports

En %

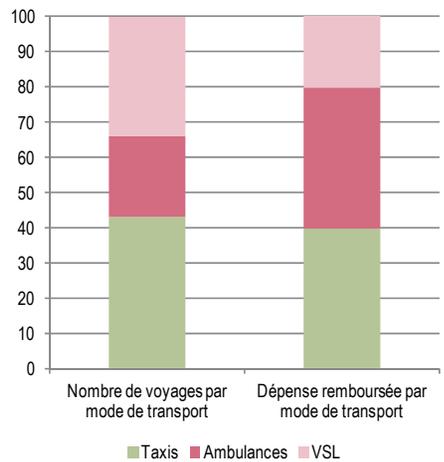


Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A15.3 Répartition du nombre de voyages et de la dépense remboursée par mode de transport en 2014

En %

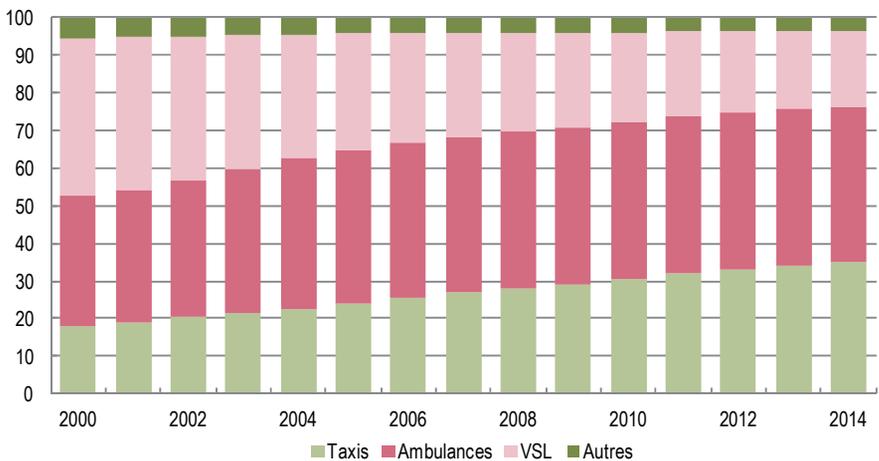


Champ : France entière, dépenses remboursées du régime général hors SLM, hors SMUR et autres transports.

Source : CNAMTS.

A15.4 Évolution de la structure de la dépense remboursable de transport en volume

En %



Note : Le poste « autres » comprend le SMUR, les véhicules personnels et les transports en commun.

Champ : France métropolitaine, dépense remboursable du régime général, y compris SLM.

Source : CNAMTS, traitement DREES.

Après plusieurs années de forte hausse due aux majorations de cotation d'actes décidées en 2002, la croissance de la consommation d'analyses et de prélèvements a été plus modérée et s'est établie autour de 2 % à 3 % par an en valeur de 2005 à 2011, sous l'effet de plusieurs mesures de maîtrise des dépenses :

- la mise en place, à compter de 2005, d'une participation forfaitaire de 1 euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire en 2007 ;
- de nouvelles baisses de cotation d'actes de biologie en 2009 et 2010 ;
- enfin, la baisse de 3,0 % de la cotation de 146 actes en 2011, générant une économie estimée à 100 millions d'euros en année pleine. Celle-ci a toutefois été partiellement compensée par une hausse du forfait de prise en charge du patient.

En 2012, la consommation d'analyses et de prélèvements a baissé pour la première fois depuis quinze ans (-1,3 %) en raison de nouvelles diminutions de cotation, conjuguées au mouvement de grève des laboratoires. Elle se stabilise en 2013 (0,0 %) et diminue de nouveau, bien que légèrement, en 2014 (-0,4 %). Cette diminution est à rapprocher d'une recommandation de la Haute Autorité de santé de 2013 visant à réduire les dosages de vitamine D et de la poursuite des baisses de cotation d'actes en 2013 et 2014.

En 2014, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoire s'élève donc à 4,2 milliards d'euros (tableau A16.1 et graphique A16.2).

En Métropole, le nombre des laboratoires a diminué de la fin des années 1990 jusqu'en 2010, passant de 4 132 en 1998 à 3 833 en 2010. Il est relativement stable depuis, et retrouve en 2014 un niveau de 3 876 laboratoires implantés, très proche de celui observé sur 2007-2012. On compte par ailleurs 121 laboratoires dans les DOM.

En 2014, les cures thermales engendrent une consommation de soins de 382 millions d'euros (soins de médecins, d'auxiliaires médicaux, forfaits cures – l'hébergement n'étant pas considéré comme une

dépense de santé). Bien qu'elle reste modeste, cette consommation est en nette reprise depuis trois ans : +6,0 % en valeur en 2014 après +3,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012 (graphique A16.3).

Entre 2002 et 2009, les effectifs de curistes avaient reculé de 10 %, passant de 547 000 à 490 000. Ce repli était dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes a repris sa croissance en 2010, repassant la barre des 500 000 annuels. Il continue de progresser depuis : on compte 550 000 curistes en 2014, soit un niveau comparable à celui de 2002.

Entre 2008 et 2013, les tarifs des forfaits thermaux ont été régulièrement revalorisés, conformément à la convention nationale : ils ont notamment augmenté de 4,0 % en mars 2012 et de 2,0 % en mars 2013. Le ralentissement de la croissance observé en 2013 résultait de la moindre hausse des volumes mais également de celle du prix des cures. En 2014, l'accélération en valeur (+6,0 %) est portée surtout par la hausse des volumes (+4,1 %, après +1,6 % en 2013), les prix augmentant modérément (+1,8 %). L'avenant 10 de la convention nationale conclue début 2014 a, en effet, permis de contenir la hausse des prix en instaurant des tarifs de responsabilité et des prix limites de facturation.

En 2014, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, loin devant les soins des voies respiratoires (8 %) [graphique A16.4]. Quelle que soit l'orientation thérapeutique, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. Les cures remboursées par l'Assurance maladie représentent 90 % du chiffre d'affaires cumulé de ces établissements. La durée moyenne de cure est de 18 jours.

Les 105 établissements thermaux sont inégalement répartis sur le territoire (carte A16.5). Les deux tiers des villes thermales sont concentrées dans cinq régions : Aquitaine, Auvergne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon. Cette dernière a la plus forte fréquentation avec plus de 105 500 curistes en 2014. 71 % des communes thermales ont moins de 5 000 habitants ; pour ces villes de petite taille, l'activité thermique représente une activité économique importante.

AVERTISSEMENT METHODOLOGIQUE

Le prix d'un acte est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clef, à laquelle correspond un certain montant en euros ou tarif (par exemple B, PB pour les laboratoires ou AMK pour les kinésithérapeutes), et la cotation de cet acte. Chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clefs. Par exemple, une séance de kinésithérapie respiratoire pour une bronchiolite du nourrisson vaut 8 AMK soit 8 x 2,15 euros.

L'indice de prix à la consommation de l'INSEE (IPC) des analyses de laboratoire ne reflète pas les baisses de cotation des actes, mais seulement l'évolution du tarif des lettres B, PB (utilisées pour les prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire), TB (utilisée pour les techniciens de laboratoire), etc. Ce tarif n'ayant pas été revalorisé depuis 2004, l'évolution des prix selon l'IPC est nulle depuis cette date. Quant aux baisses de cotation des actes, elles sont enregistrées dans les volumes et non dans l'évolution des prix.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, 2014, fiche 4.1 du DSS, « Les biologistes : démographie, activité et dynamique de la dépense », , juin.

Conseil national des exploitants thermaux (CNETh) : www.cneht.org

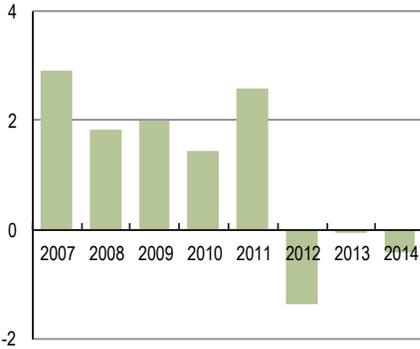
A16.1 Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Analyses de laboratoires (en millions €)	3 882	3 994	4 068	4 150	4 210	4 319	4 260	4 259	4 241
Évolution (en %)									
Valeur		2,9	1,8	2,0	1,4	2,6	-1,3	0,0	-0,4
Prix		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume		2,9	1,8	2,0	1,4	2,6	-1,3	0,0	-0,4
Nombre de laboratoires	3 913	3 876	3 836	3 836	3 833	3 853	3 888	3 961	3 876
Évolution (en %)		-0,9	-1,0	0,0	-0,1	0,5	0,9	1,9	-2,1
Cures thermales (en millions €)	305	318	315	316	325	328	349	360	382
Évolution (en %)									
Valeur		4,2	-1,0	0,2	2,9	1,0	6,2	3,4	6,0
Prix		6,4	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8
Volume		-2,1	-4,0	-2,5	0,8	-1,6	3,5	1,6	4,1

Sources : DREES – Comptes de la santé ; INSEE pour les indices de prix ; SNIR France métropolitaine pour le nombre de laboratoires.

A16.2 Évolution des dépenses d'analyses en valeur

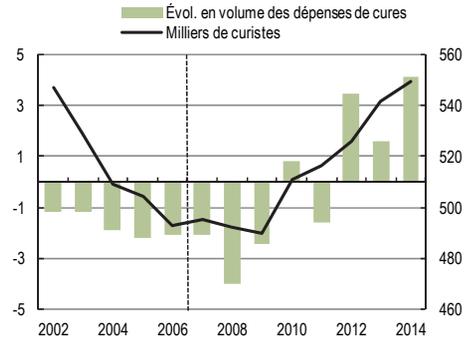
En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

A16.3 Volume des dépenses de cures et nombre de curistes

En %

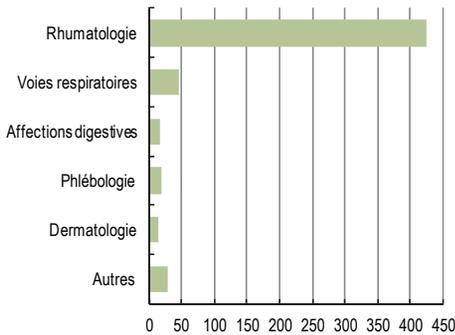


Lecture : Échelle de gauche = évolution du volume des dépenses de cures ; échelle de droite = nombre de curistes.

Sources : DREES – Comptes de la santé – Base 2005 de 2002 à 2006, Base 2010 à partir de 2007 ; CNETH pour le nombre de curistes.

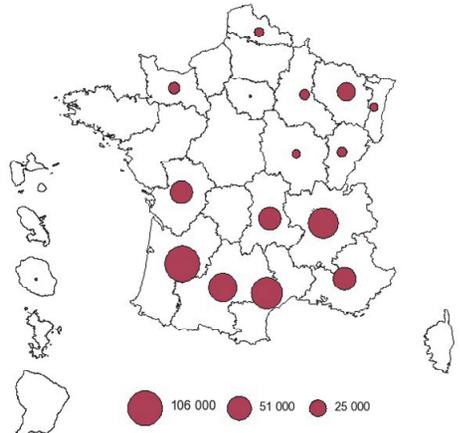
A16.4 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2014

En milliers



Source : CNETH.

A16.5 Nombre de curistes par région en 2014



Source : CNETH.

En 2014, la **consommation de médicaments en ville**, qui s'élève à 33,9 milliards d'euros (*tableau A17.1*), augmente de 2,7 %, après deux années marquées par des baisses historiques (-1,3 % en 2012 et -1,7 % en 2013). Cette hausse est portée par le dynamisme des médicaments rétrocedés (+83 % en 2014), sans lesquels la consommation globale reculerait de 1,4 % en valeur.

La **rétrocession hospitalière** a, en effet, été marquée en 2014 par l'arrivée de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C (VHC), générant plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses. En 2014, la rétrocession totalise ainsi 2,9 milliards d'euros avant remises (cf. *infra*). La valeur des produits rétrocedés a fortement progressé entre 2007 et 2012 (+6,6 % en moyenne annuelle), avant de légèrement reculer en 2013 (-2,5 %). La part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par l'Assurance maladie est ainsi passée de 5,4 % en 2006 à 12,4 % en 2014.

La croissance de 2,7 % en 2014 de la consommation de médicaments résulte d'une nouvelle diminution des prix (-3,7 %) et d'une forte hausse des volumes (+6,6 %).

Les volumes de vente, dont la croissance était de 5,0 % en moyenne annuelle de 2007 à 2009, progressaient moins vite depuis 2010 (entre 2 % et 3 %), à relier à la baisse des prescriptions et aux modifications de comportements, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), des remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc.

L'évolution de 2014 rompt avec la tendance des dernières années, puisqu'elle est marquée par une hausse significative des volumes (+6,6 %) en lien avec le dynamisme des produits rétrocedés (*graphique A17.2*). Hors rétrocession, la croissance des volumes reste proche de la tendance récente (+2,5 %).

Calculé à qualité constante par l'INSEE, le prix des médicaments diminue de 3,7 % en 2014, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,1 %) [*graphique A17.3*]. Leur prix recule depuis 1999, et ce de façon plus marquée depuis 2012. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser (+0,6 % en 2014 et +3,4 % par an depuis 1999).

La diminution des prix des spécialités remboursables est notamment due aux actions de maîtrise des prix :

- baisses de prix ciblées ;
- instauration de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), correspondant au remboursement du médicament princeps sur la base du prix du **générique** ;
- renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques » ;
- actions ciblées (grands conditionnements...).

En outre, les prix diminuent en raison de l'augmentation du nombre de spécialités génériquées, et pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps. En particulier, en 2012 et 2013, plusieurs spécialités très consommées ont été génériquées. L'impact de la générication est toutefois moins marqué en 2014 du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable.

La délivrance de médicaments génériques donne lieu par ailleurs à rémunération des pharmaciens sur objectifs de santé publique (ROSP). Son montant a plus que doublé depuis sa création : de 74 millions d'euros en 2012, il atteint 154 millions d'euros en 2014. Cette rémunération forfaitaire, versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n en fonction du taux de substitution, est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM.

Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises conventionnelles, pour un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros par an de 2006 à 2013. En 2014, les traitements innovants contre le VHC ont donné lieu à des remises supplémentaires, portant le montant des remises totales à plus de 1 milliard d'euros (*graphique A17.4*). Si on prenait en compte la part des remises conventionnelles portant sur les soins de ville, la consommation de médicaments progresserait plus faiblement en 2014. Les montants des remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins (cf. *fiche B6*). En 2013, 97 % des remises ont été versées au titre de ventes de médicaments, les 3 % restant concernaient les dispositifs médicaux.

DÉFINITIONS

Consommation de médicaments en ville : elle est valorisée au prix public, contrairement aux données relatives au marché du médicament qui correspondent au chiffre d'affaires hors taxes (cf. *fiche D3* et éclairage sur le marché du médicament).

Rétrocession hospitalière : ventes de médicaments par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

POUR EN SAVOIR PLUS

« Médicaments de ville : une nouvelle baisse des dépenses en 2013 », 3014, *Point d'information*, CNAMTS, avril.

« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015 », 2014, CNAMTS, juillet.

A17.1 Consommation de médicaments en ville (y compris rétrocession hospitalière)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	(en millions €)	31 147	32 249	32 972	33 505	33 661	34 013	33 586	33 021	33 903
Médicaments remboursables		28 371	29 284	29 547	29 952	30 127	30 406	29 752	29 197	30 196
<i>dont médicaments rétrocédés</i>		1 136	1 135	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 932*
Médicaments non remboursables		2 776	2 965	3 425	3 553	3 534	3 608	3 834	3 824	3 707
Évolution (en %)	Valeur		3,5	2,2	1,6	0,5	1,0	-1,3	-1,7	2,7
	Prix		-2,5	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,2	-4,4	-3,7
	Volume		6,2	4,6	4,3	2,7	3,1	2,0	2,8	6,6

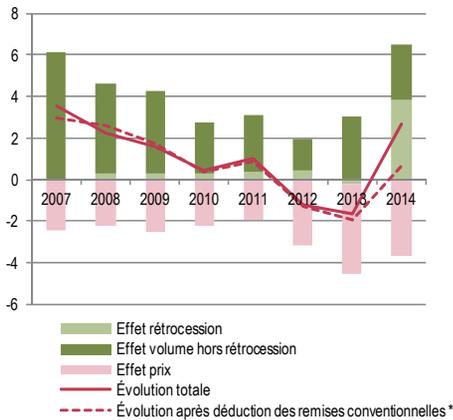
* Estimation.

Note : La consommation de médicaments non remboursables a été révisée sur les années 2010 à 2013 à la suite de l'intégration de données définitives du LEEM.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A17.2 Évolution de la consommation de médicaments

En %

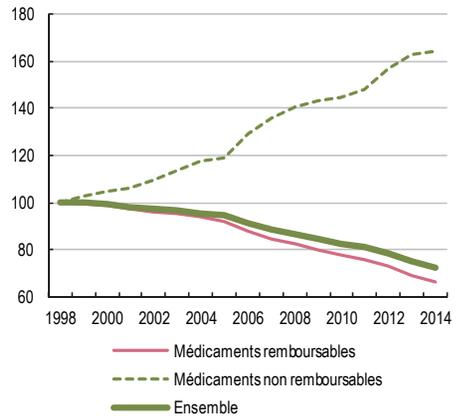


* L'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Une part d'entre elles cependant devrait l'être de la dépense hospitalière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

A17.3 Évolution des prix des médicaments

Base 100 en 1998

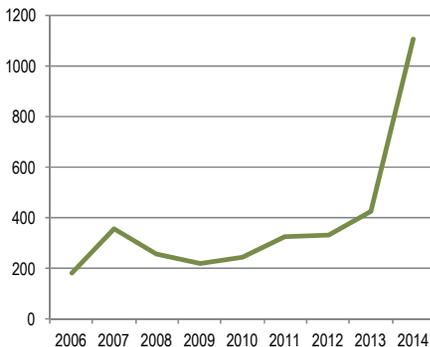


Note : L'indice des prix à la consommation (IPC) est calculé chaque année par l'INSEE à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est de ce fait pas retracée dans cette évolution.

Source : INSEE – IPC.

A17.4 Montant des remises conventionnelles

En millions d'euros



Champ : Remises relatives aux médicaments et dispositifs médicaux.

Note : Les remises conventionnelles sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile, elles ne sont donc pas isolées ici.

Source : Direction de la Sécurité sociale.

Les indices de prix des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont calculés par l'INSEE. Les prix retenus sont les prix de vente en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'évolution négative des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année suivant leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils soient plus coûteux.

En 2014, plus de 13 000 **présentations** de médicaments ont été vendues en officine pharmaceutique en France métropolitaine, pour un chiffre d'affaires de 20,0 milliards d'euros (*tableau A18.1*). Les médicaments remboursables représentent 80 % du nombre de présentations et 90 % du marché en termes de chiffre d'affaires.

L'évolution du nombre de présentations de médicaments sur le marché français ralentit en 2014 (+1,0 %, contre +4,7 % par an entre 2006 et 2013). Celle-ci est due à une hausse modérée du nombre de spécialités remboursables (+1,7 %) et à une baisse du nombre de spécialités non remboursables (-2,0 %). Le chiffre d'affaires des ventes en officine recule d'environ 2 % pour la troisième année consécutive. Ce recul touche à la fois les spécialités remboursables et non remboursables.

Les médicaments remboursables sont majoritairement remboursés à 65 % (*graphique A18.2*). Les médicaments remboursés à 65 % représentent ainsi environ deux tiers du nombre de présentations total et du chiffre d'affaires total du marché en 2014. Depuis 2011, la hausse du nombre de présentations prises en charge à 65 % ralentit et leur part de marché diminue (*graphique A18.3*). La part de marché des médicaments remboursés à 100 %, en revanche, a progressé sur la période, doublant entre 2006 et 2014 (de 7,8 % à 16,7 %). Seuls ces médicaments, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, et les médicaments remboursés à 15 %, ont un chiffre d'affaires croissant en 2014 (cf. éclairage page 181).

La valeur des ventes en officine de médicaments remboursables recule depuis plusieurs années en France (19,4 milliards d'euros en 2011, 18,8 en 2012, 18,4 en 2013 et 18,1 en 2014). Outre une politique de baisse des prix, ce recul est également imputable à la hausse de la part des médicaments génériques. Le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des médicaments **génériques** n'a cessé d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 121 en 2014, sur un total de 350 classes thérapeutiques. Lorsqu'ils peuvent se **substituer**

à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. En effet, l'Assurance maladie a renforcé ces dernières années les objectifs de prescription et de délivrance des génériques par les médecins et les pharmaciens (ROSP), et la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire du dispositif « tiers payant contre génériques » auprès des patients.

Après avoir marqué un palier en 2011, les ventes de génériques sont reparties à la hausse en 2012 puis en 2013, passant ainsi de 13,3 % du chiffre d'affaires global en 2011, à 15,7 % en 2012 puis 18,1 % en 2013 (*graphique A18.4*). Au cours de cette période, le marché des génériques a connu une forte expansion sous l'effet de l'élargissement du répertoire des médicaments génériques. Des molécules réalisant des chiffres de ventes élevés, dites **blockbusters**, sont, en effet, entrées au répertoire des médicaments génériques en 2011, avec commercialisation des génériques associés dès 2012 (ex : Tahor®, Pariet®, Co-Aprovel® et Kenzen®). En 2013, le marché des génériques a ainsi bénéficié de l'effet année pleine de ces générations. Entre 2013 et 2014, en revanche, le chiffre d'affaires des médicaments génériques a diminué de 100 millions d'euros (chiffre d'affaires de 3,3 milliards d'euros en 2013 et 3,2 milliards d'euros en 2014), leur part de marché passant ainsi de 18,1 % à 17,7 % (*graphique A18.4*). Cette évolution s'explique par des politiques de baisse des prix. D'une part, les baisses de prix en cas de substitution insuffisante au vu des objectifs fixés à 18, 24 et 36 mois ont été poursuivies. D'autre part, dans le cadre de la convergence européenne sur les prix des génériques, des baisses de prix ont été décidées et appliquées en février 2014 sur les médicaments génériques.

Le **tarif forfaitaire de responsabilité** est un mécanisme favorisant, quant à lui, la baisse des prix des princeps. Le nombre de groupes génériques soumis à un TFR est en constante augmentation. Il concerne aujourd'hui près de 400 groupes, pour une centaine de molécules et environ 2 600 présentations (source : CNAMTS). En 2014, les groupes génériques soumis à un TFR ne représentent que 5 % du chiffre d'affaires du marché global (*graphique A18.5*).

DÉFINITIONS

Présentation : une présentation est définie par son code CIP, elle représente le niveau d'analyse le plus fin des médicaments. Pour une même molécule peuvent exister différents noms de marque (comme Doliprane® et Dafalgan®), différentes spécialités, qui tiennent compte du dosage et de la voie d'administration, et différentes présentations, qui tiennent également compte du conditionnement.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

Droit de substitution : depuis juin 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps, sa marge restant identique à celle qu'il aurait réalisée avec le médicament de référence. Depuis 2006, le prix d'un générique doit être inférieur à 40 % de celui du princeps, ce qui se justifie par l'absence de frais de recherche et développement.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique.

Unité standard : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

POUR EN SAVOIR PLUS

« En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments se poursuit mais faiblit », éclairage de cet ouvrage.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2012, prévisions 2013, fiche 2.2 du DSS, « Économies sur les dépenses de médicaments de ville », juin 2013.

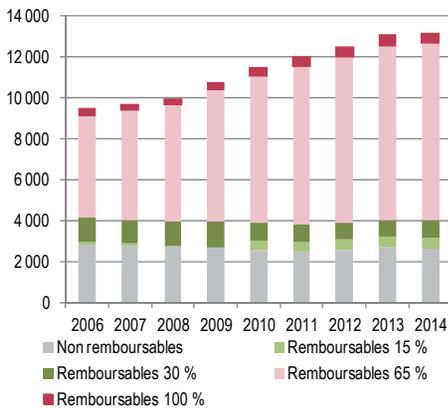
« Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas », 2012, *Points de repère*, CNAMTS, n° 39, novembre.

A18.1 Ventes de médicaments en officine

	Nombre de présentations vendues en officine									Chiffre d'affaires en officine								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	9 447	9 713	9 975	10 732	11 474	12 014	12 497	13 065	13 192	19,6	20,3	20,8	21,2	21,3	21,4	20,9	20,4	20,0
Évolution (en%)		2,8	2,7	7,6	6,9	4,7	4,0	4,5	1,0		3,9	2,1	2,3	0,5	0,2	-2,4	-2,3	-2,0
Médicaments non remboursables	2 839	2 734	2 757	2 673	2 541	2 489	2 578	2 706	2 653	1,6	1,6	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	2,0	1,9
Évolution (en %)		-3,7	0,8	-3,0	-4,9	-2,0	3,6	5,0	-2,0		3,4	13,6	3,8	0,5	5,4	2,0	-4,1	-3,2
Médicaments remboursables	6 608	6 979	7 218	8 059	8 933	9 525	9 919	10 359	10 539	18,0	18,7	18,9	19,3	19,4	19,4	18,8	18,4	18,1
Évolution (en %)		5,6	3,4	11,7	10,8	6,6	4,1	4,4	1,7		4,0	1,1	2,1	0,5	-0,3	-2,8	-2,1	-1,8

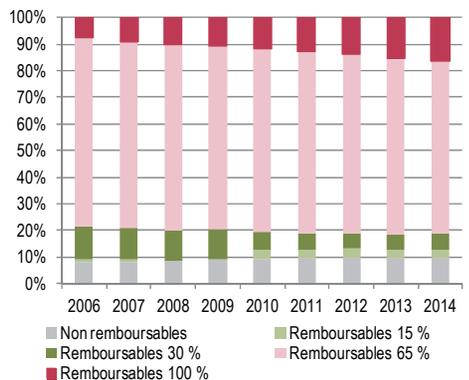
Champ : Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine. Le total des ventes en officine en 2014 est de 20,5 milliards d'euros (cf. fiche D3).
 Source : GERS, traitement DREES.

A18.2 Nombre de présentations de médicaments vendues en officine selon le taux de remboursement



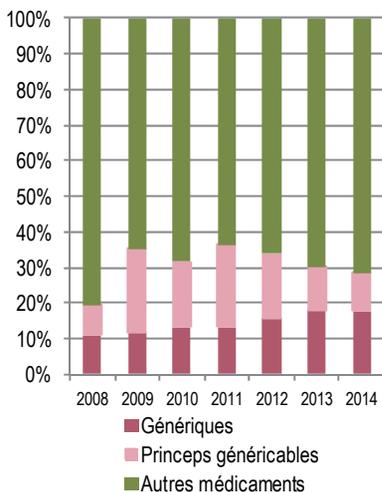
Champ : Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine.
 Source : GERS, traitement DREES.

A18.3 Part de marché des médicaments vendus en officine selon le taux de remboursement



Note : Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires.
 Champ : Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine.
 Source : GERS, traitement DREES.

A18.4 Part des médicaments génériques dans les ventes



Note : Le montant des ventes en valeur est le chiffre d'affaires.
 Champ : Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine de médicaments remboursables.
 Source : GERS – club CIP, traitement DREES.

A18.5 Part de marché des médicaments selon le statut du groupe générique

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hors groupe générique	64,8%	68,5%	63,5%	66,3%	68,5%	70,8%
Groupes génériques non soumis au TFR	32,2%	28,5%	32,0%	29,0%	25,8%	23,6%
Génériques	10,0%	11,3%	10,9%	12,7%	14,5%	14,2%
Princes génériques	22,2%	17,2%	21,1%	16,3%	11,2%	9,4%
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	0,5%	2,5%	3,8%	3,4%	4,3%	4,2%
Génériques	0,3%	1,6%	1,8%	1,9%	2,7%	2,6%
Princes génériques	0,2%	0,9%	2,0%	1,5%	1,7%	1,6%
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	2,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Génériques	1,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Princes génériques	0,9%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Groupes génériques pour lesquels le princeps (réfèrent) n'est plus sur le marché	0,0%	0,0%	0,3%	0,8%	1,0%	1,0%

TFR = Tarif forfaitaire de responsabilité.
 Note : Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires. Le statut du médicament considéré est celui en vigueur en décembre de chaque année. La méthodologie diffère de celle utilisée dans l'éclairage page 181.
 Champ : Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine de médicaments remboursables.
 Source : GERS – club CIP, traitement DREES.

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène : sa nomenclature, la liste des produits et prestations (LPP) contient près de 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée par les pharmaciens, les opticiens, les audioprothésistes, les orthésistes, les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ville regroupe les dépenses de soins ambulatoires au titre de la LPP et des produits d'origine humaine comme le plasma ou les plaquettes (POH). Elle atteint 13,8 milliards d'euros en 2014 (soit 3,8 % de plus qu'en 2013) [tableau A19.1], dont 5,8 milliards d'euros pour l'optique, 2,6 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,4 milliards d'euros de matériels, d'aliments et de pansements. Les biens médicaux de la LPP consommés en hôpital et clinique sont comptabilisés à part, dans les dépenses des établissements de santé.

La dépense d'**optique** médicale représente plus de 40 % de la dépense totale d'autres biens médicaux (graphique A19.5). Elle concerne sept adultes sur dix. Après être resté supérieur à 4,0 % entre 2009 et 2011, le taux de croissance de la consommation d'optique médicale a diminué depuis trois ans : il s'établit à +0,2 % en 2014, après +2,9 % en 2013 et +2,5 % en 2012 (graphique A19.2). L'optique médicale est faiblement remboursée par l'Assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge représentent 3,6 % de la consommation totale, qui comprend des produits non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (lentilles et verres teintés, sauf pour certaines affections particulières). Par ailleurs, en mai 2011, le taux de remboursement de l'optique médicale est passé de 65 % à 60 % du tarif opposable.

Le poste **prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP)** regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Depuis 2000, sa croissance se maintient à un rythme élevé. À partir des données provisoires pour l'année 2014, elle est estimée à 8,9 % en valeur, après une croissance annuelle moyenne de 4,9 % entre 2008 et 2013 (graphique A19.3).

La catégorie **matériels, aliments et pansements** (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions]...) constitue, de tous les soins

et biens médicaux, la plus dynamique. Ses dépenses ont progressé de près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis de 13 % par an entre 2000 et 2004, et enfin de 9 % par an entre 2005 et 2008. Un ralentissement ponctuel a été observé en 2009 : il a fait suite à l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés en particulier) dans le forfait soins des EHPAD le 1^{er} août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'Assurance maladie sur prescription médicale. Depuis, la dépense de cette catégorie de dispositifs a repris à un rythme élevé qui atteint +5,4 % en 2014, après +7,1 % en 2013 (graphique A19.4).

Du fait de la croissance nettement plus vive des matériels, aliments et pansements que des autres postes de la LPP, la structure de la dépense des autres biens médicaux s'est déformée de 4 points entre 2006 et 2014 au profit de ces dispositifs et au détriment de l'optique (graphique A19.5).

La croissance de l'ensemble des autres biens médicaux, et en particulier des matériels, aliments et pansements, s'explique par de nombreux facteurs, dont notamment :

- la tendance à la diminution des durées d'hospitalisation et le transfert d'une partie des soins correspondants de l'hôpital vers les soins de ville ;
- l'allongement de la durée de la vie : en 2010, 12 millions de patients ont été remboursés d'une dépense au titre de la LPP ; leur âge moyen était de 70 ans ;
- les progrès technologiques (prothèses auditives par exemple) ;
- la meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition. Ainsi, les matériels d'assistance respiratoire et d'auto-surveillance du diabète (programme Sophia) font partie des plus gros contributeurs à la croissance de la dépense en 2014.

Différentes mesures ont été prises en 2011 et 2012 afin de ralentir la croissance de ces dépenses : « le forfait bandelettes » pour les dispositifs d'autocontrôle de la glycémie et l'entente préalable du forfait « ventilation oxygénothérapie ». La baisse des forfaits de dispositifs médicaux d'assistance respiratoire dits à pression positive continue (PPC) début 2013 a également permis de modérer la croissance de la consommation en valeur.

NOTE METHODOLOGIQUE

Depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des « autres biens médicaux » regroupe exclusivement la consommation prescrite en ambulatoire. Les dépenses de prothèses liées aux soins reçus dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche...) sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

Le poste optique correspond au chapitre 2 du Titre II de la LPP ; le poste prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques comprend le Titre II (hors chapitre 2) et le Titre IV de la LPP ; le poste aliments, matériels et pansements correspond au Titre I de la LPP ; les produits d'origine humaine (POH : sang, plasma, etc.) sont regroupés ici par convention avec les autres biens médicaux. Le Titre III de la LPP n'est pas repris ici, car il comprend des dispositifs médicaux utilisés exclusivement en établissement.

POUR EN SAVOIR PLUS

Calvet L., 2014, « Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes », *Études et Résultats*, n° 881, DREES, juin.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2013, fiche 2.3 du DSS, « Bilan des dispositifs médicaux en ville ».

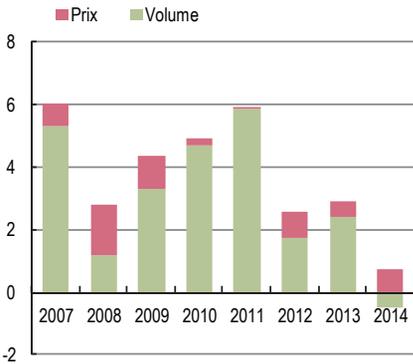
A19.1 Consommation des autres biens médicaux

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble (en millions d'€)	9 381	10 120	10 656	10 942	11 560	12 191	12 674	13 296	13 800
Optique	4 311	4 571	4 697	4 903	5 142	5 443	5 581	5 741	5 752
Prothèses, orthèses, VHP*	1 657	1 782	1 908	1 992	2 098	2 215	2 299	2 420	2 638
Matériels, aliments et pansements	3 319	3 673	3 999	4 041	4 314	4 528	4 789	5 131	5 408
Produits d'origine humaine (POH)	93	94	52	8	6	5	5	4	2
Évolution en valeur (en %)		7,9	5,3	2,7	5,6	5,5	4,0	4,9	3,8

Note : La baisse des dépenses de POH à compter de 2008 est à rapprocher de la mise en œuvre du codage en unités communes de dispensation (UCD).
 * Véhicules pour handicapés physiques.
 Source : DREES – Comptes de la santé.

A19.2 Taux d'évolution des dépenses d'optique

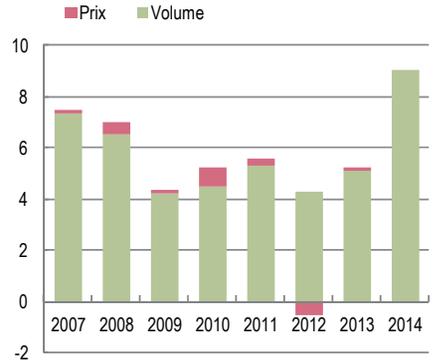
En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

A19.3 Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques

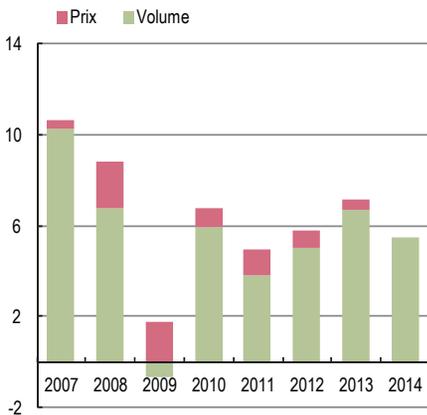
En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

A19.4 Taux d'évolution des dépenses de matériels, aliments et pansements

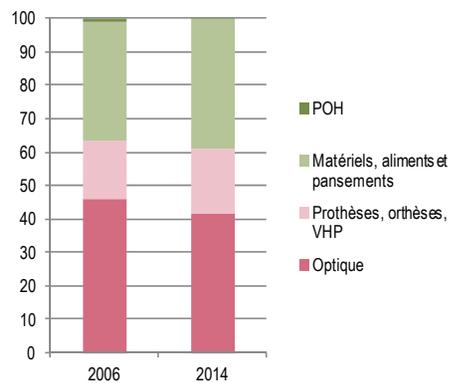
En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

A19.5 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2006 et 2014

En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

Le fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012, est un organe de financement du système de soins à l'échelon régional. Il regroupe depuis 2012 différents crédits portant sur les domaines de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. Ces crédits, auparavant dispersés en plusieurs entités, sont désormais regroupés dans une enveloppe unique par région, pour une plus grande souplesse de gestion (ceux-ci étant partiellement fongibles, au bénéfice de la prévention, et donc susceptibles d'être en partie réaffectés entre missions en fonction des priorités régionales).

Le FIR est destiné à remplir huit missions :

- la permanence des soins ;
- l'amélioration de la qualité de la coordination des soins ;
- l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé ;
- la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins (MARO) ;
- l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé ;
- la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;
- la mutualisation des moyens et des structures ;
- la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

En 2012, 1,3 milliard d'euros de dotations ont été attribuées au FIR (il s'agissait d'une année incomplète, le FIR ayant été créé au 1^{er} mars). Cette enveloppe s'est considérablement accrue pour atteindre 3,1 milliards d'euros en 2013 et 3,2 milliards d'euros en 2014 (*graphique A20.1*), le périmètre du Fonds ayant été élargi en 2013 (aux aides à la contractualisation et aux missions d'intérêt général des établissements de santé, aux groupes d'entraide mutuelle et aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – MAIA...).

Les missions 4 et 1 (MARO et permanence des soins) représentent à elles deux environ 60 % des crédits totaux du FIR en 2014 (*tableau A20.4*). En effet, plus de 1 milliard d'euros a été attribué à la modernisation de l'offre de soins en 2014 et près de 900 millions d'euros ont été alloués à la permanence des soins.

Les crédits attribués au FIR proviennent de trois sources : à titre principal, de l'Assurance maladie (94 % des crédits en 2014), mais aussi de l'État (au titre de la prévention – près de 4 % des crédits) et de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA – 3 % des crédits). Seuls les crédits de l'Assurance maladie sont inclus dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont ils constituent un sous-objectif spécifique depuis 2014.

Dans les Comptes de la santé, les dépenses du FIR sont retracées dans la consommation du soin concerné (*graphique A20.2*). Ainsi, en 2014, la consommation de soins en établissement hospitalier public est notamment financée par près de 2,3 milliards d'euros au titre du FIR, et la consommation de soins en hôpital privé par 81 millions d'euros. De même, le poste « autres soins et contrats » des soins de ville retrace les dépenses du FIR (169 millions d'euros en 2014), notamment au titre de la permanence des soins ambulatoires et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins des transporteurs sanitaires. Les autres dépenses du FIR (soit 19 % du total) ne font pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux, mais de celui de la dépense courante de santé. Il s'agit de la prévention et de subventions au système de soins (notamment soutien aux réseaux de santé et dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESPP]).

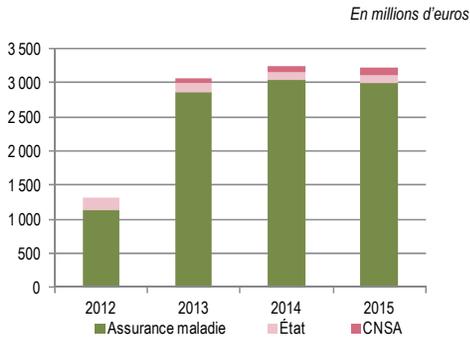
Gérés par les agences régionales de santé (ARS), les crédits du FIR sont versés, selon les cas, par les ARS ou par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) [*graphique A20.3*].

POUR EN SAVOIR PLUS

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015, annexe 7.

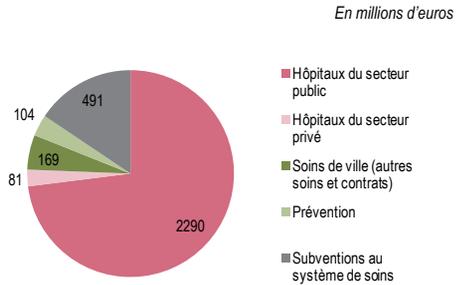
Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2014, fiche 4.6 du , DSS « Le fonds d'intervention régional (FIR) », juin. .

A20.1 Crédits délégués aux agences régionales de santé au titre du FIR



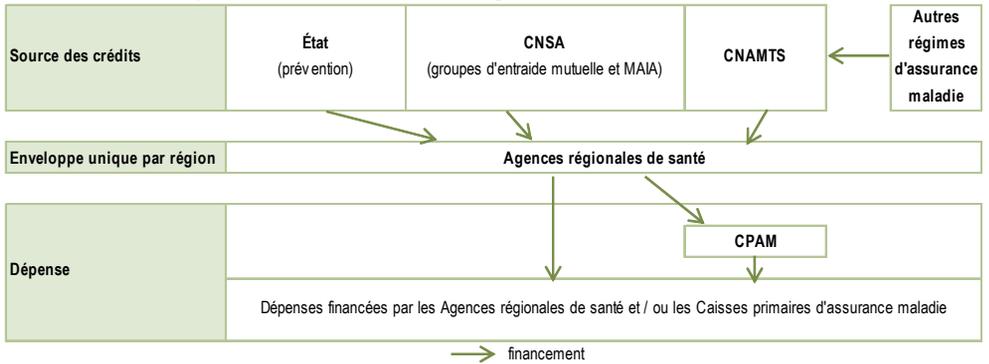
Source : Arrêtés fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR (Légifrance).

A20.2 Répartition des actions du FIR financées par l'Assurance maladie en 2014



Champ : Crédits délégués au FIR par l'Assurance maladie. Source : CNAMTS, calculs DREES.

A20.3 Le circuit des dépenses du fonds d'intervention régional



Source : Schéma réalisé d'après le rapport à la CCSS de juin 2014.

A20.4 Répartition des dépenses 2014 du FIR par mission

	Montant (en millions €)	Répartition (en %)
Mission 1: Permanence des soins	891	27,4
Mission 2: Amélioration de la qualité et de la coordination des soins	643	19,8
Mission 3: Amélioration de la répartition géographique des personnels de santé	20	0,6
Mission 4: Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins	1 062	32,6
Mission 5: Amélioration des conditions de travail des personnels de santé	79	2,4
Mission 6: Prévention des maladies, éducation à la santé et sécurité sanitaire	368	11,3
Mission 7: Mutualisation des moyens et des structures sanitaires	17	0,5
Mission 8: Prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	151	4,7
Dotation aux provisions pour charges techniques	23	0,7
Total	3 254	100,0

Source : États financiers des ARS.

B. La dépense courante de santé (DCS)

La **dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Cette dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, la dépense courante de santé (au sens français) comprend :

- la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) [fiches A], qui en représente près des trois quarts ;
- les soins de longue durée (7,7 %) : ceux-ci incluent les soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (fiche B2) et les soins aux personnes handicapées en établissements (fiche B3) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail – 5,2 %) [fiche B4] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : elles correspondent aux dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et aux soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [fiche B5] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles, la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé (fiche B6) ;
- les coûts de gestion du système de santé (5,8 %) [fiche B7].

La dépense courante de santé est ainsi évaluée pour l'année 2014 à 256,9 milliards d'euros, soit +2,2 % par rapport à 2013 (tableau B1.1). Cela représente environ 3 900 euros par habitant. Elle s'établit à 12,0 % du PIB cette même année, après 11,9 % en 2013.

En 2014, la dépense courante de santé progresse plus lentement que sa principale composante, la consommation de soins et de biens médicaux (+2,2 % contre +2,5 %), en raison de la forte augmentation des remises conventionnelles : celles-ci viennent en effet diminuer la dépense courante de santé de 1,1 milliard en 2014 (contre -0,4 milliard en 2013).

En revanche, entre 2006 et 2014, la dépense courante de santé était légèrement plus dynamique en moyenne que la CSBM (+2,8 % par an contre +2,7 %). Les soins de longue durée ont fortement progressé (+5,4 % en moyenne annuelle). Les coûts de gestion et les indemnités journalières ont, eux, évolué à un rythme proche de la CSBM (respectivement +2,9 % et +2,7 % par an). En revanche, les dépenses de prévention institutionnelle n'ont crû que faiblement (+1,2 % par an), de même que la recherche médicale et pharmaceutique (+0,8 % par an).

Par conséquent, la structure de la dépense courante de santé s'est légèrement déformée entre 2006 et 2014 (graphiques B1.3 et B1.4) : les soins de longue durée ont progressé de 1,3 point, au détriment de la part de la CSBM (-0,7 point), de celle de la prévention (-0,3 point) et de celle des dépenses en faveur du système de soins (-0,5 point) dont la quasi-totalité est liée à la baisse de la part de la recherche médicale et pharmaceutique. Seuls les coûts de gestion et les autres dépenses en faveur des malades restent quasiment stables de 2006 à 2014 en parts de DCS.

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ, SENS FRANÇAIS ET INTERNATIONAL

La DCS au sens international (cf. fiche E.1) est égale à la DCS au sens français :

- elle est augmentée de certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées (allocation personnalisée à l'autonomie – APA, prestation de compensation du handicap – PCH, allocation compensatrice pour tierce personne – ACTP) ;
- elle est diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

Par ailleurs, les remises conventionnelles n'étaient pas intégrées dans la version précédente des Comptes de la santé qui ont servi à la dernière remise à l'OCDE. De plus, à la suite d'une modification méthodologique, le double compte concernant la recherche pharmaceutique n'est plus retiré de la DCS (cf. annexe 2).

POUR EN SAVOIR PLUS

Se reporter à l'annexe 1.

B1.1 Dépense courante de santé (au sens français)

Montants en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense courante de santé	205 194	213 109	221 563	229 902	234 559	241 022	245 810	251 323	256 882
Évolution (en %)		3,9	4,0	3,8	2,0	2,8	2,0	2,2	2,2
DCS (en % du PIB)	11,1	11,0	11,1	11,9	11,7	11,7	11,8	11,9	12,0
CSBM	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
Soins de longue durée	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 181	19 658
Soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563
Soins aux personnes âgées en établissements	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804
Soins aux personnes handicapées en étab.	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291
Indemnités journalières	10 748	11 001	11 594	12 144	12 619	12 827	12 764	12 816	13 342
Autres dépenses en faveur des malades*	307	381	413	433	469	538	588	628	639
Prévention institutionnelle	5 227	5 406	5 643	6 397	5 700	5 704	5 700	5 789	5 757
Prévention individuelle	3 006	3 148	3 244	3 381	3 331	3 357	3 364	3 512	3 506
Prévention collective	2 220	2 258	2 399	3 017	2 369	2 347	2 336	2 277	2 251
Dépenses en faveur du système de soins	10 447	10 500	11 201	11 241	11 418	11 651	11 812	12 205	11 904
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 092	1 715	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-185	-359	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Formation	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012
Coûts de gestion de la santé	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 276	14 794	14 947

*Les autres dépenses en faveur des malades correspondent aux indemnités de l'ONIAM et aux soins aux personnes en difficultés sociales (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

Source : DREES – Comptes de la santé.

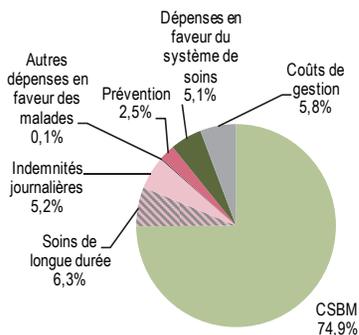
B1.2 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

En %



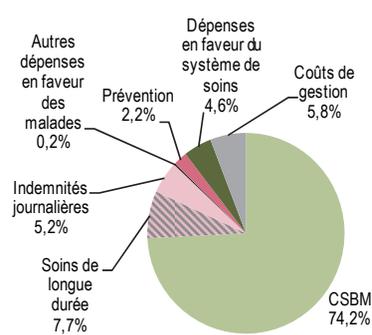
Source : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

B1.3 Structure de la DCS en 2006



Source : DREES – Comptes de la santé.

B1.4 Structure de la DCS en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé

Les soins de longue durée aux personnes âgées s'élevaient à 10,4 milliards d'euros en 2014. Ils regroupent les soins délivrés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD – 15 % de la dépense) ;
- dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [dépendantes] (EHPA[D] – 75 % de la dépense) ;
- à domicile par différents professionnels de santé (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD] – 10 % de la dépense).

L'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) pour personnes âgées regroupe la contribution de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des EHPA, EHPAD et SSIAD. Il est sous-consommé pour la quatrième année consécutive (-35 millions d'euros en 2014), à la suite notamment des gels de crédits mis en œuvre afin de garantir le respect de l'ONDAM.

En 2014, 8,8 milliards d'euros ont été consacrés aux **soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement** (tableau B2.1). Jusqu'en 2009, le rythme de croissance de ces soins a été très élevé (+12,3 % par an en moyenne entre 2004 et 2009) à la suite des plans de médicalisation et de développement des capacités d'accueil des EHPAD. Il est plus faible depuis : il s'est élevé à +4,5 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2013. L'année 2014 est marquée par une progression inférieure (+2,4 %) [graphique B2.2]) à la suite d'un ONDAM médico-social plus contraint.

Les **soins en EHPA ou EHPAD**, qui s'élevaient à 7,8 milliards d'euros en 2014, sont en hausse de 3,1 % par rapport à 2013. Leur montant a presque triplé depuis 2004 en lien avec la forte expansion de la capacité d'accueil de ces établissements. En effet, le nombre de lits en EHPAD est passé de 200 800 en 2004 à 570 700 en 2014 (graphique B2.3). Cette évolution tient à trois facteurs :

- le basculement des EHPA vers les EHPAD : entre 2004 et 2014, le nombre de lits en EHPA a diminué de 230 000 à 40 600 ;

- la conversion en EHPAD de certaines USLD : ainsi, les USLD ont une capacité de 31 300 lits en 2014, contre près de 76 800 en 2004 ;
- la forte croissance de la demande, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

Le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) parmi l'ensemble des personnes âgées soignées en EHPAD augmente régulièrement : il est passé de 47 % en 2003 à 51 % fin 2007, pour s'établir à 55 % en 2012.

Les EHPA appartiennent très majoritairement au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif : 686 établissements sur 723 en 2014. C'est également le cas pour les EHPAD : 3 003 établissements relèvent du secteur public, 2 202 du privé à but non lucratif et 1 738 du privé à but lucratif. Malgré une croissance plus rapide du secteur privé au cours des années récentes, les établissements publics ou à but non lucratif restent encore largement majoritaires.

En 2014, la dépense de **soins délivrés en USLD** s'élève à environ 980 millions d'euros, en baisse de 2,7 % par rapport à 2013. Après avoir fortement baissé dans la période de mise en œuvre de la réforme des USLD (-10,2% en moyenne annuelle entre 2007 et 2010), cette dépense demeure depuis voisine de 1 milliard d'euros.

Les **services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD)** assurent des soins favorisant la prise en charge à domicile, et non en institution. Ces soins sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte (cf. fiche A11).

La dépense totale liée à ces soins s'établit à près de 1,6 milliard d'euros en 2014, soit une progression de 1,7 % très inférieure à sa tendance passée. Après avoir progressé fortement jusqu'en 2009 (+9,4 % par an entre 2004 et 2009), la dépense augmente de façon moins soutenue depuis (+4,1 % par an entre 2009 et 2013) en lien avec le resserrement de la contrainte budgétaire.

Les SSIAD ont bénéficié à 121 000 personnes en 2014 contre 117 000 en 2013 (+3,0 %), soit une augmentation moins marquée qu'entre 2004 et 2012 (+5,8 %).

DÉFINITIONS

GIR : groupes iso-ressources ; au nombre de six, ils regroupent les malades en fonction de leur degré de perte d'autonomie.

POUR EN SAVOIR PLUS

S. Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 877, DREES, février.

Buyck J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F., 2014 « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, n° 869, DREES, février.

Marquier R., 2013 « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », *Dossier Solidarité Santé*, n° 39, DREES, avril.

Ramos-Gorand M., 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », *Dossier Solidarité Santé*, n° 36, DREES, janvier.

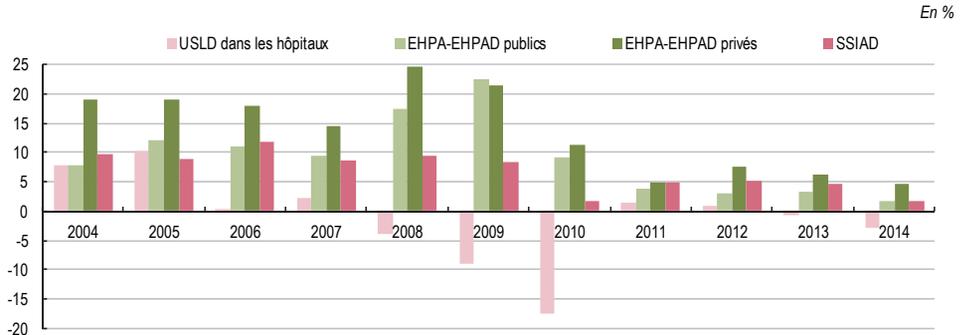
B2.1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

Montants en milliards d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins de longue durée aux personnes âgées	4,9	5,5	6,0	6,6	7,5	8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4
<i>Evolution (en %)</i>	10,4	12,6	10,1	8,9	13,5	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3
Soins en établissements pour personnes âgées	4,0	4,6	5,0	5,5	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en EHPA-EHPAD publics	1,8	2,0	2,2	2,4	2,8	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2
Soins en EHPA-EHPAD privés à but non lucratif	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,5	1,7	1,7	1,9	2,0	2,1
Soins en EHPA-EHPAD privés à but lucratif	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6

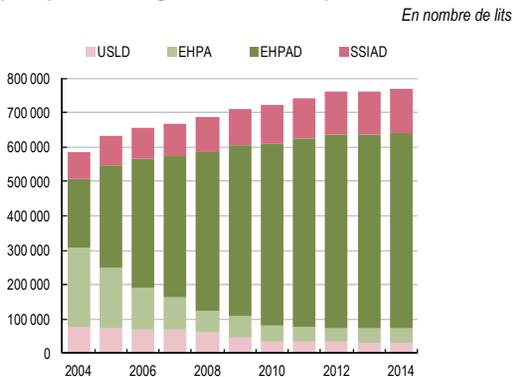
Source : Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

B2.2 Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



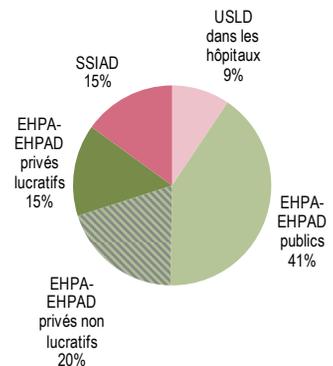
Source : Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

B2.3 Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en SSIAD



Sources : CNAMTS ; DREES – SAE.

B2.4 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2014



Source : CNAMTS

Les soins aux personnes handicapées s'élevèrent à 9,3 milliards d'euros en 2014 (*tableau B3.1*), en hausse de 2,7 %. Le montant de ces dépenses correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, c'est-à-dire à la somme des financements de l'Assurance maladie (9,0 milliards d'euros en 2014) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 0,3 milliard d'euros),

Le rythme de croissance des soins de longue durée pour personnes handicapées était très supérieur à celui de la dépense courante de santé jusqu'en 2005, en lien avec un très fort accroissement des capacités d'hébergement, notamment pour les enfants et adolescents handicapés. Ainsi, l'OGD personnes handicapées augmentait de 7,0 % par an en moyenne entre 2000 et 2005. Toujours soutenue mais plus faible entre 2006 et 2009, la croissance s'est établie à 5,2 % en moyenne annuelle, le développement de l'offre s'étant surtout concentré sur les divers services d'accompagnement, jusqu'ici très peu nombreux. Enfin, depuis 2010, celle-ci faiblit de nouveau et s'élève à 3,0 % en moyenne annuelle sur 2010-2014, en lien avec le resserrement des taux de progression aux ONDAM sous-jacents votés par le Parlement.

En 2014, sur les 9,3 milliards de dépenses pour personnes handicapées (*tableau B3.2*) :

- 6,9 milliards d'euros sont dévolus aux soins dispensés à des enfants et des adolescents, ce qui représente près de 74 % de la dépense totale de soins de longue durée aux personnes handicapées. La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (85 %), une plus faible part étant consacrée aux services (15 %) ;
- 2,3 milliards d'euros sont constitués de soins dispensés à des adultes, soit environ 24 % de la dépense totale de soins de longue durée aux personnes handicapées. 95 % de la dépense médico-sociale en faveur des adultes handicapés est consacrée aux établissements, et 5 % aux services ;
- 0,2 milliard d'euros, soit 2 % de la dépense, sont versés à des établissements et services qui reçoivent à la fois adultes et enfants handicapés (comme les SSIAD).

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés offrent 146 000 places fin 2013. Les plus

nombreux sont les instituts médico-éducatifs (**IME**), qui accueillent et accompagnent des enfants et adolescents présentant un déficit intellectuel, avec près de 66 000 places, et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (**ITEP**), qui accueillent des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression perturbe leur apprentissage, avec un peu moins de 15 000 places (*graphique B3.3*). Ils regroupent à eux seuls plus de la moitié des places. Viennent ensuite les établissements pour jeunes déficients sensoriels (**EJDS** – 7 300 places), les instituts d'éducation motrice (**IEM** – 7 000 places) et les établissements pour enfants polyhandicapés (**EP** – 5 400 places). Ces trois derniers types d'établissements accueillent des enfants qui y sont le plus souvent scolarisés.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**) proposent, quant à eux, plus de 45 400 places. Ces services assurent un accompagnement personnalisé des enfants ou adolescents pour leur maintien dans leur milieu de vie habituel : 96 % des bénéficiaires sont scolarisés en milieu ordinaire.

Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés offrent 146 600 places fin 2013. Parmi ceux-ci, les financements de l'Assurance maladie se dirigent surtout vers les structures médicalisées, qui accueillent les personnes lourdement handicapées ayant besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante (*graphique B3.4*). Les maisons d'accueil spécialisées (**MAS** – 25 500 places) sont entièrement financées par l'Assurance maladie ; elles accueillent des personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou de polyhandicap. Les foyers d'accueil médicalisés (**FAM** – 23 100 places), financés partiellement par l'Assurance maladie, accueillent majoritairement des déficients intellectuels, psychiques et moteurs. Les foyers « occupationnels » sont des structures qui accueillent principalement des personnes qui ne peuvent travailler, ni en milieu ordinaire ni en milieu protégé. Ils s'adressent cependant à des personnes suffisamment autonomes pour avoir des occupations quotidiennes comme la participation à des activités ludiques et éducatives. En revanche, les foyers d'hébergement accueillent des personnes qui exercent une activité pendant la journée dans un milieu ordinaire et qui ont besoin d'un hébergement et d'un encadrement plus ou moins important selon leur autonomie.

POUR EN SAVOIR PLUS

Makdessi Y., 2013, « L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et Résultats*, n° 832, DREES, février.

Mordier B., 2013 « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et résultats*, n° 833, DREES, février.

B3.1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes handicapées

Montants en milliards d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014
Soins de longue durée aux personnes handicapées*	4,7	5,3	6,2	6,9	7,7	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3
Évolution (en %)						2,7	3,4	2,6	3,4	2,7
dont ONDAM pers. handicapées	4,7	5,3	6,2	6,6	7,4	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0
dont contribution CNSA				0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

* Le montant de soins de longue durée aux personnes handicapées correspond à l'objectif global de dépenses (OGD).
Sources : Comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

B3.2 Structure 2014 de la dépense de soins de longue durée aux personnes handicapées et évolution par rapport à 2013

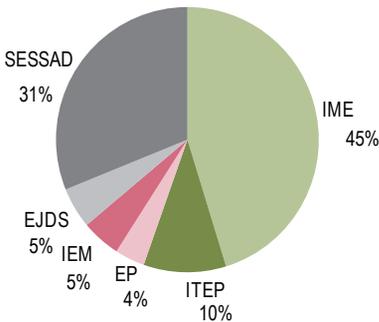
En %

	2013	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Établissements et services à destination des enfants handicapés	73,6	73,8	3,2
Instituts médico-éducatifs (IME)	16,6	16,4	
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	4,9	4,5	
Établissements pour enfants poly handicapés (EP)	2,2	2,1	
Autres établissements pour enfance inadaptée	38,7	39,5	
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	1,8	1,8	
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	9,4	9,5	
Établissements et services à destination des adultes handicapés	24,4	24,2	1,9
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	14,4	14,5	
Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	1,0	1,0	
Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	6,3	6,4	
Unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS)	0,3	0,3	
Autres établissements pour adultes handicapés	2,5	2,0	
Autres établissements et services*	2,0	2,0	6,6
Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées	100,0	100,0	

*Les autres établissements et services comprennent les services à domicile pour personnes handicapées, les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.
Source : Comptes de la santé.

B3.3 Répartition des places d'accueil pour enfants handicapés par type d'établissements

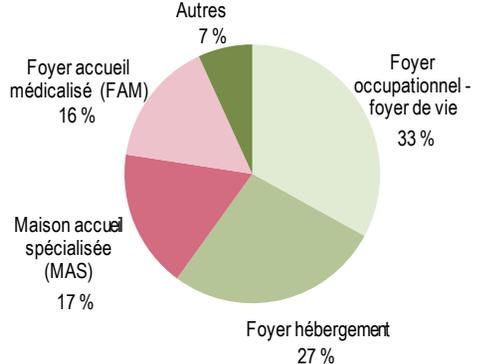
En proportion du nombre de places au 31 décembre 2013



Source : DREES – STATISS.

B3.4 Répartition des places d'accueil pour adultes handicapés par type d'établissements

En proportion du nombre de places au 31 décembre 2013



Source : DREES – STATISS.

Les **indemnités journalières** (IJ) venant compenser la perte de salaire en cas d'arrêt de travail retracées dans les Comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale (hors Fonction publique) au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. En 2014, elles s'élèvent à 13,3 milliards d'euros (tableau B4.1).

Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (+8,2 % par an entre 2000 et 2003), elles ont nettement ralenti ensuite (+0,3 % par an entre 2003 et 2006) pour reprendre à nouveau entre 2006 et 2011 (+3,6 % par an). Après deux années de relative stabilité, elles repartent à la hausse en 2014 (+4,1 %).

La dynamique des IJ est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui sont à la base du calcul des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active. Les seniors ont en effet des problèmes de santé plus marqués, qui nécessitent des arrêts plus longs que les salariés plus jeunes ;
- la précarité de l'emploi, car les salariés en CDD ou en période d'essai s'absentent significativement moins que les autres.

Les à-coups dans l'évolution des indemnités journalières depuis 2000 s'expliquent par le rythme heurté du volume des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général (graphiques B4.2 et B4.4) :

- leur forte progression jusqu'en 2003 s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- la forte baisse de 2003 à 2006 est imputée pour l'essentiel au développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ;
- en l'absence de mesures nouvelles, le volume des IJ reprend sa croissance à partir de 2007, portée notamment par le vieillissement de la population active ;
- le léger repli de la mi-2011 à la fin 2013 est lié à deux facteurs : la dégradation du marché du travail et le contexte épidémiologique favorable en 2011 et 2012 ;

- malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ reprennent en 2014. La croissance est portée par une durée moyenne des arrêts plus importante, le nombre d'arrêts n'ayant que peu augmenté. Notamment, les IJ « maladie » de plus de trois mois ont augmenté plus vite que les autres arrêts. Cette reprise des volumes s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles.

La croissance du « prix » des indemnités journalières a nettement ralenti depuis la crise de 2009 (+1,4 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014 contre +2,6 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2008) [graphique B4.2]. Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « maladie », et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « AT-MP ». Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le SMIC est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ. Ainsi, le prix des IJ peut croître plus vite que le **salaire net annuel moyen** lorsque la croissance du SMIC est plus rapide que celle du salaire moyen. C'est le cas globalement sur la période 2000-2009 (graphique B4.3) et particulièrement en 2009, année où le salaire moyen a stagné. Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1^{er} décembre 2010 et 1^{er} janvier 2012 ont induit des baisses de montants servis à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du prix des IJ par rapport au salaire net annuel moyen.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont gardé un rythme de croissance de 3,8 % par an en moyenne entre 2000 et 2010. Depuis 2011, en lien avec le léger recul observé du nombre de naissances, elles sont quasi stables : entre 2010 et 2013, elles augmentent de 0,4 % seulement en moyenne annuelle. Leur augmentation en 2014 (+1,9 %) est à rapprocher de la stabilisation du nombre de naissances.

In fine, la structure des indemnités journalières selon les différents risques reste stable entre 2006 et 2014 : les IJ « maladie » représentent toujours environ 55 % des dépenses, la part des IJ « AT-MP » passe de 20,7 % en 2006 à 21,8 % en 2014 et les IJ « maternité » représentent 24,4 % des indemnités en 2006, contre 23,2 % en 2014.

DÉFINITION

Le **salaire moyen en équivalent temps plein** est calculé en prenant en compte tous les postes de travail des salariés (y compris les postes à temps partiel). Chaque poste de travail est pris en compte au prorata de son volume horaire de travail rapporté à celui d'un poste à temps complet.

POUR EN SAVOIR PLUS

Marbot C., Pollak C., « Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans », éclairage dans cet ouvrage.

« La dynamique récente des dépenses d'indemnités journalières », fiche CCSS n°2-4, septembre 2013.

Rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, MECS, avril 2013.

B4.1 Dépenses d'indemnités journalières

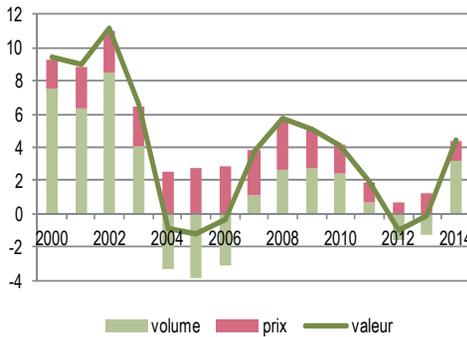
Montants en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	10 748	11 001	11 594	12 144	12 619	12 827	12 764	12 816	13 342
Évolution (en %)		2,4	5,4	4,8	3,9	1,6	-0,5	0,4	4,1
Maladie	5 905	6 012	6 329	6 643	6 880	7 001	6 936	6 977	7 345
Évolution (en %)		1,8	5,3	4,9	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,3
Maternité	2 618	2 643	2 786	2 885	2 994	2 987	3 017	3 033	3 089
Évolution (en %)		1,0	5,4	3,6	3,8	-0,2	1,0	0,5	1,9
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 226	2 346	2 478	2 617	2 745	2 839	2 811	2 806	2 907
Évolution (en %)		5,4	5,6	5,6	4,9	3,4	-1,0	-0,2	3,6

Champ : France entière, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors Fonction publique (donnée non disponible).
Source : DREES – Comptes de la santé.

B4.2 Évolution des indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général

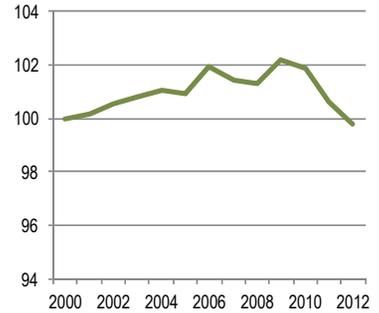
En %



Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accident du travail », assurés du régime général.
Source : CNAMTS, calculs DREES.

B4.3 Évolution du prix des indemnités journalières du régime général rapporté au salaire net annuel moyen en ETP*

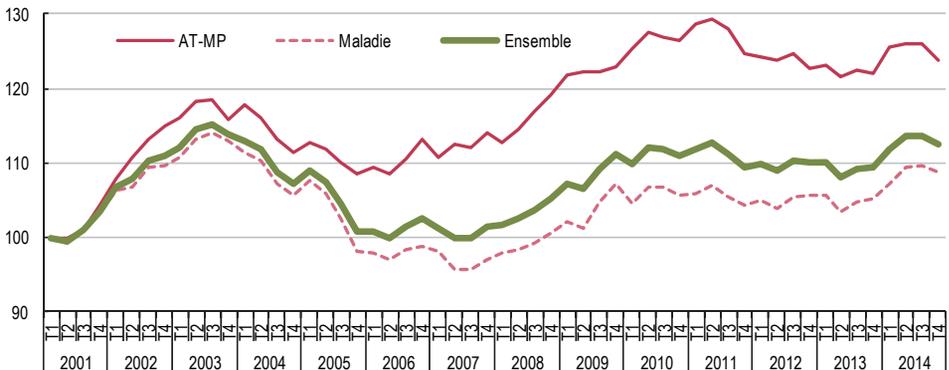
Base 100 en 2000



*ETP : Équivalent temps plein
Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accident du travail », assurés du régime général.
Sources : CNAMTS ; INSEE, calculs DREES.

B4.4 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapporté à l'emploi salarié

Base 100 au premier trimestre 2001



Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail – maladies professionnelles », assurés du régime général.
Sources : CNAMTS pour les indemnités journalières, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

La consommation de services de **prévention institutionnelle** ou organisée s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2014, dont 3,6 milliards pour la prévention individuelle et 2,3 milliards pour la prévention collective (tableau B5.1). La prévention institutionnelle représente environ 90 euros par habitant et 2,3 % de la dépense courante de santé. Elle est dite institutionnelle car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, contrairement à la prévention effectuée au jour le jour (par les médecins traitants par exemple).

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La vaccination en est l'exemple type. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à 574 millions d'euros en 2014. Mais ne sont présentées ici que les seules dépenses de vaccination « organisée » financées par les collectivités locales et le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), soit 109 millions en 2014. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM. La prévention primaire comprend également les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du planning familial, ainsi que la médecine scolaire et la médecine du travail. Cette dernière représente à elle seule 28% de l'ensemble des dépenses de prévention institutionnelle.

La **prévention individuelle secondaire** tend à repérer les maladies avant leur développement, ce qui exclut les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, les hépatites... Avec les Plans cancer 2003-2007, 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 millions d'euros en 2003 à 179 millions d'euros en 2014. En outre, de nouveaux crédits ont été alloués pour ce dépistage avec le Plan cancer 2014-2019. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a triplé entre 2003 et 2014, avec la campagne MTdents destinée aux plus jeunes : en 2012, le taux de participation atteignait 35 %. Depuis 2014, le programme se concentre sur les écoles situées en réseau d'éducation prioritaire et s'étend aux femmes enceintes. Ces dernières peuvent bénéficier d'un examen bucco-dentaire et d'une action de prévention pour le futur enfant pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables à un individu. On distingue :

- la **prévention collective à visée comportementale**, qui comprend la lutte contre les addictions (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé. Ces dépenses soutiennent, par exemple, le Programme national nutrition santé (PNNS) dont les dépenses ont presque doublé depuis 2011 dans le cadre de son volet 2011-2015 (12 millions d'euros en 2014).
- la **prévention collective à visée environnementale**, qui inclut l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille, d'alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

L'État et les collectivités locales ont financé 61% de la prévention institutionnelle en 2014, la Sécurité sociale 12 % et le secteur privé 27 % (graphique B5.3). Si l'État et les collectivités locales sont des acteurs majeurs de toutes les catégories de prévention, le secteur privé finance 51 % de la prévention primaire (via la médecine du travail et le planning familial essentiellement). La Sécurité sociale est aussi présente dans toutes les catégories ; elle finance notamment 40 % de la prévention secondaire (MTdents et examens de santé préventifs gratuits par exemple). Entre 1995 et 2012, la part de la Sécurité sociale est restée stable, sauf en 2009 en raison de la part exceptionnelle dans la prévention des vaccins contre la grippe H1N1. En revanche, la part de l'État et des collectivités locales a diminué, au profit du secteur privé. Néanmoins, au niveau local, la mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 offre aux agences régionales de santé (ARS) la possibilité de consacrer davantage de crédits au bénéfice de la prévention.

Les dépenses de prévention collective sont proches, en 2014, de leur niveau de 2003. Par conséquent, la structure des dépenses évolue en faveur de la prévention individuelle, primaire et secondaire, qui ont progressé respectivement de 2,3 % et 3,3 % par an depuis 2003, au détriment de la prévention collective.

Le projet de loi de modernisation du système de santé voté en avril 2015 lance de nouveaux programmes de prévention institutionnelle. La priorité est mise sur les pratiques addictives (tabac, alcool) notamment auprès des jeunes, sur l'information nutritionnelle pour lutter contre l'obésité et sur un meilleur dépistage des MST.

DÉFINITIONS

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, hors prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluse par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 8,5 milliards d'euros pour 2012 (cf. éclairage du rapport des Comptes de la santé 2014, « Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012 »).

POUR EN SAVOIR PLUS

« MT dents, ce n'est pas fini ! », 2014, site de l'Assurance maladie, Point d'information, décembre.

« Qu'y a-t-il dans la loi de santé ? », 2015, site du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mars.

B5.1 Dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolutions en moyenne annuelle

	2003	2007	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution 2003-2014 (en %)
Dépense totale de prévention (1)	5 038	5 487	5 806	5 812	5 802	5 892	5 864	1,4
Évolution (en %)				0,1	-0,2	1,5	-0,5	
Prévention individuelle primaire	2 282	2 599	2 791	2 800	2 807	2 928	2 947	2,4
Vaccins	94	106	109	111	109	108	109	1,3
PMI - Planning familial	599	653	688	683	673	681	670	1,0
Médecine du travail	1 272	1 407	1 512	1 536	1 527	1 599	1 619	2,2
Médecine scolaire	316	434	482	470	498	540	549	5,2
Prévention individuelle secondaire	474	630	646	665	660	686	666	3,1
Dépistage des tumeurs	91	159	173	193	184	193	179	6,3
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	169	222	208	211	208	216	209	0,0
Dépistage autres pathologies	30	42	34	31	35	38	37	1,9
Examens de santé	165	175	181	180	182	184	183	0,9
Bilans bucco-dentaires	19	32	49	50	51	56	58	10,9
Prévention collective	2 282	2 258	2 369	2 347	2 336	2 277	2 251	-0,1
À visée comportementale	401	485	511	493	483	476	459	1,2
Campagne en faveur des vaccinations	24	25	24	24	24	24	24	0,3
Lutte contre les addictions	89	92	118	116	115	109	101	1,1
Information, promotion, éducation à la santé	289	368	369	353	344	343	334	1,3
À visée environnementale	1 881	1 773	1 858	1 854	1 852	1 801	1 792	-0,4
Hygiène du milieu (2)	402	497	530	538	533	536	553	2,9
Prévention des risques professionnels	210	224	249	258	254	259	246	1,5
Prévention et lutte contre la pollution	250	145	225	198	172	143	138	-5,3
Observation, veille, recherche, règlements (3)	199	260	301	287	307	309	304	3,9
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	6	93	-28	26	42	48	39	19,3
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	553	582	546	544	505	512	-4,1
Double-compte avec la CSBM (4)	-37	-81	-106	-108	-102	-103	-107	
Prévention hors double-compte	5 001	5 406	5 700	5 704	5 700	5 789	5 757	1,3

(1) L'ensemble des dépenses de prévention ont été réévaluées pour l'édition de ce rapport.

(2) Y compris lutte anti-vectorielle, dont notamment la lutte contre les moustiques vecteurs de paludisme dans les DOM-TOM.

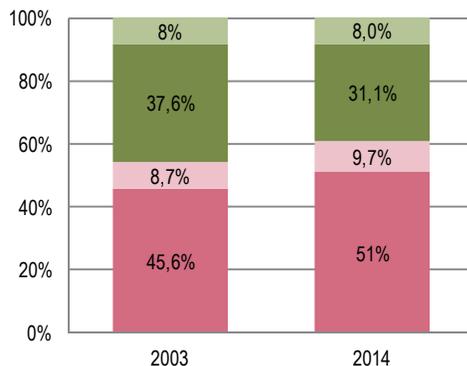
(3) Rédaction, mise en application des règlements concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention.

(4) Certaines dépenses de la prévention secondaire (vaccins, dépistages) déjà incluses dans la CSBM sont retranchées afin d'éviter un double-compte.

Source : Comptes de la santé.

B5.2 Répartition des dépenses de prévention

■ Individuelle primaire ■ Individuelle secondaire
■ Collective environnement ■ Collective comportement



Source : Comptes de la santé.

B5.3 Financement des dépenses de prévention

■ Sécurité sociale
■ État et collectivités locales
■ Secteur privé



Source : Comptes de la santé.

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les **subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles** s'élèvent à 2,4 milliards d'euros en 2014, en diminution de 6,9 % par rapport à 2013 (*tableau B6.1*). Elles comprennent :

- la prise en charge par l'Assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (ou cotisations PAM), soit 2,6 milliards d'euros en 2014. Mise en place en 1960 pour les médecins, elle avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements, sauf exceptions). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes...);
- les dotations versées par l'Assurance maladie pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (548 millions d'euros en 2014) : à l'origine versées au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), la part régionale de ces dotations a été transférée au Fonds d'intervention régionale (FIR) en 2012, et le FIQCS qui gérait la part nationale des crédits a été supprimé en 2014. Ceux-ci sont désormais versés directement par l'Assurance maladie aux différents acteurs ;
- les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de la santé (219 millions d'euros en 2014), tels que l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS) et l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS) ;
- l'aide à la télétransmission, subvention versée aux professionnels de santé, hors médecins, qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques, soit 139 millions d'euros en 2014 ;
- les remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Entre 2006 et 2013, ces remises avoisinaient 200 à 400 millions d'euros par an. Les traitements innovants contre le VHC introduits en 2014 ont donné lieu à des remises supplémentaires, portant leur montant total à environ 1,1 milliard d'euros. Ces montants viennent réduire le coût des soins et sont donc enregistrés en moindre dépense de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** a été évaluée à 7,6 milliards d'euros en 2013. Pour le compte provisoire de l'année 2014, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élèverait à 7,5 milliards

d'euros, soit près de 2 % de moins qu'en 2013 (*tableau B6.2*).

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) etc., hors dépenses des universités ;
- la part liée à la santé dans les financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR) – ces deux parts représentent 1,9 milliard d'euros de financement en 2014 ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires – au total, 1,7 milliard d'euros de recherche universitaire en 2014 ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical (3,7 milliards d'euros en 2014) ;
- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives, soit 0,2 milliard d'euros en 2014).

En 2000, les financements publics et privés de la recherche médicale et pharmaceutique étaient équivalents ; la place du secteur privé, et notamment de l'industrie pharmaceutique, a progressé jusqu'en 2007 où elle atteint 57 %, pour revenir progressivement à 52 % depuis 2012 (*graphique B6.3*).

En 2014, les **dépenses de formation des personnels médicaux** atteignent 2,0 milliards d'euros, soit 1,2 % de plus qu'en 2013. Leur progression est modérée depuis cinq ans, après plusieurs années de forte hausse qui est principalement due à :

- une augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire ;
- une hausse des coûts des formations sanitaires observée après la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation ; la Sécurité sociale y contribue également, en prenant en charge le financement de la formation continue des médecins. Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS

Seule une partie des dotations à divers organismes est comptabilisée. En effet, les dotations versées à l'INPES ou à l'EPRUS sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé. S'agissant du FIR, les autres actions du fonds sont décrites à la fiche A20.

B6.1 Les dépenses en faveur du système de soins

Montants en millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	7 582	8 852	9 331	10 447	11 201	11 241	11 418	11 651	11 812	12 058	11 904
Évolution (en %)						0,4	1,6	2,0	1,4	2,1	-1,3
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 353	1 704	1 754	2 092	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
PAM *	1 613	1 719	1 957	2 086	1 880	1 958	2 040	2 165	2 312	2 452	2 594
FIR, FIQCS et autres participations **	5	73	92	122	231	191	228	250	276	413	768
Aide à la télétransmission***	10	41	53	69	79	77	129	147	128	136	139
Remises conventionnelles****	-274	-129	-349	-185	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Formation des personnels médicaux	807	873	967	1 320	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012

* PAM : Prise en charge par l'Assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé.

** Principalement participations à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), au Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS), à l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS). FIR : amélioration de la qualité et de la coordination des soins uniquement.

*** À partir de 2012, l'aide à la télétransmission des médecins est incluse dans la ROSP. Elle est donc retracée dans le poste "Autres soins et contrats" des soins de ville, et n'apparaît plus dans les dépenses en faveur du système de soins.

**** Remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses d'assurance maladie.

Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

B6.2 Recherche médicale et pharmaceutique

Montants en millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Évolution (en %)						-2,1	-0,4	1,4	-0,4	2,0	-1,9
Financements publics	2 662	3 049	3 171	3 097	3 401	3 344	3 498	3 490	3 620	3 673	3 602
Budget civil de recherche et développement *	1 708	1 994	2 001	1 961	1 851	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934
Universités et hôpitaux universitaires	954	1 055	1 170	1 136	1 550	1 454	1 550	1 553	1 628	1 701	1 668
Financements privés et associatifs	2 760	3 226	3 439	3 938	4 210	4 108	3 923	4 035	3 874	3 971	3 895
Industrie pharmaceutique et industrie de matériel médical	2 641	3 108	3 311	3 810	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 755	3 683
Secteur associatif	119	118	128	128	126	116	108	108	141	217	213

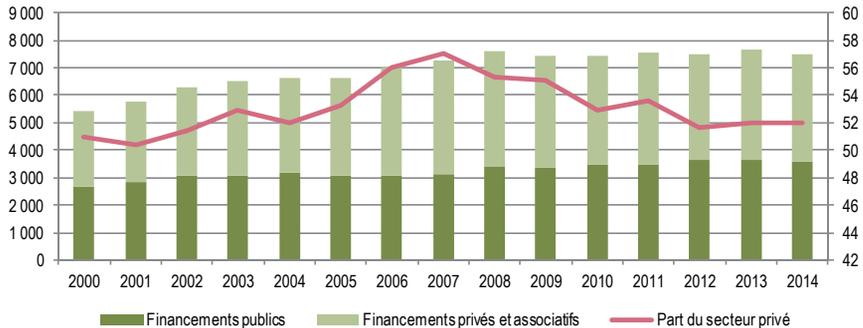
* Recherche en santé des organismes inscrits à la MIREs et des financements de l'ANR.

Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

B6.3 Répartition de la recherche médicale et pharmaceutique par financement

En millions d'euros

En %



Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 14,9 milliards d'euros en 2014, soit 1,0 % de plus qu'en 2013. Ils comprennent les frais de gestion :

- des **différents régimes de Sécurité sociale**, y compris les contributions versées aux agences régionales de santé (ARS) et les coûts de gestion de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- des **organismes complémentaires** : mutuelles, institutions de prévoyance et assurances, au titre de leur activité en santé ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé** (y compris celui des ARS) ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé : Haute Autorité de santé (HAS), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), Fonds CMU. Les dépenses au titre des autres opérateurs publics tels que l'Institut de veille sanitaire (InVS) ou l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sont comptabilisés en tant que dépenses de prévention (fiche B.5).

En 2014, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale s'élèvent à 7,1 milliards d'euros, soit une diminution de 3,1 % par rapport à 2013. Entre 2006 et 2014, ce sont les frais qui ont connu la progression la plus lente (+1,4 % par an). Les frais de gestion des organismes complémentaires, du ministère chargé de la Santé et des opérateurs publics ont tous progressé en moyenne de 4,6 % à 4,7 % par an sur cette période.

En 2014, les frais de gestion des opérateurs publics (0,14 milliard d'euros) suivent leur tendance récente : +4,6 % par rapport à 2013. Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé sont de 0,9 milliard d'euros en 2014, en augmentation de 5,2 % par rapport à 2013.

Les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) s'élèvent à 6,8 milliards d'euros en 2014, soit +5,1 % par rapport à 2013. Ainsi, les coûts de gestion des mutuelles s'élèvent à 3,4 milliards d'euros,

2,4 milliards d'euros pour les sociétés d'assurances et 0,9 milliard d'euros pour les institutions de prévoyance.

Il est difficile de comparer les frais de gestion des organismes complémentaires (45 % du total) avec ceux des régimes de base (48 % du total). Les activités de ces deux catégories sont, en effet, à la fois différentes et imbriquées. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer les attestations CMU-C et ACS ou les admissions en ALD par exemple). Ces régimes de base reçoivent par ailleurs davantage de feuilles de soins papier, plus coûteuses en gestion que les feuilles de soins électroniques, puis transmettent ensuite l'ensemble de ces flux de façon dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. Mais ces derniers peuvent également intervenir directement dans le cas de soins non pris en charge par l'Assurance maladie (implants dentaires, soins d'ostéopathie...) ou traiter des feuilles de soins papiers si la convention d'échange n'a pas été signée. Enfin, les régimes de base obligatoires réalisent des économies d'échelle tandis que le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et que la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (réseau, publicité...).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires peuvent être de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des dossiers et des contentieux), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** retracent la gestion courante des contrats (encaissement des cotisations, administration des placements, réassurance...). Les institutions de prévoyance constituent la catégorie d'organismes pour laquelle les coûts de gestion représentent la plus faible part des cotisations (14 %), devant les mutuelles (19 %) et les sociétés d'assurances (23 %, *graphique B7.3*), en raison notamment d'une part plus importante de contrats collectifs. Les coûts de gestion moins élevés des institutions de prévoyance s'expliquent, en effet, par leur spécialisation sur la complémentaire santé d'entreprise : en faisant office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, l'entreprise peut permettre aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

COÛTS DE GESTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins).

POUR EN SAVOIR PLUS

Jacod O., Montaut A., 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé, des excédents dégagés en 2013 », *Études et Résultats*, n°919, DREES, juin.

Montaut A., 2015 rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES, mai.

B7.1 Coûts de gestion du système de santé

Montants en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	11 844	12 180	12 769	13 190	13 517	14 046	14 276	14 794	14 947
<i>Évolution (en %)</i>		2,8	4,8	3,3	2,5	3,9	1,6	3,6	1,0
Régimes de Sécurité sociale *	6 379	6 544	6 941	7 243	7 177	7 150	7 158	7 336	7 111
Organismes complémentaires **	4 728	4 865	5 021	5 099	5 454	5 952	6 156	6 448	6 773
- Mutuelles	2 620	2 650	2 664	2 662	2 873	3 046	3 209	3 380	3 444
- Sociétés d'assurances	1 518	1 607	1 737	1 812	1 912	2 137	2 157	2 284	2 440
- Institutions de prévoyance	589	609	620	625	669	769	790	784	890
Ministère chargé de la Santé	644	680	696	714	742	787	830	881	927
Opérateurs publics ***	94	91	111	134	144	157	132	129	135

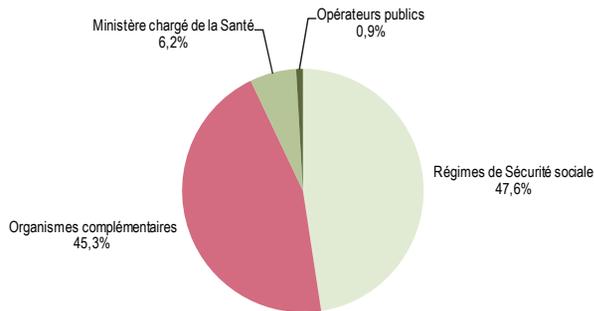
* Cnamts, MSA, RSI et autres régimes de base ; Camieg. Sur toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins.

** La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires.

*** Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, Atih, Cng, Anap, Fonds CMU et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (Invs, Abm, Ints, Ansm, Eprus et Inpes hors coûts de gestion).

Source : DREES – Comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, Comptes de la protection sociale ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et PLFSS annexe 8 ; DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires.

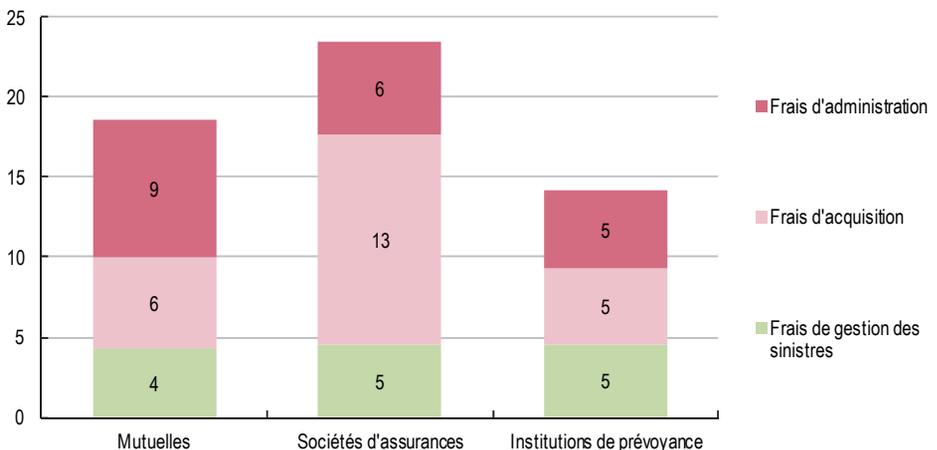
B7.2 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

B7.3 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2014 selon leur nature

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source : DREES – Comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

C. Le financement de la santé

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec 76,6 % de la dépense en 2014. Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement a légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Cela résulte notamment des mesures d'économies mises en œuvre telles que l'instauration des franchises sur les médicaments, les soins d'auxiliaires et les transports de malades, les hausses du forfait journalier hospitalier et le déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant. À partir de 2012, la tendance s'inverse : la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau pour atteindre 76,6 % en 2014. Cela s'explique, d'une part, par le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'Assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux – en particulier rétrocession hospitalière) et, d'autre part, par la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD). Par ailleurs, l'introduction des nouveaux médicaments contre l'hépatite C explique la majorité de l'augmentation de la part de la Sécurité sociale en 2014.

L'État et la CMU-C, organismes de base, prennent en charge 1,4 % de la CSBM en 2014, comme en 2006.

La part des organismes complémentaires a augmenté jusqu'en 2013, résultat d'évolutions de sens contraire sur les différents postes. En revanche, la part des organismes complémentaires diminue en 2014, en lien avec l'augmentation de celle de la Sécurité sociale.

Enfin, le reste à charge des ménages, qui a augmenté de 2006 à 2008 (pour atteindre alors 9,3 %), diminue depuis : il atteint 8,5 % de la CSBM en 2014.

Le **secteur hospitalier** est caractérisé par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans le financement de ses dépenses : 91,1 % en 2014. Cette part a pourtant reculé d'un point depuis 2006. Ce recul est dû aux augmentations du forfait journalier en 2007 et en 2010, ainsi qu'au relèvement de 91 à 120 euros en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part prise en charge par les organismes complémentaires (OC), qui a augmenté de 0,9 point entre 2006 et 2014.

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à près des deux tiers par la Sécurité sociale (63,9 % en 2014). Entre 2006 et 2011, cette part a diminué de 0,7 point, sous l'effet dès 2008 de la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et de la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. À partir de 2012, la part de la Sécurité sociale réaugmente pour les soins de ville, portée notamment par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), supplément de rémunération nouvellement créé versé aux médecins adhérents au dispositif, dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement.

Cette dépense devrait à moyen terme permettre une plus grande modération des prescriptions, une poursuite de la hausse des prescriptions de génériques et un meilleur suivi des patients en ALD (diabète notamment).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** atteint 69,1 %. Cette part avait nettement diminué entre 2006 et 2008, en raison d'importants déremboursements intervenus en 2006 et de la mise en place d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. À partir de 2009, cette part repart à la hausse, en lien avec le remboursement des médicaments coûteux. Elle augmente fortement en 2014 (+1,4 point en un an) avec l'introduction des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué de 2,8 points entre 2006 et 2014.

Le reste à charge des ménages sur le médicament a augmenté de 3,1 points entre 2006 et 2013, passant de 13,6 % à 16,6 %, avec l'instauration de la franchise en 2008. Il diminue légèrement en 2014 (15,9 %).

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,3 % de la dépense en 2014. Les biens médicaux constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge une part équivalente de cette dépense (38,9 %). L'optique y tient une place prépondérante et représente près des trois quarts de leurs remboursements sur ce poste. La part de la Sécurité sociale et surtout celle des organismes complémentaires ont augmenté depuis 2006. Pour la Sécurité sociale, cette hausse est liée au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre d'assurés en ALD et au développement de l'hospitalisation à domicile. Pour les organismes complémentaires, outre l'effet structure de population, la hausse est liée à la baisse des taux de remboursement par l'Assurance maladie (passés de 65 % à 60 % en mai 2011 sur les produits de la LPP) et à une prise en charge en progression des montants facturés au-delà des tarifs opposables. En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit, passant de 24,9 % en 2006 à 16,9 % en 2014, soit une diminution de 8 points en huit ans.

Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses à hauteur de 93,0 % en 2014 des montants engagés. Si cette part est proche de celle de 2006 (92,7 %), elle a néanmoins diminué de 0,8 point en 2008 avec la mise en place d'une franchise, et augmenté ensuite en raison de la restructuration des tarifs. La part prépondérante de la Sécurité sociale s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc le plus faible (1,8 % en 2014).

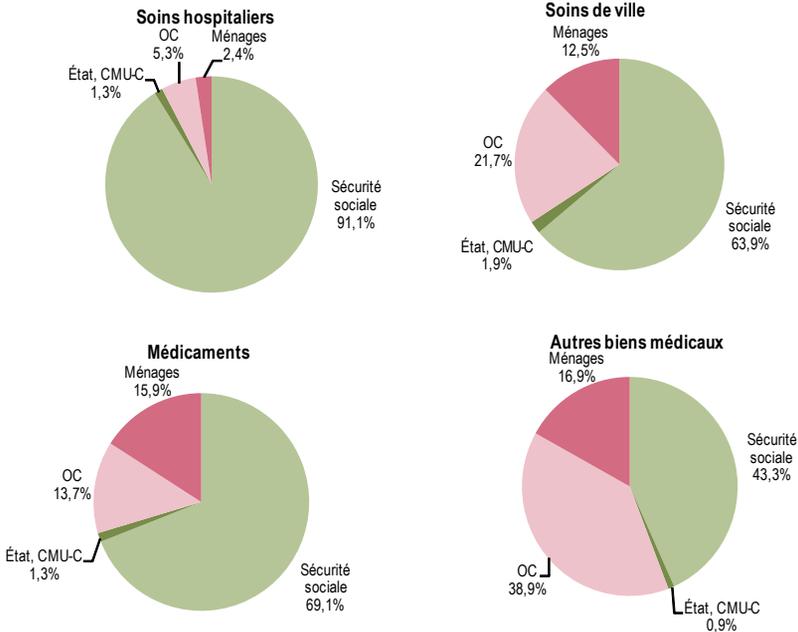
C1.1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

	En %									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Ensemble de la CSBM										
Sécurité sociale	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6	
État, CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	
Organismes complémentaires	12,8	13,0	13,2	13,3	13,5	13,6	13,7	13,7	13,5	
Ménages	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5	
Soins hospitaliers										
Sécurité sociale	92,0	91,8	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	
État, CMU-C org. de base	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	
Organismes complémentaires	4,4	4,7	4,8	4,8	5,2	5,2	5,2	5,3	5,3	
Ménages	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,3	2,5	2,3	2,4	
Soins de ville*										
Sécurité sociale	63,4	63,3	62,8	62,6	62,6	62,6	63,0	63,4	63,9	
État, CMU-C org. de base	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	
Organismes complémentaires	21,0	20,9	21,6	21,7	21,8	22,3	22,2	22,0	21,7	
Ménages	13,8	13,9	13,9	13,9	13,8	13,3	13,0	12,8	12,5	
Médicaments										
Sécurité sociale	68,5	68,6	66,8	66,9	67,4	67,3	67,5	67,7	69,1	
État, CMU-C org. de base	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	
Organismes complémentaires	16,5	16,3	16,0	16,2	15,8	15,1	14,9	14,4	13,7	
Ménages	13,6	13,6	16,0	15,7	15,6	16,3	16,5	16,6	15,9	
Autres biens médicaux										
Sécurité sociale	41,7	42,5	43,1	42,0	42,3	41,8	42,0	42,6	43,3	
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	
Organismes complémentaires	32,6	32,7	33,7	34,6	34,9	36,5	38,6	39,2	38,9	
Ménages	24,9	24,0	22,4	22,6	22,1	21,0	18,6	17,4	16,9	
Transports de malades										
Sécurité sociale	92,7	92,7	91,9	92,1	92,0	93,1	93,1	92,9	93,0	
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	
Organismes complémentaires	4,0	4,1	4,3	4,4	4,6	4,6	4,5	4,4	4,3	
Ménages	2,6	2,4	2,9	2,7	2,5	1,5	1,6	1,8	1,8	

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades.

Source : DREES – Comptes de la santé.

C1.2 Part de la Sécurité sociale dans les principaux postes de la CSBM en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

En 1950, la **Sécurité sociale**, créée à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, prend en charge la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui ne représente alors qu'une faible part du PIB (2,6 %) [cf. *fiche A2*]. La part assumée par les administrations centrale et locales, via l'**aide médicale** notamment, est alors d'environ 12 %.

Entre 1950 et 1980, la couverture maladie s'est généralisée à l'ensemble des salariés, aux non-salariés et aux inactifs. La quasi-totalité de la population en bénéficie en 1980. La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est ainsi passée de 50 % à 80 %, tandis que la part des administrations centrale et locales diminuait.

Cette prise en charge publique connaît ensuite une légère érosion, sous l'effet de plusieurs facteurs :

- l'évolution de la structure de consommation vers les produits moins remboursés (biens médicaux comme l'optique, les prothèses auditives, les orthèses...);
- la croissance continue des dépassements d'honoraires depuis la mise en place du secteur 2 ;
- diverses mesures de déremboursement dans le cadre de plans de redressement.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM recule ainsi de 79,9 % en 1980 à 77,3 % en 1990, puis décroît lentement jusqu'en 2006 (76,3 %) en base 2005. En base 2010, après avoir décliné légèrement de 2006 à 2011, la part de la Sécurité sociale retrouve en 2014 un niveau proche de 2006, en raison notamment de facteurs structurels qui poussent à l'accroissement de la prise en charge, comme la progression du nombre de personnes en affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Entre 1950 et 1980, l'**assurance maladie complémentaire** se développe lentement : elle couvre un tiers des assurés en 1960, la moitié en 1970 et les deux tiers en 1980. À cette date, ce sont encore principalement les salariés des grandes entreprises et les salariés aux plus hauts revenus qui en bénéficient. À partir de 1980, la couverture complémentaire s'impose dans le financement du système de soins. Un partage des rôles s'opère graduellement entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire

(AMC) : l'AMO prend en charge les risques les plus lourds (soins hospitaliers, soins des pathologies lourdes ou chroniques) tandis que l'AMC se concentre davantage sur les petits risques. Cette organisation rend économiquement viable l'activité des organismes complémentaires sans que ceux-ci recourent à la sélection de leurs adhérents, expliquant leur large diffusion auprès des Français.

L'AMC a été étendue avec la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C (aujourd'hui, jusqu'à 35 % supérieurs). Désormais l'assurance complémentaire couvre 95 % de la population depuis les années 2000 ; elle finance 13,5 % de la CSBM en 2014, qui représente une part bien plus importante du PIB (8,9 %).

La participation des **ménages** ne peut être distinguée de celle des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance sur longue période. La participation globale des ménages et des organismes complémentaires autres que les mutuelles est supérieure à 30 % en 1950 ; elle a diminué régulièrement jusqu'à 12 % en 1980, pour remonter à 15,2 % en 1990 et se stabiliser à 14,8 % jusqu'en 2006 (dont un tiers par les sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Depuis 2006, le reste à charge des ménages en santé, qui est isolé de celui des institutions de prévoyance et des assurances, tend à diminuer et s'établit à 8,5 % en 2014.

Symétriquement, la contribution de l'ensemble des organismes complémentaires s'accroît depuis 2006 : la part des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances dans la CSBM augmente de 0,7 point entre 2006 et 2014. Néanmoins, la répartition par type d'organisme se modifie, les mutuelles perdant des parts de marché au bénéfice des sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ainsi, la part des mutuelles dans la CSBM se réduit de 7,7 % en 2006 à 7,2 % en 2014. À l'inverse, les autres organismes complémentaires voient leur part augmenter : les sociétés d'assurances passent de 2,9 % en 2006 à 3,7 % en 2014 et les institutions de prévoyance de 2,3 % en 2006 à 2,7 % en 2014.

DÉFINITIONS

Aide médicale : l'assistance médicale gratuite (AMG) a été créée en 1893 pour que les plus pauvres puissent bénéficier gratuitement de soins de santé. Elle a subi plusieurs évolutions, en devenant notamment l'aide médicale départementale. Elle se retrouve aujourd'hui dans les deux dispositifs que sont la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale de l'État (AME).

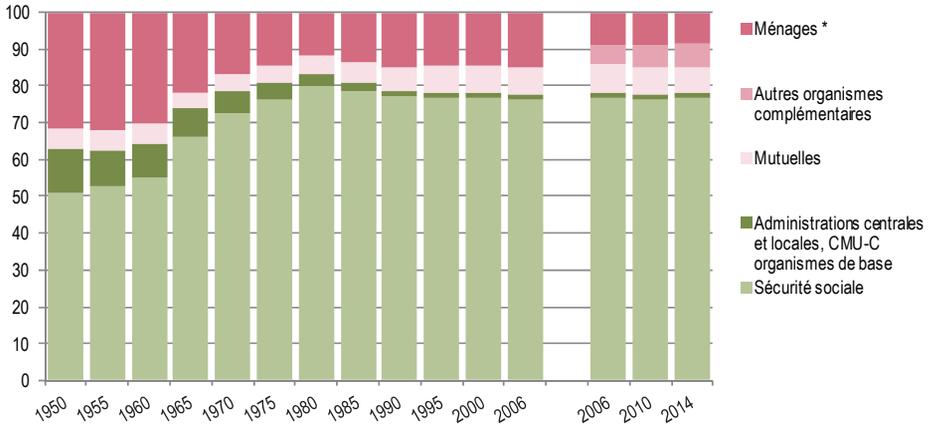
Organismes complémentaires : mutuelles (retracées dans les Comptes de la santé depuis 1950), sociétés d'assurances et institutions de prévoyance (distinguées plus récemment dans les Comptes de la santé).

POUR EN SAVOIR PLUS

Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, DREES, février.

C2.1 Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

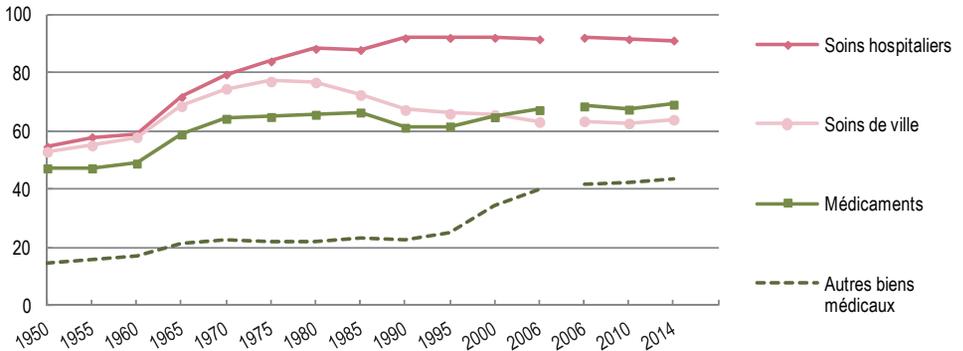
En %



* Ici, ménages y compris autres organismes complémentaires (assurances et institutions de prévoyance) antérieurement à la base 2010.
 Source : DREES – Comptes de la santé, base 2005 de 1950 à 2006 et base 2010 de 2006 à 2014.

C2.2 Part de la Sécurité sociale dans la CSBM

En %



Source : DREES – Comptes de la santé, base 2005 de 1950 à 2006 et base 2010 de 2006 à 2014.

En 2014, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 76,6 %, soit 146,1 milliards d'euros.

Sur ces 146,1 milliards pris en charge par la Sécurité sociale, plus de la moitié (55,2 %) sont des soins hospitaliers avec près de 43 % qui relèvent de l'hôpital public. En effet, la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses des soins hospitaliers est très élevée et atteint 91,1 % en 2014.

Les soins de ville représentent 21,9 % de la dépense de la Sécurité sociale au sein de la CSBM. Ceux-ci sont financés à près des deux tiers par la Sécurité sociale.

Les médicaments de ville (vendus dans les officines pharmaceutiques ou en rétrocession hospitalière) constituent le 3^e poste le plus important des dépenses de l'Assurance maladie dans la CSBM à hauteur de 16,0 % en 2014. La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments s'élève, elle, à 69,1 %.

La Sécurité sociale finance en proportions équivalentes la CSBM et la dépense courante de santé (DCS) au sens français, soit trois quarts de ces dépenses, équivalents à 190,1 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont les soins de longue durée, les indemnités journalières et les coûts de gestion de la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale est nettement moins présente sur la prévention institutionnelle (cf. *fiche B5*) et la formation en santé ; elle ne finance pas la recherche pharmaceutique. En effet, ces postes sont davantage du ressort de l'administration.

Symétriquement, **l'État, les collectivités locales et les dépenses de CMU-C des organismes de base** (prestations au titre de la CMU-C versées aux bénéficiaires de cette aide qui ont choisi un régime de base pour leur affiliation), correspondant aux financements publics, représentent une part bien plus faible de la CSBM : ils en financent 1,4 %. Ils ont en revanche une part proportionnellement plus importante dans le financement de la DCS au sens français (4,9 %). Le cumul des financements État, collectivités locales et CMU-C organismes de base représente ainsi 12,6 milliards d'euros en 2014.

Parmi ces 12,6 milliards, 27,6 % sont consacrés aux dépenses de prévention et 28,5 % à la recherche

médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15,0 % et les coûts de gestion du système de santé 7,5 %.

Cette somme inclut également les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'aide médicale de l'État (AME – voir encadré).

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base. La CMU-C, dispositif en faveur des ménages à revenus modestes et attribué sous certains critères (cf. *fiche C5*), est financée par le Fonds CMU, organismes divers d'administration centrale (ODAC). Le montant versé par les organismes de base au titre de la CMU-C s'est élevé à 1,8 milliard d'euros en 2014, soit 6,7 % de plus qu'en 2013 (notamment lié aux revalorisations des plafonds des 1^{er} juillet 2013 et 2014). Le montant versé par les organismes complémentaires au titre de la CMU-C est en revanche inclus dans les financements des OC.

Au final, sur les 12,6 milliards d'euros pris en charge par l'État, les collectivités locales et les organismes de base au titre de la CMU-C :

- 2,5 milliards d'euros sont pris en charge par les collectivités locales, dont 1,7 milliard en prévention institutionnelle ;
- 8,3 milliards d'euros sont pris en charge par l'État, dont 1,8 milliard en prévention institutionnelle ;
- 1,8 milliard d'euros sont pris en charge par les organismes de base au titre de la CMU-C.

L'aide médicale de l'État

L'AME est destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer.

Au 31 décembre 2014, on comptait 294 300 bénéficiaires, dont 274 100 en France métropolitaine et 20 200 dans les DOM. Il s'est accru de 6,4 % par an en moyenne entre 2007 et 2013. En 2014, il augmente de 4,2 %.

Le montant des prestations versées par l'État au titre de l'AME a crû de 7,4 % entre 2007 et 2013. En 2014, l'AME augmente faiblement (+1,6 %). Les prestations s'élèvent en 2014 à 720 millions d'euros (dont 563 millions au titre de 2014 et 157 millions au titre des années antérieures).

FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS

Les Comptes de la santé évaluent la prestation hospitalière au coût de ses facteurs de production (cf. *annexe 2.b*). Ils retracent également chacun des financements courants reçus (paiements partiels des ménages et organismes complémentaires, transferts de l'État, transferts des caisses de Sécurité sociale, etc.). Or, l'ensemble des financements courants est inférieur à la prestation. Le compte est équilibré en imputant le solde à la Sécurité sociale, principal financeur des hôpitaux publics.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2014, prévisions 2015, juin 2015.

C3.1 Part des financements publics dans la CSBM et dans la DCS en 2014

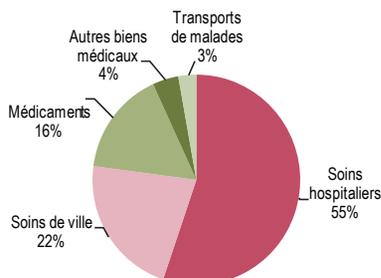
	Dépenses, tous financeurs confondus En millions €	Dont dépenses Sécurité sociale (1)		Dont dépenses État, collectivités locales, CMU-C org. de base	
		En millions €	En % du total	En millions €	En % du total
Soins hospitaliers	88 573	80 672	91,1	1 117	1,3
Hôpitaux du secteur public	68 267	62 638	91,8	1 012	1,5
Hôpitaux du secteur privé	20 306	18 034	88,8	105	0,5
Soins ambulatoires	102 063	65 405	64,1	1 585	1,6
Soins de ville	49 963	31 928	63,9	966	1,9
dont soins de médecins	20 141	13 472	66,9	380	1,9
dont soins d'auxiliaires	14 120	11 148	79,0	126	0,9
dont soins de dentistes	10 595	3 446	32,5	371	3,5
dont laboratoires d'analyses	4 241	3 001	70,8	89	2,1
dont autres soins et contrats	866	862	99,5	0	0,0
Médicaments en ville	33 903	23 415	69,1	450	1,3
Autres biens médicaux en ville	13 800	5 975	43,3	128	0,9
Transports de malades	4 396	4 088	93,0	42	0,9
CSBM	190 636	146 077	76,6	2 702	1,4
Soins de longue durée	19 658	19 658	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	13 342	13 342	100,0	0	0,0
Prévention	5 757	711	12,3	3 490	60,6
Subventions au système de soins	2 394	2 394	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 497	0	0,0	3 602	48,0
Formation	2 012	17	0,9	1 895	94,2
Coût de gestion de la santé	14 947	7 227	48,4	946	6,3
Autres dépenses de santé	639	639	100,0	0	0,0
Dépense courante de santé	256 882	190 066	74,0	12 635	4,9

Note de lecture : 91,1% du total des soins hospitaliers sont financés par la Sécurité sociale, c'est-à-dire 80,4 milliards d'euros sur les 88,3 milliards d'euros de dépenses totales des soins hospitaliers.

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics (voir encadré) et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMEIG.

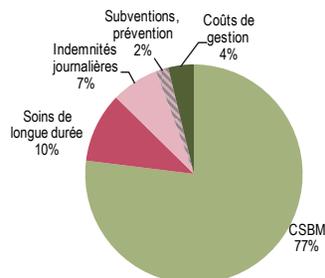
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.2 Répartition des financements de la Sécurité sociale par poste de la CSBM en 2014



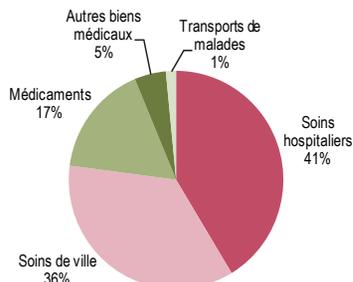
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.3 Répartition des financements de la Sécurité sociale par poste de la DCS en 2014



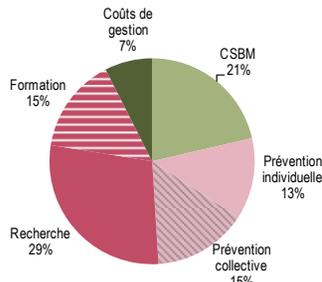
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.4 Répartition des autres financements publics par poste de la CSBM en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.5 Répartition des autres financements publics par poste de la DCS en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

Les **organismes complémentaires** (OC), qui couvrent 95 % des ménages en 2012 selon l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, regroupent les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Ils ont versé au total 25,7 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2014 (*tableau C4.1*) et financent ainsi 13,5 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM).

Le financement des OC dans la CSBM a augmenté pendant plusieurs années (il représentait 12,8 % de la CSBM en 2006) pour atteindre 13,7 % de la CSBM en 2012. Après s'être stabilisé en 2013, il recule de 0,2 point en 2014. La prise en charge par les OC des autres biens médicaux (optique, prothèses, matériels, pansements...), qui expliquait principalement cette hausse, s'est en effet stabilisée depuis 2012.

Les **autres biens médicaux** sont le poste où les OC interviennent proportionnellement le plus. En 2014, ils financent 38,9 % de la dépense en biens médicaux (*graphique C4.2*) contre 32,9 % en 2006 (et environ 26 % en 2000). Cette prise en charge par les OC a augmenté pendant de nombreuses années, avec la baisse des taux de remboursement par l'Assurance maladie sur les produits de la LPP et la hausse des montants facturés au-delà des tarifs opposables. Elle se stabilise depuis 2012.

Les OC financent également 21,7 % des **soins de ville** (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoires). Cette participation a peu augmenté depuis 2006 : les mesures d'économie mises en place par l'Assurance maladie (franchises, pénalisations en cas de non-respect du parcours de soins...) n'ont pas été intégralement reportées sur les organismes complémentaires, car ceux-ci proposent principalement des « contrats responsables », qui encouragent le respect du parcours de soins coordonné et ne prennent pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires instaurées par l'Assurance maladie afin de modérer la croissance de la dépense de santé.

Les OC prennent en charge 13,7 % de la dépense de **médicaments** en 2014. Cette prise en charge est en baisse depuis plusieurs années. Avec l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté, ce qui a réduit mécaniquement la part des autres financeurs. Comme de nombreuses

mutuelles ne prennent pas en charge les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant et que de nombreux médicaments ont été déclassés depuis 2006, les mesures de remboursements ont également réduit la contribution des OC.

La participation des OC aux **soins hospitaliers** est plus réduite (5,3 % des dépenses en 2014), mais en hausse sur moyenne période. Elle s'élevait à 4,4 % en 2006. Elle a notamment augmenté en 2008 avec la prise en charge par les OC de la participation de 18 euros sur les actes lourds et en 2010 avec l'augmentation de 2 euros du forfait journalier hospitalier. Depuis 2010, la participation des OC est plutôt stable. Leur participation aux **transports de malade** est également faible (4,3 % en 2014).

Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale et des prestations à la périphérie des soins de santé (ostéopathie, psychothérapie, prévention...). L'ensemble de ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la dépense courante de santé, représentent 1,4 milliard d'euros en 2014.

En 2014, les versements des mutuelles représentent 53 % des versements des OC, ceux des sociétés d'assurances 27 % et ceux des institutions de prévoyance 19 %. La part des mutuelles a reculé depuis 2006, principalement au profit de celle des sociétés d'assurances (*graphique C4.3*).

Les cotisations collectées sont la principale ressource des OC. Une grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations. Le reste représente principalement les frais de fonctionnement des organismes. Les institutions de prévoyance sont la catégorie qui reverse la plus grande part des cotisations sous forme de prestations (*graphique C4.4*), ce qui s'explique surtout par la prépondérance dans leur portefeuille des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés. De ce fait, les institutions de prévoyance offrent aussi la prise en charge proportionnellement la plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique, généralement mieux couverts par les contrats collectifs.

POUR EN SAVOIR PLUS

Jacod O., Montaut A., 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *Études et Résultats*, n° 919, DREES, juin.

Montaut A., 2015, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2014*, DREES, juin.

Garnero M., Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats*, n° 850, DREES, avril.

Le Palud V., 2013, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ? », *Études et Résultats*, n° 837, DREES, septembre.

C4.1 Financement des organismes complémentaires en 2014

	Mutuelles *	Sociétés d'assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 647	7 041	4 994	25 682	13,5%
Soins hospitaliers	2 542	1 382	740	4 663	5,3%
Soins de ville	5 699	2 908	2 220	10 827	21,7%
Médecins	2 121	1 134	761	4 016	19,9%
Soins dentaires	2 058	1 034	1 017	4 109	38,8%
Auxiliaires médicaux	939	429	248	1 615	11,4%
Laboratoires d'analyses	581	311	194	1 086	25,6%
Médicaments	2 651	1 294	689	4 635	13,7%
Autres biens médicaux **	2 643	1 399	1 327	5 369	38,9%
Transports de malades	112	58	18	188	4,3%
Prestations connexes à la santé	766	410	242	1 418	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure***	649	374	190	1 213	
Prestations à la périphérie des soins de santé****	117	36	53	205	

* Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

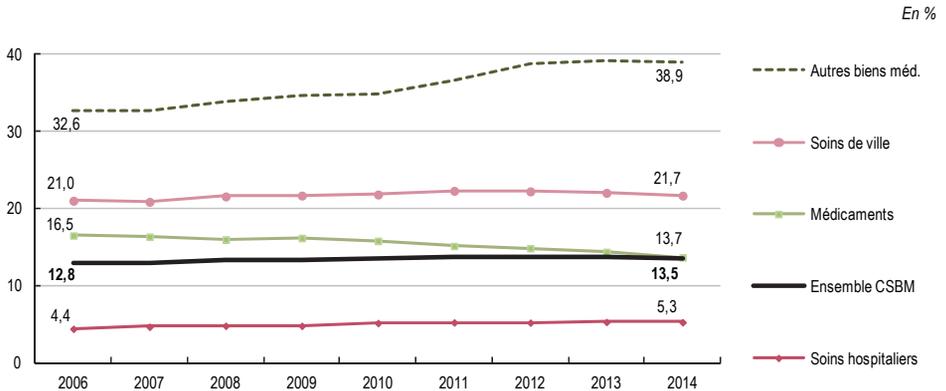
** Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

*** Chambres particulières, frais de long séjour...

**** Ostéopathie, psychothérapie, acupuncture, prévention...

Source : DREES – Comptes de la santé.

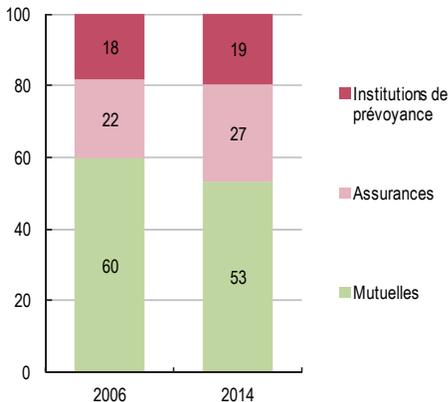
C4.2 Évolution de la part des organismes complémentaires dans le financement des postes de la CSBM



Source : DREES, Comptes de la santé.

C4.3 Évolution du financement par type d'organisme

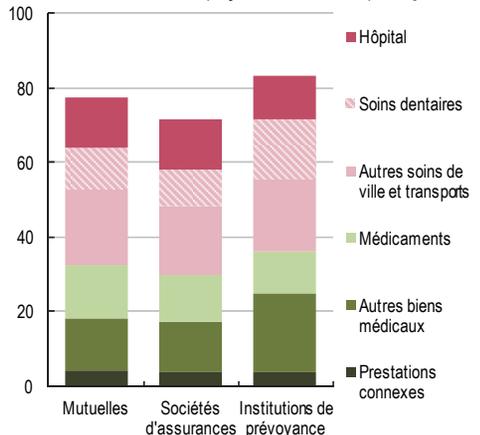
En % du financement de la CSBM par les OC



Source : DREES – Comptes de la santé.

C4.4 Décomposition des prestations versées par les OC par type de soins

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source : DREES – Comptes de la santé et rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

La CMU-C et l'ACS, deux dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des plus modestes

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Elle offre la prise en charge complémentaire des soins (ticket modérateur) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'assurance maladie. Elle prend également en charge le forfait journalier hospitalier sans limite de durée et les différentes participations forfaitaires et franchises ainsi que, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. Sa gestion peut être assurée par les régimes de base ou les organismes dispensant des couvertures complémentaires santé. En 2014, 13,6 % des bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire, proportion en léger recul depuis deux ans (14,7 % en 2013 et 15,3 % en 2012).

Ce dispositif a été complété en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. L'ACS permet à son bénéficiaire de réduire la cotisation de son contrat d'assurances complémentaire santé. Cette réduction varie de 100 euros annuels pour les moins de 16 ans à 550 euros annuels pour les 60 ans ou plus. Les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés des participations forfaitaires et franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour donner droit à l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés doivent être choisis dans la liste des 11 contrats individuels sélectionnés par les pouvoirs publics lors d'un appel d'offres.

Les plafonds de ressources retenus pour l'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 0,6 % au 1^{er} juillet 2014. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'élève à 5,2 millions en 2014 (en hausse de 6,0 % par rapport à 2013) tandis que les effectifs de bénéficiaires d'attestations ACS progressent de 4,0 % en 2014 pour s'établir à 1,2 million.

Le financement du Fonds CMU repose principalement sur les organismes complémentaires

Entre 2000 et 2004, les ressources du Fonds CMU étaient principalement composées d'une dotation budgétaire (*graphique C5.1*) complétée par une contribution de la part des organismes complémentaires

(prélèvement de 1,75 % des cotisations collectées au titre des contrats de complémentaire santé). Entre 2005 et 2008, une partie des recettes des taxes sur l'alcool et le tabac ont été affectées au financement du Fonds, remplaçant progressivement la dotation budgétaire. En 2009, le taux de la contribution des OC est passé à 5,9 % des cotisations en santé et cette contribution est devenue l'unique source de financement du Fonds CMU. En 2011, la contribution des OC a été transformée en taxe, la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances (TSA). Depuis 2012, une partie des recettes de la taxe sur le tabac est à nouveau affectée au financement du Fonds. Ainsi, en 2014, le Fonds CMU a perçu 2,1 milliards d'euros au titre de la taxe CMU et 354 millions au titre de la taxe sur le tabac (*tableau C5.2*).

Le Fonds CMU rembourse les organismes gérant la CMU-C sous forme de forfaits

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) sous la forme d'un forfait appelé « participation légale ». Du 1^{er} janvier 2009 à fin 2012, ce forfait était fixé à 370 euros par an et par bénéficiaire, ces organismes gestionnaires assurant la charge d'un éventuel surcoût. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (405 euros en 2014).

En 2014, le Fonds CMU a ainsi versé 1,9 milliard d'euros aux régimes de base au titre de leur gestion de la CMU-C, dont 1,7 milliard de participations légales et 0,2 milliard de versement complémentaire à la CNAM. En effet, contrairement au régime agricole et au régime des indépendants, les dépenses pour les bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime général sont supérieures au plafond de 405 euros puisqu'elles s'élèvent en moyenne à 427 euros par bénéficiaire. Il a donc été décidé depuis 2013 que le Fonds CMU effectuerait en compensation un versement complémentaire à la CNAM, dans la limite des dépenses réellement engagées par celle-ci.

Le Fonds CMU a aussi versé 278 millions d'euros aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que 275 millions d'euros à ceux qui gèrent des bénéficiaires de l'ACS. En pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement « versées » par le Fonds, elles sont déduites du montant dû au titre de la taxe TSA (« avoirs sur taxe »).

POUR EN SAVOIR PLUS

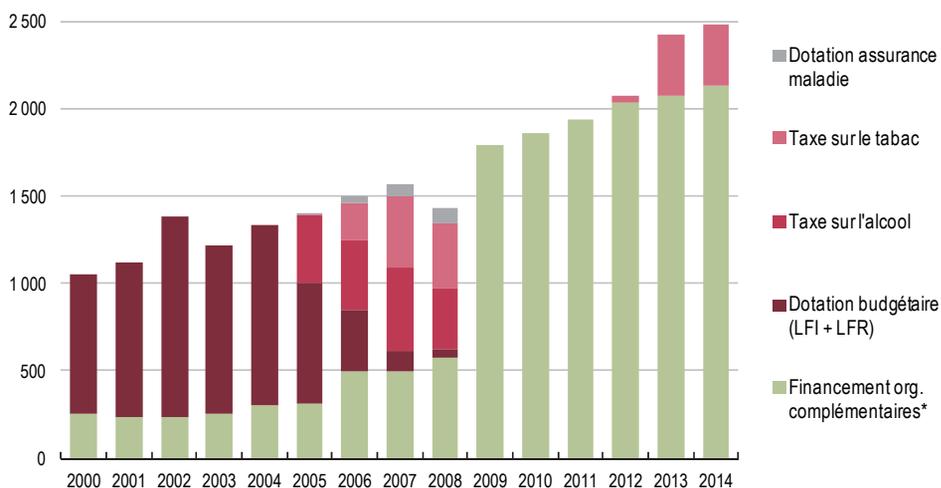
Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2014, mai 2015, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, novembre 2014, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé en 2014, juin 2015, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

C5.1 Évolution du financement du Fonds CMU entre 2000 et 2014

En millions d'euros



* Contribution CMU-C avant 2011, puis taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance depuis 2011.

Source : Rapports d'activité du Fonds CMU.

C5.2 Compte du Fonds CMU en 2014

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 468	Total produits	2 493
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	1 895	Taxe versée par les OC	2 130
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	278	Taxe sur le tabac	354
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	275		
Dotation aux provisions	19	Reprise sur provisions	9
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (ex-cédent)	25		

Source : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2014.

Le **reste à charge** (RAC) des ménages est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 8,5 % de la CSBM (tableau C6.1).

Selon le soin considéré, la part restant à la charge des ménages est très différente : c'est pour les transports sanitaires que le reste à charge des ménages est le plus faible en 2014 (1,8 %), suivi de l'hôpital (2,4 %). En revanche, il est plus important pour les autres biens médicaux (16,9 %), les médicaments (15,9 %) et les soins de ville (12,5 %). Le reste à charge élevé sur ce dernier poste s'explique notamment par les soins dentaires, pour lesquels les ménages supportent un quart de la dépense.

Du fait de ces taux de prise en charge différenciés par poste, alors que les soins hospitaliers représentent près de la moitié de la CSBM, ils occupent une faible part dans le reste à charge des ménages (13 % du RAC) [graphique C6.4]. En revanche, les autres biens médicaux (14 %), les médicaments (33 %) et les soins de ville (39 %) représentent une part plus importante du RAC des ménages que leur poids dans la CSBM.

Le reste à charge des ménages a légèrement progressé entre 2006 et 2008, où il atteignait 9,3 % de la CSBM. Il diminue depuis, et s'est notamment établi à 8,9 % en 2012, 8,7 % en 2013, et atteint 8,5 % en 2014.

Il représente 1,21 % du revenu disponible brut (RDB) des ménages en 2014, après avoir connu un pic à 1,25 % en 2009 (le décalage avec le pic constaté en proportion de la CSBM est dû à la stagnation du RDB constatée cette année-là à la suite de la crise). Le reste à charge en proportion du RDB diminue moins vite que le reste à charge exprimé en proportion de la CSBM, qui croît plus vite que le revenu (graphique C6.3).

La diminution du reste à charge des ménages est liée à des facteurs structurels tels que la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins d'infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades) et la progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD).

Le reste à charge des ménages sur les **soins hospitaliers** a diminué entre 2006 (2,4 %) et 2010 (2,1 %). À la suite de la hausse en 2010 du forfait journalier (porté de 16 à 18 euros), il augmente en 2011 (2,3 %). Il s'établit à 2,4 % en 2014.

Le reste à charge des **soins de ville** est resté stable aux alentours de 13,8 % de 2006 à 2010. En effet, sa tendance structurelle à la diminution est contrebalancée

par plusieurs mesures : augmentation du plafond de la participation forfaitaire en 2007, passant de 1 à 4 euros par jour ; accroissement de la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins (le taux de remboursement est passé de 70 % à 50 %, puis à 30 % en 2009 pour les soins effectués hors du cadre du parcours coordonné) ; instauration de franchises en 2008 sur les actes des auxiliaires médicaux. En l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages, la part des soins de ville restant à leur charge reprend sa tendance à la baisse depuis 2011 et atteint 12,5 % de la dépense en 2014. Ce recul est accentué par la moindre progression des dépassements d'honoraires de médecins, conjugué à la montée en charge de la ROSP (qui accroît la prise en charge de la Sécurité sociale sur la dépense de soins de ville).

Le reste à charge sur les **médicaments** a augmenté de 2006 (13,6 %) à 2014 (15,9 %). Ceci est notamment dû à l'instauration de la franchise en 2008. Il a également légèrement été impacté par le passage en 2010 de certains médicaments à faible service médical rendu de 35 % à 15 % et le passage en 2011 de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments, même si ces deux mesures ont également pesé sur les organismes complémentaires. Par ailleurs, l'automédication a progressé en début de période (+2,4 % par an en moyenne entre 2006 et 2010), avant de régresser (-1,0 % entre 2011 et 2013) et d'augmenter à nouveau en 2014 (+2,4 %). Elle explique également en partie les évolutions contrastées du reste à charge des ménages sur les médicaments. Enfin, le recul du reste à charge sur les médicaments en 2014 est essentiellement imputable à l'introduction de nouveaux traitements coûteux contre l'hépatite C, entièrement financés par l'Assurance maladie.

Quoique restant élevé en proportion de la dépense, le reste à charge des ménages sur les **autres biens médicaux** diminue. Il passe de 24,9 % en 2006 à 16,9 % en 2014 (graphique C6.2), en raison principalement des facteurs structurels précédemment mentionnés, et ce malgré la baisse des taux de prise en charge de 2011 (passage du taux de remboursement de 65 % à 60 %). Ce recul est accentué par le ralentissement des dépassements par rapport aux bases de remboursement sur plusieurs dispositifs médicaux depuis 2012 (notamment des prothèses).

Après avoir connu un à-coup en 2008 à la suite de l'instauration de franchises sur les transports sanitaires, le reste à charge des ménages sur les **transports**, tend aussi à baisser pour les mêmes raisons. Il revient ainsi de 2,6 % en 2006 à 1,8 % en 2014.

RESTE À CHARGE DES MÉNAGES

Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires.

La modification du niveau du reste à charge par rapport à l'an dernier résulte de révisions des taux moyen de remboursement (utilisation de taux plus détaillés) et des montants au titre des médicaments non remboursables (source LEEM), cf. annexe 2.

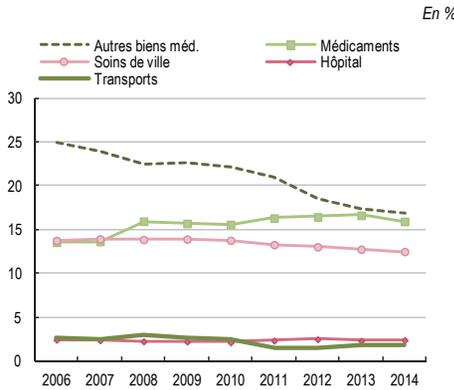
Les données de l'automédication sont fournies par l'Agence française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA).

C6.1 Reste à charge des ménages

	En millions d'euros										% de la
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Ensemble	13 786	14 391	15 324	15 644	15 722	16 193	16 209	16 110	16 175	8,5	
Soins hospitaliers	1 714	1 730	1 698	1 748	1 719	1 924	2 099	2 015	2 121	2,4	
Soins de ville	5 434	5 754	5 884	6 064	6 108	6 105	6 173	6 211	6 242	12,5	
Soins de médecins	2 208	2 361	2 423	2 556	2 435	2 359	2 324	2 305	2 273	11,3	
Soins d'auxiliaires médicaux	698	819	889	907	934	950	1 054	1 099	1 230	8,7	
Soins de dentistes	2 432	2 483	2 467	2 495	2 654	2 723	2 710	2 721	2 670	25,2	
Autres soins et contrats	3	3	5	7	6	1	1	0	4	0,5	
Analyses	92	88	101	100	79	70	84	85	65	1,5	
Médicaments	4 222	4 398	5 258	5 261	5 249	5 550	5 524	5 491	5 404	15,9	
Autres biens médicaux	2 337	2 430	2 385	2 476	2 552	2 557	2 351	2 317	2 328	16,9	
Transports de malades	80	79	99	96	95	58	63	76	79	1,8	

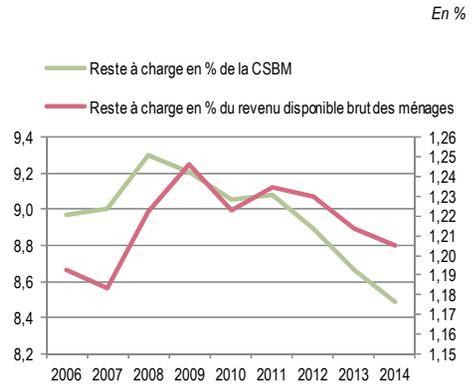
Source : DREES – Comptes de la santé.

C6.2 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Source : DREES – Comptes de la santé.

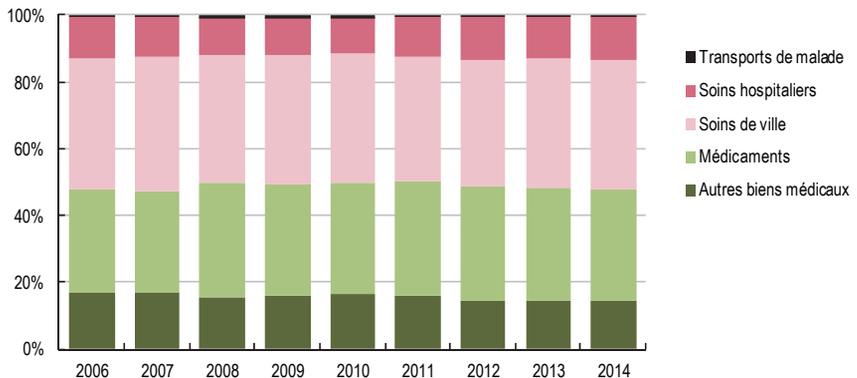
C6.3 Reste à charge des ménages dans la CSBM et dans le RDB des ménages



Note : Le RAC en % de la CSBM se lit sur l'échelle de gauche, le RAC en % du RDB sur l'échelle de droite.

Sources : DREES – Comptes de la santé ; INSEE – comptes nationaux.

C6.4 Évolution de la structure du reste à charge des ménages



Source : DREES – Comptes de la santé.

D. L'articulation de la CSBM avec les principaux agrégats de dépense

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit à 190,6 milliards d'euros en 2014.

Elle est majoritairement constituée de la **dépense remboursée**, qui représente les prestations versées par les organismes de Sécurité sociale (146,0 milliards d'euros, soit 76,6 % de la CSBM) et par l'État (aide médicale d'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière – 0,9 milliard d'euros, soit 0,5 % de la CSBM). Au total, la dépense remboursée s'établit à 146,9 milliards d'euros en 2014 (tableau D1.1).

Le quart restant de la CSBM est pris en charge par les ménages, les organismes complémentaires et les organismes (de base et complémentaires) assurant des remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire. Il peut être subdivisé en trois grands ensembles de dépense :

- **Le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises** représentent 21,0 milliards d'euros en 2014, soit 11,0 % de la CSBM. Ces éléments permettent de passer de la dépense remboursée à la **dépense reconnue**, c'est-à-dire à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires.
- **Les dépassements** sont constitués des dépassements d'honoraires (2,9 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (11,5 milliards). La somme de la dépense reconnue et des dépassements correspond à la **dépense présentée au remboursement**, c'est-à-dire à la consommation de biens et services inscrits aux nomenclatures de l'Assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée. Elle représente 95,7 % de la CSBM.
- **La dépense non présentée au remboursement** comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi de feuilles de soins aux caisses ; la **dépense non remboursable** est principalement constituée de médicaments, de certains soins dentaires (parodontologie, implants), des soins de praticiens non conventionnés ou encore d'ostéopathie... La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (8,2 milliards, soit 4,3 % de la CSBM).

La structure de ces dépenses diffère fortement selon le type de soins considéré (graphique D1.2) :

Les dépenses de soins hospitaliers sont principalement remboursées par l'Assurance maladie et l'État (91,8 % de la consommation – hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM). En établissements de santé, le ticket modérateur et le forfait journalier représentent en moyenne 6,6 % de la consommation ; en revanche, les dépassements sont globalement faibles sur ce poste (1,0 %), de même que la dépense non remboursable ou non présentée (0,6 %).

Le taux global de remboursement de l'Assurance maladie et de l'État atteint 64,1 % de la consommation en 2014 sur les soins de ville au sens des Comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades). Les diverses participations financières représentent 16,3 % de cette consommation. Elles s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée qui représentent respectivement 13,6 % et 6,0 % des dépenses de soins de ville.

Sur le médicament, le taux global de remboursement par la Sécurité sociale et l'État est de 69,3 % en 2014, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent 17,1 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés, représentent au total 13,6 % de la consommation en 2014.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et l'État pour les autres biens médicaux atteint 43,5 % en 2014 : le taux de remboursement est très faible pour l'optique (4,2 %) et nettement plus important pour les autres biens (71,5 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur ce poste (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent la moitié de la consommation.

Enfin, les transports de malades sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'Assurance maladie et l'État : leur taux de remboursement est de 93,2 %. Ce haut niveau de prise en charge s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD), remboursés à 100 %, qui ont recours à ce service.

POUR EN SAVOIR PLUS

Éclairage « Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans les dépenses de santé en France ? »

D1.1 CSBM et dépense remboursée par la Sécurité sociale et l'État en 2014

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (S.S. + État)*	Ticket modérateur forfait journalier, participations forfaitaires, franchises**	Dépense reconnue	Dépassements	Dépense présentée au remboursement	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	CSBM
Soins hospitaliers	81,3	5,9	87,2	0,9	88,1	0,5	88,6
Soins hospitaliers - Sect. public	63,2	5,0	68,3	0,0	68,3	0,0	68,3
Soins hospitaliers - Sect. privé	18,1	0,8	18,9	0,9	19,8	0,5	20,3
Soins de ville	32,0	8,1	40,2	6,8	47,0	3,0	50,0
Soins de médecins	13,5	3,9	17,4	1,9	19,4	0,8	20,1
Soins d'auxiliaires médicaux	11,2	1,9	13,0	0,1	13,1	1,0	14,1
Soins de dentistes	3,5	1,1	4,6	4,8	9,3	1,3	10,6
Autres soins et contrats	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9
Analyses	3,0	1,2	4,2	0,0	4,2	0,0	4,2
Transports de malades	4,1	0,2	4,3	0,0	4,3	0,1	4,4
Médicaments	23,5	5,8	29,3	0,0	29,3	4,6	33,9
Autres biens médicaux ***	6,0	1,0	7,0	6,8	13,8	0,0	13,8
CSBM	146,9	21,0	168,0	14,5	182,5	8,2	190,6

* Sécurité sociale : régimes de base et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG ; pour la CAMIEG, on ne distingue pas la part prise en charge de la dépense reconnue de la part correspondant à la prise en charge de certains dépassements. Les dépenses remboursées par les organismes de base au titre de la CMU-C ne sont pas incluses ici mais dans la colonne suivante.

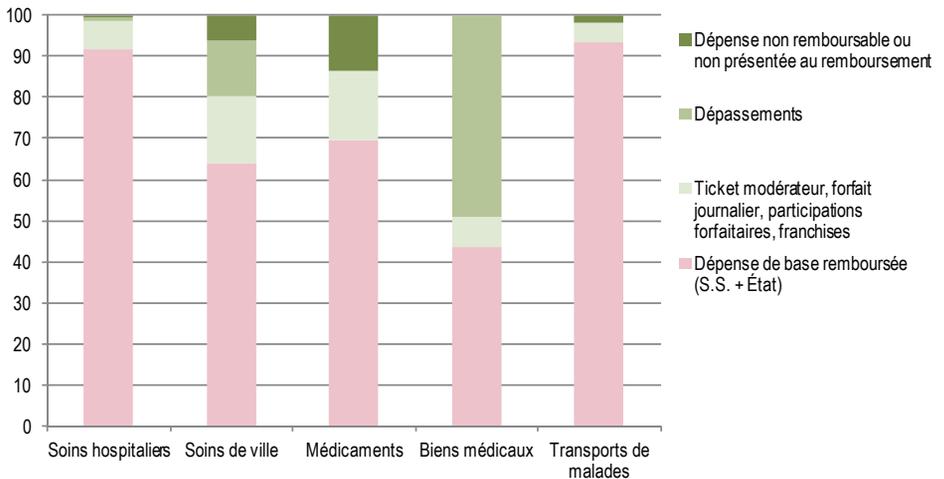
** Y compris remboursements au titre de la CMU-C organismes de base.

*** Pour les « autres biens médicaux », les Comptes de la santé ne retracent que les biens présentés au remboursement.

Source : DREES – Comptes de la santé.

D1.2 Part des différentes composantes de la dépense dans la CSBM selon le type de soins en 2014

En %



Source : DREES – Comptes de la santé.

La CSBM représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci soient financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires ou les ménages eux-mêmes. Elle s'élève à 190,6 milliards d'euros en 2014 (*tableau D1.1*).

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers (hors USLD), y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les analyses médicales et les cures thermales et autres soins et contrats) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie. Depuis 1997, il est déterminé chaque année par le Parlement lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 177,9 milliards en 2014 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2015 (*tableau D1.2*).

Depuis 2014, l'ONDAM est décomposé en sept sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les IJ (hors IJ maternité, SNCF, RATP et Fonction publique), les prestations diverses, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux Fonds d'action conventionnelle (FAC – dont aide à la télétransmission) et les remises conventionnelles ;
- les dépenses en établissements de santé qui regroupent les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- les autres soins en établissement de santé qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les USLD et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes âgées et celles pour personnes handicapées ;

- les autres prises en charge, qui regroupent les soins pour les assurés français à l'étranger, la dotation nationale en faveur du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les autres dotations aux fonds ;
- les dépenses du fonds d'intervention régional (FIR).

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) augmentée de certains postes compris dans la DCS :

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail (hors IJ SNCF et RATP) ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSIAD ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
- des dépenses du FIR non comprises dans la CSBM (FIR autre que FIR soins de ville et hôpital).
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, des dotations aux FIQCS et des autres prises en charge ;

et diminuée :

- des remises conventionnelles sur médicaments (et dispositifs médicaux) versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie, qui diminuent également la DCS ;
- des prestations complémentaires obligatoires du régime Alsace-Moselle et de la CAMIEG, comptabilisées dans les Comptes de la santé avec celles de la Sécurité sociale.

Certains postes de l'ONDAM ne sont pas retracés dans les Comptes de la santé (dépenses d'investissement...) :

- les prises en charge des dotations à des fonds divers (FMESPP, FAC...), qui en sont exclues car considérées comme une dépense d'investissement et non une dépense courante ;
- les dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses.

Par ailleurs, le très faible écart d'évaluation entre la CSBM et l'ONDAM est en grande partie lié à la différence de concept sur l'hôpital public.

Enfin, la DCS inclut en plus de l'ONDAM les dépenses d'indemnités journalières de maternité, de la SNCF et de la RATP, les dépenses de prévention, de formation et de recherche pharmaceutique, ainsi que les coûts de gestion du système de santé. La DCS au sens français s'élève ainsi en 2014 à 256,9 milliards d'euros.

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 de ce rapport.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2014, prévisions 2015, juin 2015.

D2.1 Dépense courante de santé (au sens français)

	En milliards d'euros	
	2014	dont Sécurité sociale au sens des Comptes de la santé (1)
CSBM	190,6	146,1
Soins hospitaliers	88,6	80,7
Secteur public (2)	68,3	62,6
Secteur privé	20,3	18,0
Soins ambulatoires	102,1	65,4
Soins de ville	50,0	31,9
Médicaments	33,9	23,4
Autres biens médicaux	13,8	6,0
Transports de malades	4,4	4,1
Dépense courante de santé (DCS)	256,9	190,1
CSBM	190,6	146,1
Soins de longue durée	19,7	19,7
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	8,8	8,8
Soins aux pers. handicapées en étab.	9,3	9,3
Indemnités journalières (3)	13,3	13,3
Autres dépenses de santé	0,6	0,0
Prévention institutionnelle	5,8	0,7
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	2,4
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,4	2,4
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	0,0
Formation des professionnels de santé	2,0	0,0
Coût de gestion de la santé	14,9	7,2

(1) Y compris prestations complémentaires obligatoires du régime d'Alsace-Moselle et prestations de la CAMIEG.

(2) Y compris le déficit des hôpitaux publics.

(3) IJ des régimes de base, hors Fonction publique (non disponibles).

Source : DREES – Comptes de la santé.

D2.2 ONDAM

	En milliards d'euros
	2014
ONDAM Ville - Hôpital	155,6
Soins hospitaliers	74,8
y. c. FMESPP	0,1
y. c. USLD (1)	1,0
Soins de ville	80,8
y. c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	10,0
y. c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,6
y. c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,1
FIR	3,0
ONDAM médico-social	17,5
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1)	8,5
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	9,0
Autres prises en charge	1,7
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA (1) (3) + autres dotations aux fonds (1)	
ONDAM total	177,9

(1) Dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(2) Hors IJ maternité, IJ SNCF, IJ RATP et IJ fonction publique.

(3) Structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Source : Rapport de la CCSS de juin 2015.

D2.3 Passage de la CSBM à l'ONDAM

	En milliards d'euros
	2014
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	146,1
- Prestations complémentaires obligatoires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,6
Part de la CSBM sur le champ de l'ONDAM	145,5
Postes de l'ONDAM retracés dans la DCS	31,6
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-1,1
+ FIR non compris dans la CSBM (FIR prévention et FIR subvention au système de soins)	0,5
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (Hors IJ maternité, IJ SNCF et RATP)	10,0
+ ONDAM personnes âgées + USLD	9,5
+ ONDAM personnes handicapées	9,0
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,6
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS (2)	1,1
Socle commun de la DCS et de l'ONDAM	177,1
Dépenses de l'ONDAM hors CSBM et hors DCS	0,8
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,2
+ Autres prises en charge non incluses dans la DCS (3)	0,7
+ Prestations diverses	0,0
- Écart d'évaluation	-0,1
ONDAM	177,9

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics.

(2) FIQCS, établissements médico-sociaux hors champ CNSA et autres dotations aux fonds. Les autres dotations aux fonds représentent les dotations au Centre national de gestion, à l'Agence de biomédecine, à la Haute Autorité de santé, à l'EPRUS, à l'ATIH...

(3) Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2015 pour l'ONDAM.

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Il est donc valorisé aux prix fabricants hors taxes.

Le marché pharmaceutique français représente 53,1 milliards d'euros en 2014 (*graphique D3.1*). Au sein de ce marché, les importations représentent 19 milliards d'euros en 2014, soit plus du tiers du marché total.

Les exportations représentent un peu moins de la moitié du marché français (25,0 milliards). Le reste, les ventes en France entière, s'élève à 28,1 milliards d'euros, dont les trois quarts sont destinés aux officines, et un quart aux établissements de santé (*figure D3.2*).

En 2014, le marché des officines représente 20,7 milliards d'euros. Il est constitué à 91 % en valeur de médicaments remboursables et à 9 % de médicaments non remboursables (respectivement 19 et 2 milliards d'euros). Ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est plus bas que le prix public.

Du marché du médicament à la consommation totale

À la différence du marché pharmaceutique, la consommation de médicaments est valorisée au prix public dans les Comptes de la santé. Ce prix inclut notamment la TVA, ainsi que les marges des grossistes répartiteurs et des distributeurs pour les produits délivrés en officine.

La consommation totale de médicaments s'élève en 2014 à 38,5 milliards d'euros TTC, dont 33,9 milliards en ville et environ 4,6 milliards à l'hôpital. Les médicaments rétrocedés, c'est-à-dire délivrés par les pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés, sont comptabilisés avec la consommation en ville. Leur montant a progressé de plus de 50 % en 2014 à la suite de l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, disponibles exclusivement en rétrocession. En ville, les médicaments remboursables représentent 81 % de la consommation, les médicaments non remboursables 11 % et les médicaments rétrocedés 8 %.

De la consommation totale au remboursement de l'Assurance maladie

Si les médicaments rétrocedés sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les médicaments délivrés en officine ne donnent pas nécessairement lieu à un remboursement de l'Assurance maladie.

Les médicaments non remboursables restent intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables acquis sans prescription d'un professionnel de santé (*figure D3.3*).

D'autre part, les assurés et les organismes complémentaires prennent également en charge le ticket modérateur sur les produits remboursables achetés sur ordonnance. Le taux de remboursement de l'Assurance maladie varie en effet entre 15 % et 100 % selon les spécialités. De plus, les achats de médicaments donnent lieu à une franchise qui est à la charge du patient et ne peut être remboursée par les organismes complémentaires. La franchise s'élève à 0,5 euro par boîte de médicament, sous un plafond annuel de 50 euros par patient (plafond commun aux médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires).

Enfin, les médicaments non présentés au remboursement ne peuvent, par définition, être remboursés.

Le montant des dépenses de médicaments remboursées par l'Assurance maladie en soins de ville s'élève ainsi à 23,4 milliards d'euros en 2014, dont 20,5 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 2,9 milliards pour les médicaments rétrocedés. 450 millions d'euros de dépenses sont par ailleurs pris en charge par les pouvoirs publics à des titres divers (CMU-C, aides d'urgence...). Le solde de 10,0 milliards d'euros est laissé à la charge des ménages et des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

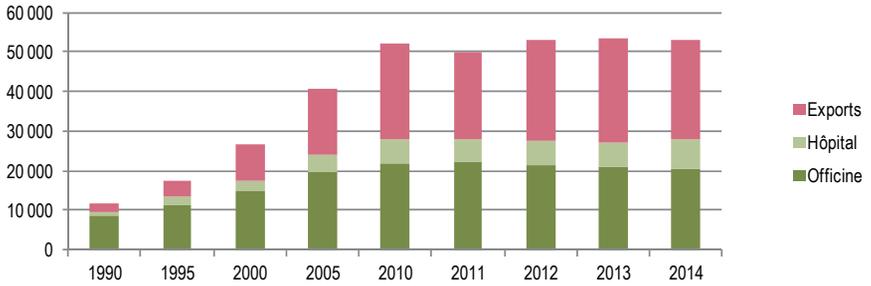
POUR EN SAVOIR PLUS

Bilan économique des entreprises du médicament, LEEM, 2015.

Pilorge C., 2015, « En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit », éclairage dans cet ouvrage.

D3.1 Le marché du médicament en France

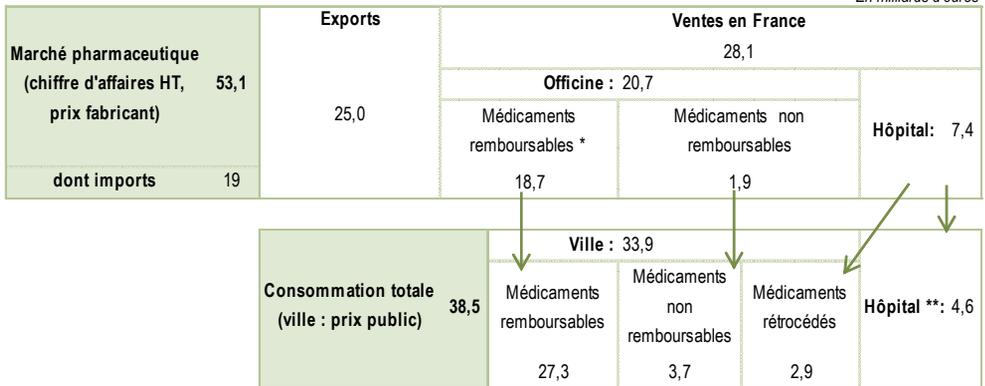
En millions d'euros



Source : LEEM – GERS

D3.2 Du marché pharmaceutique à la consommation totale en 2014 en France

En milliards d'euros



Champ : France entière.

* Dont 0,2 Md€ de médicaments homéopathiques ajoutés aux données du GERS. Ce montant est ajouté ici, contrairement à la fiche A18.

** Approximée à partir du chiffre d'affaires du marché et du montant de la rétrocession hospitalière.

Sources : LEEM – GERS pour le marché pharmaceutique ; calculs DREES – Comptes de la santé pour la consommation.

D3.3 Structure de la consommation de médicaments en ville en 2014

En millions d'euros

Consommation totale de médicaments en ville		33 903
Dépense reconnue	29 306	Autres dépenses de médicaments 4 597
Remboursement de l'assurance maladie (y compris rétrocession)	23 415	Médicaments non remboursables 3 707
Remboursement de l'État et des collectivités locales	92	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés 890
Remboursement de la CMU-C organismes de base	358	
Ticket modérateur, franchises	5 442	sans prescription

Montants restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires après prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire

Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.

E. La dépense de santé en comparaison internationale

Les données présentées dans ce chapitre se rapportent à 2013, dernière année comptable disponible en comparaison internationale. Contrairement à l'édition 2014, ces données sont désormais présentées en base 2010 (et non plus 2005) des Comptes nationaux, ce qui les rend directement comparables aux autres données de ce rapport. Pour la France, l'écart de niveau entre les bases 2005 et 2010 pour la dépense courante de santé est d'environ 700 millions d'euros en 2011.

De même, les comparaisons internationales, auparavant menées sur le PIB en base 2005, sont maintenant effectuées sur le PIB en base 2010, ce qui conduit à une révision à la hausse des niveaux de PIB.

Pour la France, l'ensemble de ces modifications conduit à une révision à la baisse de la part des dépenses de santé dans le PIB de 0,4 point en 2012 et de 0,3 point les années précédentes. En 2013, en Belgique ou aux Pays-Bas, cette révision peut atteindre 0,7 point à la baisse alors qu'elle est de 1,7 point à la hausse en Suède.

La **dépense totale de santé** (DTS) est un agrégat utilisé depuis 2003 pour comparer les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, certains pays de l'OCDE ne comptabilisent pas de dépenses d'investissement dans leur DTS. L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est donc la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi), égale à la DTS hors dépenses en capital.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DCSi progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne des dépenses de santé sur l'ensemble des pays de l'OCDE était de 8,0 % du PIB en 2007. Elle a crû en moyenne d'un point pendant la période 2008-2009 et a légèrement reculé ensuite en 2010 (-0,2 point) pour finalement atteindre 8,7 % en 2013 (graphique E1.2). La progression observée en 2008 et plus encore en 2009 résulte de la contraction du PIB intervenue dans de nombreux pays de l'OCDE à la suite de la crise. En 2010, en revanche, la part du PIB dédiée à la santé a diminué légèrement dans la plupart des pays pour se stabiliser en 2011.

Avec une DCSi représentant 10,9 % du PIB en 2013, la France se place en 6^e position, loin derrière les États-Unis (16,4 %) et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse (11,1 %), de la Suède et de l'Allemagne (11,0 %). Un autre groupe de pays composé du Danemark (10,4 %), du Japon, de la Belgique et du Canada (10,2 %), ainsi que de l'Autriche (10,1 %) suit avec des valeurs sensiblement supérieures à la moyenne des vingt-sept pays présentés (9,3 %).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA) plutôt que la dépense en points de PIB. Pour cet indicateur, la France se situe au 12^e rang parmi les vingt-sept pays comparés, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de ces pays. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique) et au Canada.

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence en raison de la spécificité des différents systèmes de soins qui peuvent conduire à des écarts de comptabilisation. Pour limiter ces effets, une harmonisation des méthodologies a été menée au cours de ces dernières années sous l'égide de l'OCDE. Toutefois, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF).

C'est la raison pour laquelle la DREES présente désormais les comparaisons en retenant le concept de dépense courante de santé au sens international (DCSi). Celle-ci est égale à la dépense totale de santé (DTS), hors dépense en capital. Cela présente l'avantage de neutraliser l'effet de champ : en effet, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas de FBCF dans leur DTS.

L'imbrication des concepts de DTS et DCSi avec les concepts de CSBM et de DCS au sens français est présentée en annexe 1.

DÉFINITIONS

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé ainsi que les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) au sens de l'OCDE : elle est égale à la DTS diminuée des dépenses d'investissement (Formation brute de capital fixe – FBCF).

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer, lors de la conversion, les différences de niveau des prix entre pays.

POUR EN SAVOIR PLUS

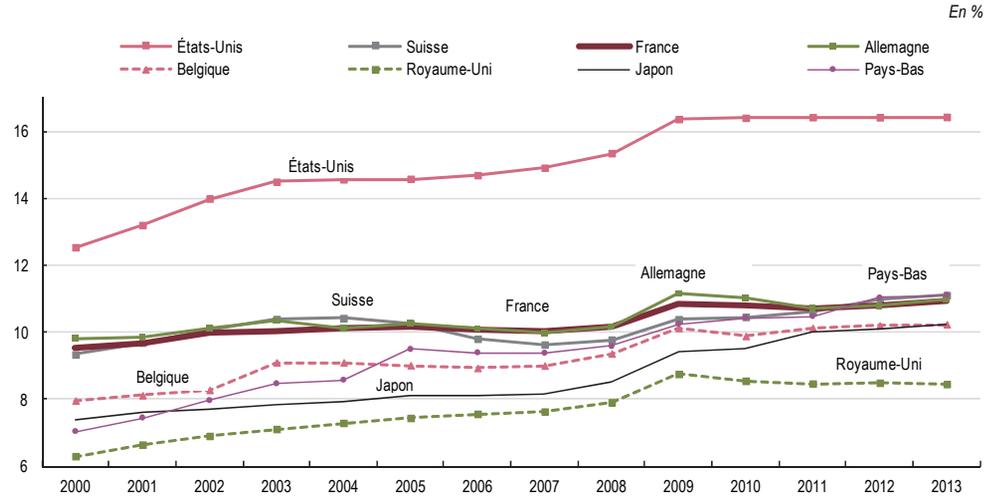
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/els/health-systems/.

Panorama de la santé : Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

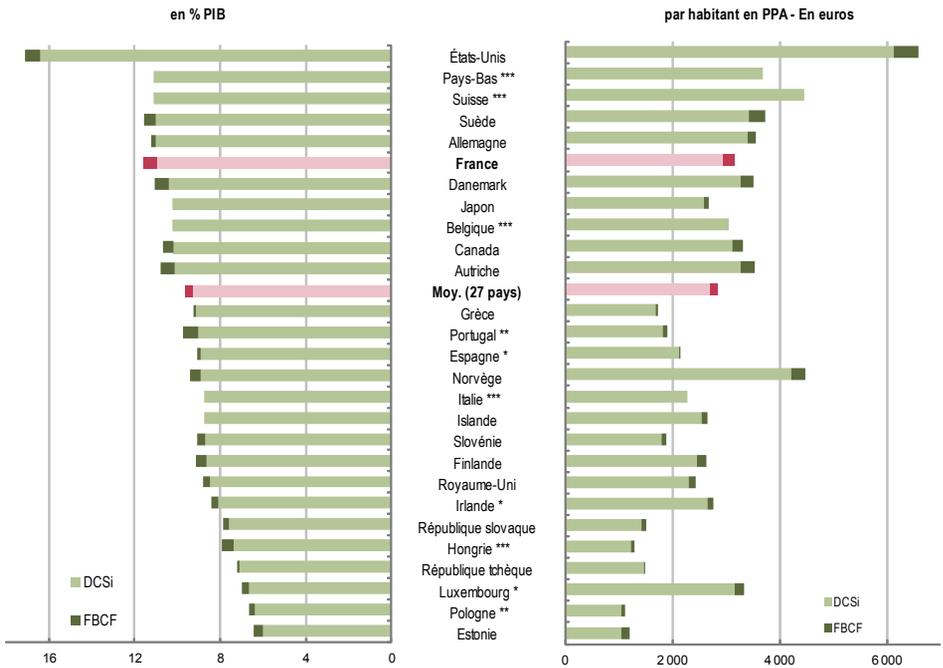
«Written statement to Senate Special Committee on Aging», 30th September 2009, Mark Pearson, OECD. Part de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE dans le PIB.

E1.1 Part de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE dans le PIB



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E1.2 Dépense courante et dépense totale de santé en 2013 au sens international



* Données 2012 ; ** % PIB données 2012 ; *** % PIB données 2011.

Note : Ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé. La dépense totale de santé correspond à la somme de la DCSi et de la FBCF.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Le **reste à charge des ménages**, tel que calculé par l'OCDE, comprend leur participation au coût des soins (franchises...), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux...).

En 2013, dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (*i.e.* les pays européens pour lesquels les données sont disponibles, les États-Unis, le Canada et le Japon), 13,4 % de la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi) sont à la charge des ménages. Par rapport aux autres pays développés, la France est un de ceux où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi) [graphiques E2.1 et E2.2]. Les Pays-Bas, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), la République tchèque, le Royaume-Uni, le Japon et le Luxembourg ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. À l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France. Toutefois, le reste à charge néerlandais (5 %) est à interpréter avec précaution : il serait sous-estimé d'après l'OCDE car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients et plafonnée à 360 euros en 2014 (350 euros en 2013 et 220 euros en 2012).

Les restes à charge sont généralement bien plus élevés en proportion de la DCSi dans les pays d'Europe du Sud. En 2013, ils atteignent 22 % en Espagne et en Italie, 28 % au Portugal et dépassent 30 % en Grèce.

Malgré la crise, le reste à charge est resté relativement stable dans la plupart des pays entre 2007 et 2013 (graphique E2.3). C'est le cas notamment en France, en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas. La relative stabilité entre le début et la fin de période masque en réalité des évolutions différentes avant et après la crise. Les variations sont faibles sur l'ensemble de la période, notamment dans les pays nordiques, en France, au Canada ou en Allemagne. Toutefois, dans les pays du Sud de l'Europe en particulier, la crise a entraîné une réduction de la part des dépenses financée par les ménages entre 2007 et 2009. Ce recul a été compensé par les financements publics. L'immédiat après-crise

s'est traduit par une inversion de la situation avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (**PPA**) est également très différent d'un pays à l'autre. Après les Pays-Bas, sous les réserves mentionnées précédemment, c'est en France qu'il est le plus faible (avec un montant de 208 euros par habitant et par an) et au Royaume-Uni (242 euros).

En moyenne, un habitant des pays d'Europe du Sud s'acquitte de montants correspondant à plus de 2,3 fois les montants payés directement par un Français. C'est en Suisse que ces montants sont les plus élevés : 1 228 euros de dépenses annuelles par habitant, soit plus d'un quart des dépenses courantes de santé.

Les États-Unis, bien que faisant partie des pays dont le reste à charge est le plus faible en proportion de la dépense courante de santé (12,3 %), arrivent en deuxième position pour l'importance de leur reste à charge en valeur absolue (809 euros par habitant et par an), soit près de quatre fois le niveau français. En effet, aux États-Unis, la dépense est atypiquement élevée (du fait surtout d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées, les dépenses publiques représentant moins de 50 % du total.

La proportion des dépenses restant à la charge des ménages est très différente selon la nature des soins concernés. Ce reste à charge représente en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche 29 % pour les dépenses pharmaceutiques, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers (4 %) ou en ville (15 %). L'importance du poste médicament dans le RAC tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus grandes sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France, en 2013, sur le champ de la DCSi, la hiérarchie est la même mais les restes à charge des ménages sont moindres : 17 % pour les dépenses pharmaceutiques, 2 % pour les soins hospitaliers et 10 % pour les soins de ville.

DÉFINITIONS

Reste à charge des ménages (RAC) : montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires.

Dépense courante de santé (DCSi) : voir fiche E1.

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer les différences de niveaux des prix entre pays.

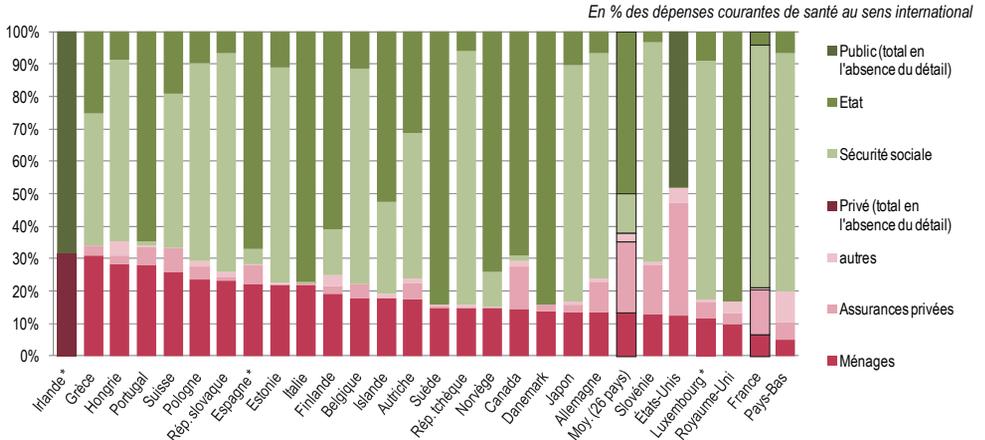
POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/els/health-systems/.

Panorama de la santé : Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

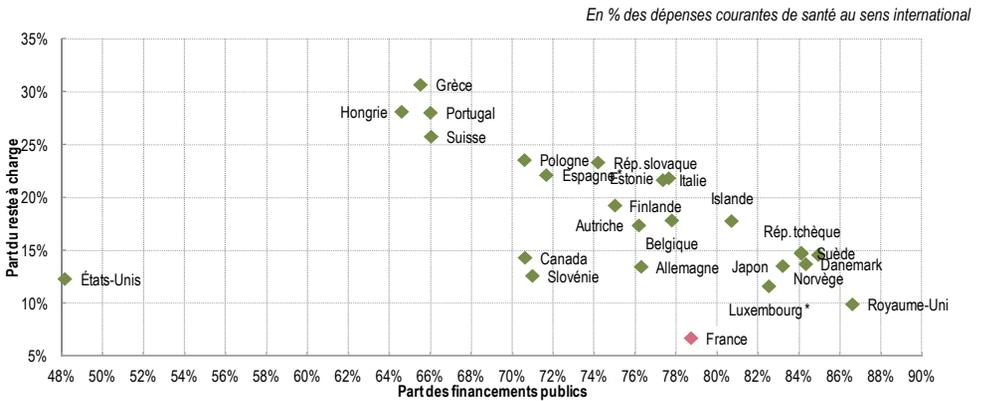
E2.1 Le financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

Note : La moyenne est pondérée par la population des 26 pays (tous les pays présentés à l'exception de l'Irlande pour laquelle le détail n'est pas disponible).
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

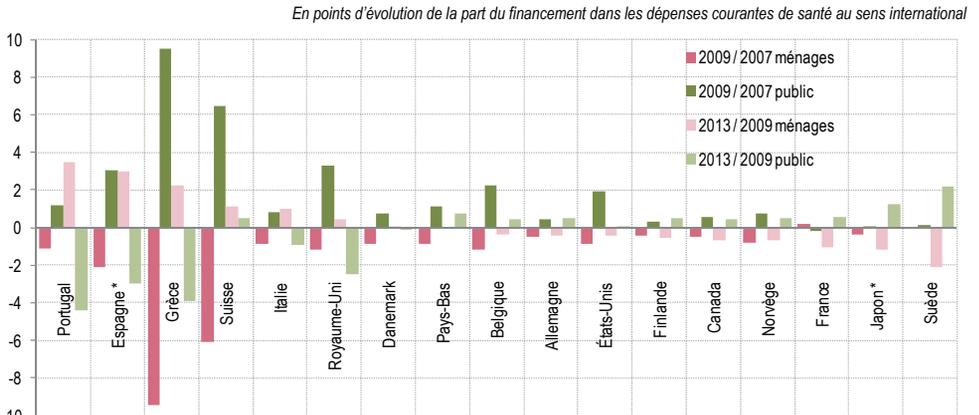
E2.2 Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E2.3 L'évolution 2013-2007 de la part des financements publics et du reste à charge



Note : Toutes les données disponibles ne sont pas présentées dans ce graphique.

* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

En 2013, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 44 % de la consommation de soins et de biens médicaux française, ce qui place la France en 3^e position par rapport aux autres pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (pays européens dont les données sont disponibles, Canada, États-Unis et Japon), derrière les Pays-Bas et la Grèce (*graphique E3.1*).

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : en effet, elles dépendent étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour de l'analyse des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe pour la France à 36 %, ce qui la place en 14^e position sur les 24 pays de l'OCDE comparés dans cette fiche.

Une approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et de biens médicaux (y compris les soins de longue durée) est de 42 % pour la France en 2013. La France se place alors au même niveau que la Suède et à un niveau proche de celui de ses voisins européens à l'exception de l'Allemagne (33 %).

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour sa dotation en équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. En 2013, il s'élève à 3,4 lits pour 1 000 habitants en France, contre 3,7 en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (*graphique E3.2*). La tendance générale est à la

réduction du nombre de lits, en lien avec le développement de nouvelles techniques d'intervention. Ainsi, les progrès technologiques et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire (43 % en France en 2013 sur les 38 gestes marqueurs) et ont diminué le recours à l'hospitalisation qui sont en partie à l'origine de cette réduction du nombre de lits.

Cette tendance à la baisse est également constatée pour le nombre total de lits d'hôpital, y compris ceux pour soins de longue durée, dont le nombre est passé de 8,0 à 6,3 en France pour 1 000 habitants entre 2000 et 2013 et de 5,5 à 4,8 en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Ce recul s'observe dans presque tous les pays de l'OCDE.

La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation dans plusieurs pays. Il atteint en moyenne 77 % dans les pays de l'OCDE, la France se situant un peu en dessous, avec un taux d'occupation des lits d'hôpital de 75 % (de source OCDE).

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier supérieur. En 2013, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,7 jours, contre 6,7 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche. Toutefois, cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France au cours des 13 dernières années alors qu'elle a généralement baissé dans les autres pays de l'OCDE. Elle est passée en moyenne de 7,6 à 6,7 entre 2000 et 2013 (de source OCDE), la diminution étant intervenue essentiellement avant 2010.

ANALYSE DES DÉPENSES DANS SHA (SYSTÈME INTERNATIONAL DES COMPTES DE LA SANTÉ)

Deux approches sont utilisées pour analyser les dépenses :

L'hôpital sous l'angle des soins (nomenclature HC) correspond aux montants totaux dépensés lors d'une hospitalisation : les honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique privée sont alors intégrés dans les dépenses d'hospitalisation privée.

L'hôpital en tant que producteur (nomenclature HP) correspond à l'entité qui assure les soins : les montants des cliniques privées ne comprennent alors que les frais de séjour, et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant (inclus, dans cette approche, dans la production de soins des médecins).

DÉFINITIONS

La consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des Comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation ou soins psychiatriques.

Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sorties le jour même ne sont pas prises en compte.

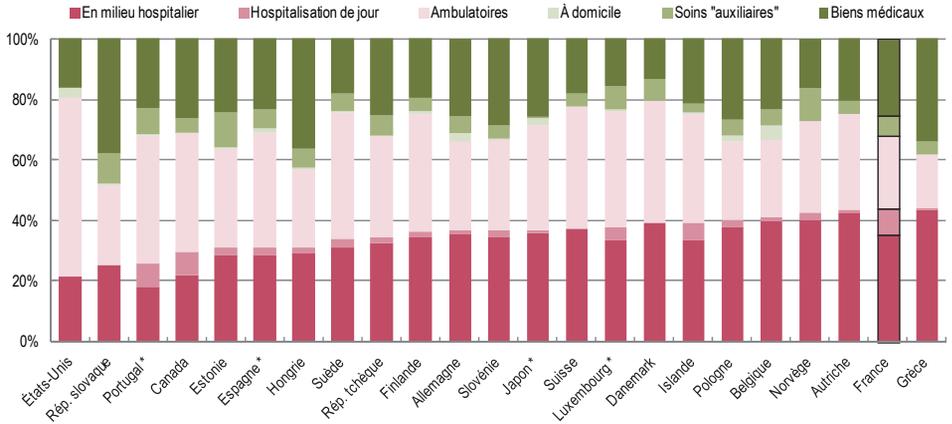
POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

Health at a glance : Europe 2014, OCDE.

Programme de qualité et d'efficacité "maladie" annexé au PLFSS pour 2015, indicateurs n°11, 4-8, 4-9 relatifs à la France.

E3.1 Structure des dépenses courantes de santé par type de soins en 2013



* Données 2012. Données manquantes pour l'Irlande, l'Italie et le Royaume-Uni

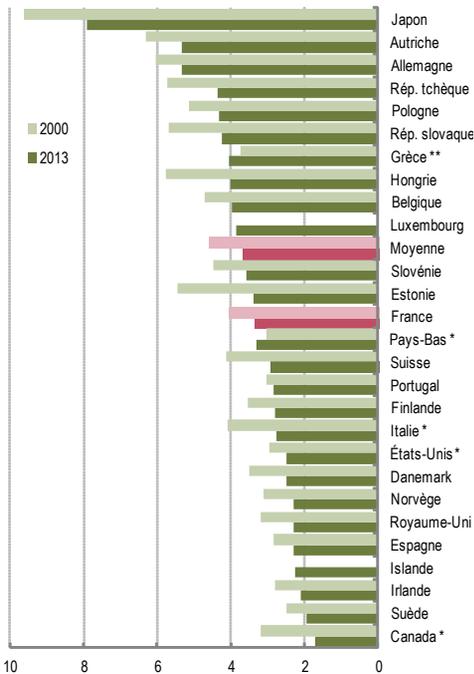
Note : La structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

Lecture : Dans certains pays, la chirurgie ambulatoire est incluse dans les soins ambulatoires. Par conséquent, la proportion d'hospitalisation de jour reflète mal les différences de développement de la chirurgie ambulatoire.

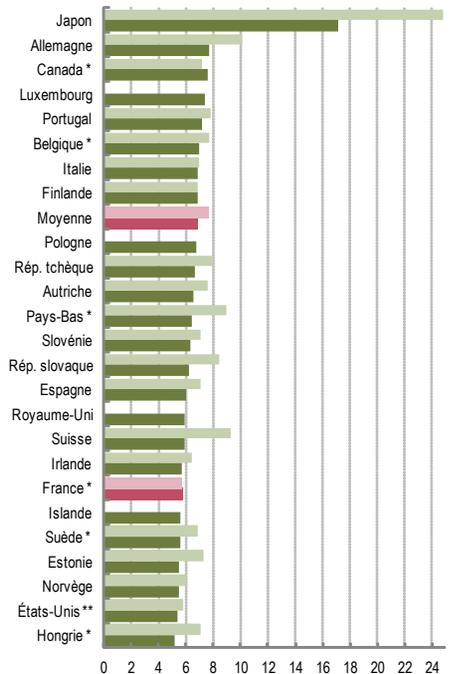
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

E3.2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et en 2013

Nb lits / 1 000 habitants



Durée moyenne de séjour (Nb jours)



* Données 2012 ; ** données 2011.

Note : Les données ne tiennent pas compte de la chirurgie ambulatoire et sont classées par ordre décroissant du positionnement des pays en 2013 sur ces deux dimensions. Pour le nombre de lits, la moyenne est une moyenne sur 27 pays en 2013 et sur 25 pays en 2000, les données du Luxembourg et de l'Islande n'étant pas disponibles pour cette année. De même, pour les durées de séjours, la moyenne est une moyenne sur 25 pays en 2013 et sur 21 pays en 2000, les données du Luxembourg, de la Pologne, du Royaume-Uni et de l'Islande n'étant pas disponibles pour cette année.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E4 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2013, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins en activité** pour 1 000 habitants, est en moyenne de 3,0 au sein des pays de l'OCDE et de 3,1 dans les pays comparés dans cette fiche (pays européens, Canada, États-Unis et Japon). Cette densité est extrêmement variable entre les pays : elle va de 2,4 médecins pour 1 000 habitants au Japon à 6,3 en Grèce (*graphique E4.1*). Elle est sensiblement supérieure à la moyenne dans plusieurs pays européens : 4,2 en Suède et en Italie, 4,4 en Allemagne et 5,0 en Norvège. Avec une densité de 3,3 médecins pour 1 000 habitants, la France se situe au même niveau que la Finlande et les Pays-Bas et légèrement au-dessus de la moyenne des vingt pays comparés.

La densité de médecins a fortement augmenté depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme de croissance plus faible depuis 1990. Ce rythme est devenu en moyenne inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2010 dans la quinzaine de pays européens pour lesquels les données sont disponibles. La croissance a été plus dynamique en Autriche et en Norvège sur cette période. Par contre, la densité n'a que très peu progressé dans les pays qui, comme la France, ont mis en place un *numerus clausus* dans les années 1980-1990 (cf. *fiche A-10*).

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes / généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 2,5 en 2013, avec toutefois une grande hétérogénéité entre les pays (*graphique E4.3*). En France, on compte encore presque autant de généralistes que de spécialistes, comme au Portugal et au Canada. L'Irlande est le seul pays dans lequel les généralistes sont plus nombreux que les spécialistes. Mais dans la plupart des autres pays, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les généralistes. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la

catégorie « autres ». C'est le cas en particulier dans les pays nordiques ainsi qu'en Grèce.

Dans plusieurs pays (Canada, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste. Dans d'autres, comme la Suède, certains professionnels de santé (infirmiers spécialisés par exemple) jouent un rôle important dans les soins primaires, évitant ainsi le recours à un médecin. Ces deux facteurs jouent à la baisse sur le nombre de consultations de médecin par patient.

En 2013, le nombre de consultations annuelles par habitant atteint en moyenne 8,0 au sein de l'OCDE et 8,8 dans les vingt et un pays comparés ici. Cette dernière moyenne recouvre des disparités très importantes (*graphique E4.2*) : moins de trois consultations par habitant et par an en Suède et en Finlande, onze et plus en République slovaque, en République tchèque, en Hongrie ou au Japon. Le nombre de consultations annuelles en France se situe en dessous de la moyenne, avec 6,4 consultations par habitant en 2013, et proche notamment de celui de l'Italie et des Pays-Bas.

Parmi les pays européens, les pays où les médecins sont principalement payés à l'acte (l'Allemagne par exemple) ont souvent des taux de consultation supérieurs à ceux que l'on observe dans les pays où les médecins sont majoritairement salariés (Finlande, Suède).

En 2013, le nombre moyen de consultations par médecin s'élève à environ 3 000 par an au sein de l'OCDE et 2 100 par an parmi les pays comparés. En France, il est inférieur à 2 000 consultations annuelles par médecin. Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays, le nombre de médecins ayant augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

DÉFINITIONS

Nombre de médecins en activité : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les « internes » et les « résidents » (médecins en formation, le second terme est notamment employé aux États-Unis). L'Irlande, la France, la Grèce et les Pays-Bas incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

Généralistes : il s'agit d'omnipraticiens selon la définition française ou de médecins spécialistes de médecine générale selon la définition de l'OCDE : des médecins généralistes, des médecins de soins primaires, des médecins de famille, des internes et des résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays (lorsqu'ils ne figurent pas dans la catégorie « autres »). En France sont exclus les internes, les résidents, les stomatologistes et les dentistes.

Sont exclus les **spécialistes**, à savoir les pédiatres, les gynécologues et les obstétriciens, les médecins spécialistes de médecine interne, les psychiatres, les praticiens cliniques et les « Feldschers ».

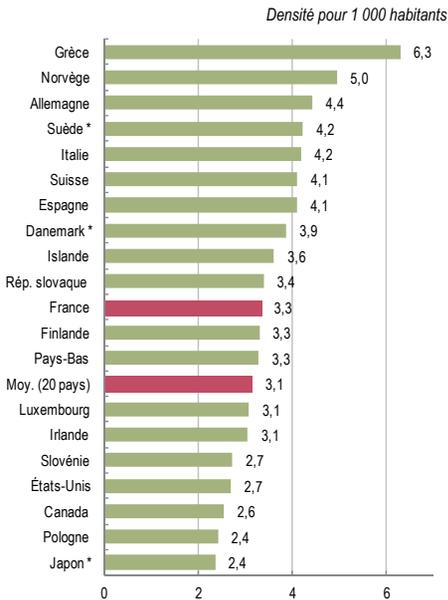
Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages.

POUR EN SAVOIR PLUS

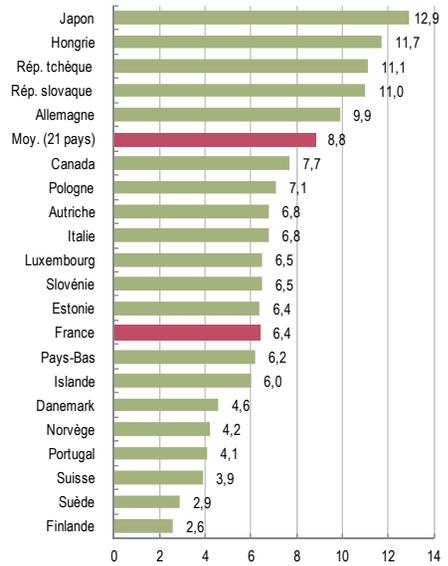
Health at glance – Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

E4.1 Médecins en activité en 2013



E4.2 Nombre de consultations par habitant en 2013



* Données 2012.

Données manquantes pour l'Autriche, la Belgique, la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, le Portugal et le Royaume-Uni

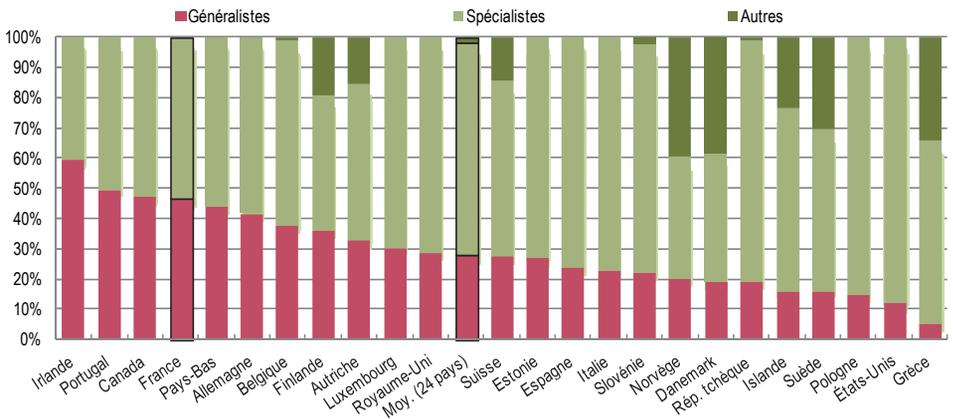
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Données manquantes pour la Belgique, la Grèce, l'Irlande, l'Espagne, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Hors visites des médecins libéraux pour le Portugal.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E4.3 Proportions respectives de médecins généralistes et spécialistes en 2013



Spécialistes : Y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.

Autres : Internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins non classés selon leur spécialité.

Note : La moyenne est pondérée par les effectifs de médecins des 24 pays présentés.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E5 Comparaisons internationales sur les dépenses pharmaceutiques

En 2013, les **dépenses pharmaceutiques** françaises s'élèvent à 469 € par habitant en PPA (dont 449 € de médicaments). Elles sont à présent nettement inférieures à la moyenne des 26 pays comparés (de 572 €, du fait notamment de l'importance des populations des États-Unis et du Japon, premiers consommateurs mondiaux, dans le total) [graphique E5.1]. En revanche, ces dépenses françaises par habitant en PPA dépassent le niveau moyen européen qui est de 265 €. Les dépenses pharmaceutiques françaises par habitant, en euros constants, ont progressivement reculé pour ramener la France du 4^e rang en 2008, derrière les États-Unis, le Canada et le Japon au 8^e rang, également derrière la Grèce, la Suisse, l'Allemagne et l'Irlande en 2013. En 2013, elles sont en recul de 2,1% par rapport à 2012.

Avec 1,7 % de son PIB consacré aux dépenses pharmaceutiques en 2013, la France se situe également au 8^e rang derrière, entre autres, la Grèce (2,8 %) le Japon (2,1 %), les États-Unis (2,0 %) ou le Canada (1,8 %). Elle se situe devant l'Italie et le Portugal (1,6 %) et au-dessus des niveaux moyens mondial et européen, qui coïncident aussi avec celui de l'Allemagne et l'Espagne (dépenses pharmaceutiques de 1,5 % du PIB).

Ces écarts proviennent du fait que les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations concernent les médecins prescripteurs (complément de rémunération en cas de respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des **médicaments génériques** sur celles des médicaments princeps). Ainsi, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) introduite en France en 2012 (cf. *fiches A.7, A.8 et A.17*) comporte, d'une part, des objectifs de prescriptions de médicaments génériques pour les médecins généralistes français et, d'autre part, des objectifs de substitution des princeps par leurs génériques pour les pharmaciens (objectif d'un taux de substitution de 85 % à fin 2013).

Malgré cela, en comparaison internationale, la structure de la consommation pharmaceutique française continue de se distinguer par un poids élevé des produits à la fois récents et coûteux. Elle résulte d'une propension plus importante des prescripteurs français, par rapport à leurs homologues des pays voisins, à prescrire des produits plus coûteux malgré les incitations financières perçues. Ceci explique partiellement la part moins importante

occupée par les génériques sur le marché français en dépit du taux de substitution, à présent très élevé, des princeps par leurs génériques. Un autre facteur non négligeable de cette moindre pénétration des génériques sur le marché français est la définition plus restrictive du répertoire des médicaments génériques retenue en France par rapport à la plupart des pays voisins. En effet, il comporte dans certains pays voisins des molécules telles que le calcium, le magnésium, le paracétamol et, dans une moindre mesure, des biosimilaires avec des règles de substituabilité parfois plus souples.

En termes de volume par habitant, la France est toujours en 2013 l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments (*tableau E5.2*). Mesurée en unités standards (SU), indicateur dont la comparabilité est limitée, la consommation y est 27 % supérieure à la moyenne des huit pays européens comparés. Après un recul en 2011 et une quasi-stabilité en 2012, le volume de médicaments consommés par habitant a augmenté en 2013 en moyenne dans presque tous ces pays. Seuls l'Espagne et les Pays-Bas enregistrent toujours un recul. La maîtrise de la dépense, qui s'est concrétisée par des baisses de prix importantes dans l'ensemble de ces pays, conduit en moyenne à une très faible croissance du chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant (0,4 % en 2013) alors que le volume de médicaments consommés augmente en moyenne plus vite par habitant (+4,2 %). En France, la consommation par habitant est supérieure à celle de ses principaux voisins européens en volume comme en CAHT. Elle est toutefois inférieure de 14 % à celle de l'Allemagne en CAHT bien que supérieure de 21 % en volume. Cet écart s'est creusé au cours des trois dernières années à la suite de l'importance des baisses de prix menées en France.

En termes de structure de financement, en 2013, dans les 26 pays comparés ici, les fonds publics couvrent en moyenne 49 % des dépenses pharmaceutiques (*graphique E5.3*). Les assurances privées n'en prennent en charge que 6 %, laissant 29 % de la dépense à la charge des ménages, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers (4 %) ou ambulatoires (15 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France, en 2013, les financements publics représentent 69 % de la dépense, les financements des complémentaires santé 14 % et le reste à charge des ménages 17 %.

DÉFINITIONS

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication, et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant la même vitesse et la même intensité de l'absorption dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Il peut être commercialisé dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

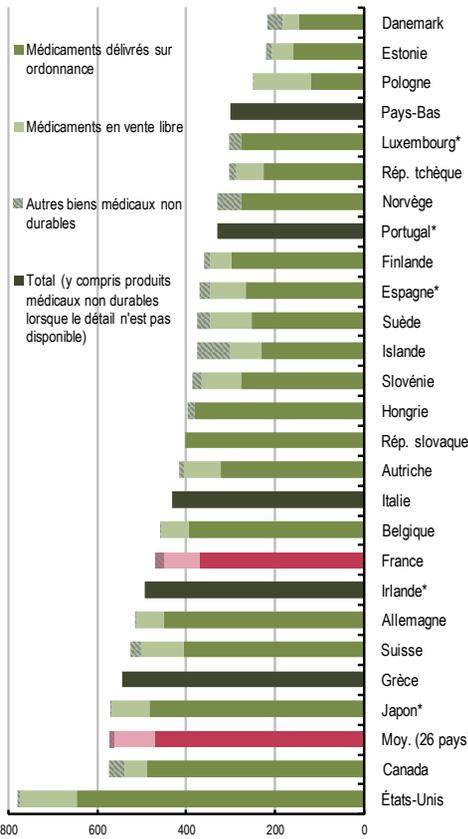
Unités standard (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

POUR EN SAVOIR PLUS

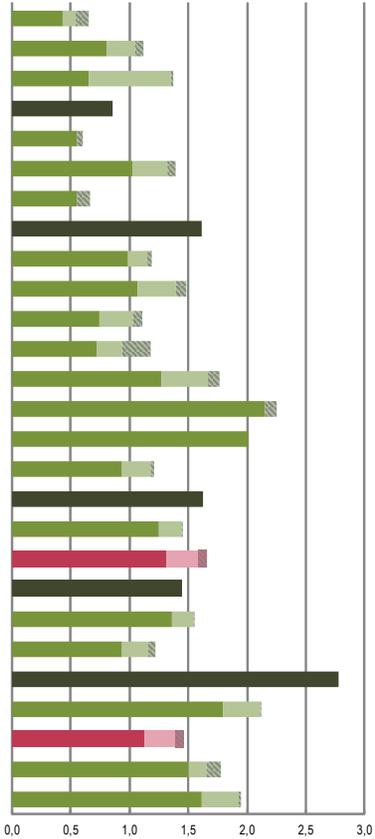
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>. – Health at a Glance: Europe 2014, OCDE.

E5.1 Dépenses pharmaceutiques en 2013

En parité de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



En % de PIB



Note : Les dépenses pharmaceutiques sont la somme des dépenses de médicaments et des dépenses d'autres biens médicaux non durables. Les comparaisons sont effectuées sur 26 pays comprenant les pays européens disponibles ainsi que le Japon, les États-Unis et le Canada.

* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

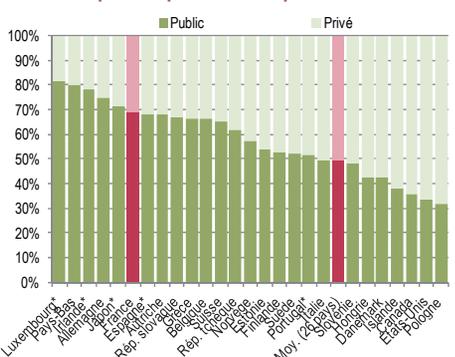
E5.2 Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2013

	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standard	Nb d'unités standard
Ensemble des 8 pays	249	29	40	1 145
Allemagne	364	19	64	1 200
France	315	46	31	1 453
Finlande	269	17	64	1 110
Norvège	195	16	55	896
Espagne	200	28	36	1 011
Italie	180	31	26	795
Pays-Bas	154	17	41	710
Royaume-Uni *	165	26	51	1 340

* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources : DREES – données IMS Health, données MIDAS 2013 ; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 pour la population.

E5.3 Répartition entre financeur public et financeur privé des dépenses pharmaceutiques en 2013



* Données 2012.

Note : Les dépenses pharmaceutiques sont ici la somme des dépenses de médicaments et des dépenses d'autres biens médicaux non durables. Les comparaisons sont effectuées sur 26 pays comprenant les pays européens disponibles ainsi que le Japon, les États-Unis et le Canada. La moyenne est pondérée par les dépenses pharmaceutiques des pays présentés.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Les soins de longue durée (Long-Term Care) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (System of Health Accounts) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées, en longue maladie.

Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long Term Health Care – HC.3) mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long Term Social Care – HCR.1). Ces derniers sont cependant exclus de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE (figure E6.1).

Il est difficile de distinguer dans les Comptes de la santé ce qui relève de l'aide sociale connexe aux personnes âgées dépendantes ou handicapées. Il s'agit, en effet, de pouvoir distinguer, au sein des dépenses de santé et d'action sociale, les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) des aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ, classées en santé (Long Term Health Care – HC.3), correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Les AIVQ, classées en services sociaux connexes à la santé (Long Term Social Care – HCR.1) correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur). L'erreur qui résulte de cette difficulté d'identification peut modifier de 10 % le montant des dépenses de soins de longue durée selon l'OCDE.

En France, dans l'état actuel de l'information statistique, il est impossible d'alimenter de façon exhaustive tant le poste HC.3, qui relève de la santé, que le poste HCR.1, qui relève de l'aide sociale connexe pour les personnes résidant à leur domicile. Cette ventilation des dépenses entre HC.3 et HCR.1 est également complexe pour les personnes hébergées en institution.

Les soins de longue durée en établissements présentés ici sont constitués des soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non – EHPA, EHPAD ;
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des AVQ dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement.

Les dépenses de soins de longue durée à domicile comprennent les soins infirmiers (approximés par les actes infirmiers en ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les actes de kinésithérapie en ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en SSIAD (services de soins infirmiers à domicile – y compris ceux rattachés aux hôpitaux publics) et une estimation des AVQ de l'APA à domicile.

Outre les AIVQ de l'APA, les services sociaux de longue durée sont notamment constitués de l'aide sociale des départements aux personnes âgées et handicapées (frais d'hébergement en établissement), des prestations en établissements et de services d'aide par le travail, de l'action sociale complémentaire, principalement fournie par les caisses de Sécurité sociale (aide ménagère notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

Si l'on inclut les services sociaux connexes, les dépenses de soins de longue durée en France s'élèvent ainsi à 41,0 milliards d'euros en 2013, en hausse de 3,3 % par rapport à 2012 (tableau E6.2). L'évolution 2013 est portée par celle des dépenses de soins à domicile aux personnes âgées qui augmentent de 7,8 %, comme en 2012, et qui contribuent pour 33 % à l'évolution de la dépense totale de soins de longue durée.

Si on les exclut (avec les limites présentées), la part des dépenses totales de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé varierait de 4 % à 29 % en 2013 selon les pays (11,9 % pour la France) [graphique E6.3]. Elle serait souvent plus élevée dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Suède, Norvège, Pays-Bas) et particulièrement faible dans les pays d'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne).

POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

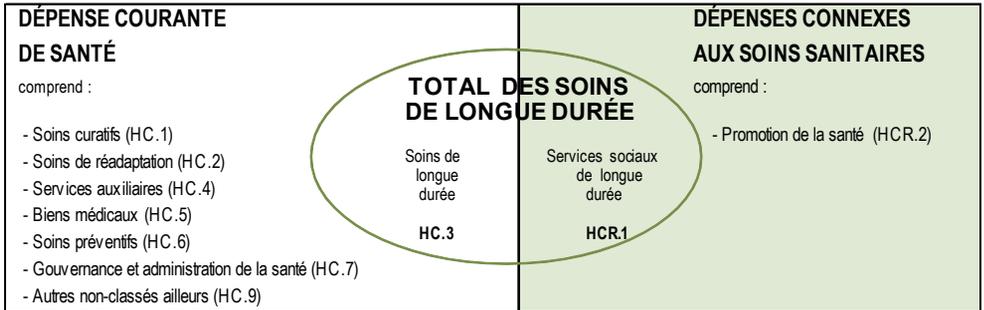
Panorama de la santé 2013, chapitre 8, « Vieillesse et soins de longue durée », OCDE, décembre 2013.

A system of Health Accounts – 2011 edition, OCDE, 2011.

E6.1 Nomenclature des dépenses de soins de longue durée

HC.3	Soins de longue durée (Long-Term Health Care)
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée en mode ambulatoire
HC.3.4	Soins de longue durée à domicile
HCR.1	Services sociaux de longue durée (Long Term Social Care)
HCR.1.1	Services sociaux de longue durée en nature
HCR.1.2	Services sociaux de longue durée en espèces

Sources: OCDE, SHA 2011 - A system of Health Accounts.



E6.2 Dépenses de soins de longue durée en France en 2013

En millions d'euros

	HP.1 - Hôpitaux		HP.2 - Établiss. résid. de soins de longue durée		HP.3 - Ambulatoire		Autres (HP.7, HP.8)*	Total
	HP.1.1	HP.1.2	HP.2.1	HP.2.2	HP.3.3	HP.3.5		
HC.3.1 SLD en établissements	2 943		15 447					18 390
- USLD, EHPA, EHPAD	2 943		5 652					8 595
- APA en établissement pour AVQ			741					741
- Établissements pour pers. handicapées			9 054					9 054
HC.3.4 SLD à domicile	150				4 581	4 255		8 986
- Soins à domicile aux personnes âgées	150				4 581	1 388		6 119
- APA à domicile pour AVQ						972		972
- Pers. hand. et pers. âgées (ACTP + PCH)						1 895		1 895
HCR.1 Services sociaux de longue durée			8 158			3 286	2 205	13 649
- Aide sociale aux personnes âgées			2 162			1 006	247	3 415
- APA pour AVQ			1 482			2 268		3 750
- Aide sociale aux personnes handicapées			4 514			12	1 958	6 484
Total	3 093		23 605		4 581	7 541	2 205	41 025

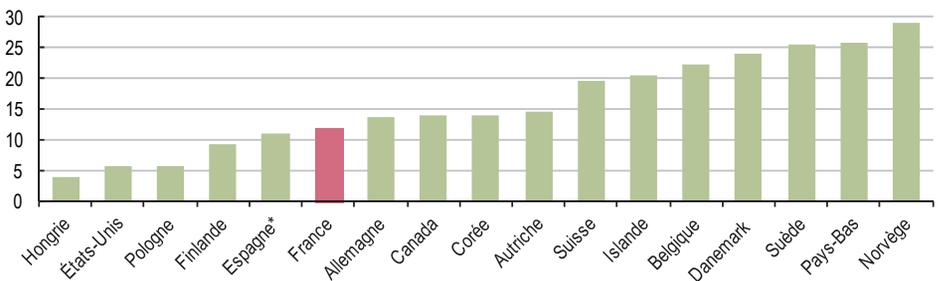
La nomenclature HP est la nomenclature des prestataires de SHA 2011.

* Administration de la santé, reste de l'économie.

Sources : DREES – Comptes de la santé base 2010, Comptes de la protection sociale pour SHA 2011.

E6.3 Part de la dépense de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé en 2013

En %



* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Les éventuelles difficultés d'accès aux soins au sein des pays de l'Union européenne (UE) peuvent être appréhendées à travers des indicateurs fournis par l'enquête **SILC / SRCV**. Ces indicateurs permettent en effet de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen médicaux ou de traitements dentaires pour plusieurs motifs (coût, délai d'attente, éloignement...).

Les comparaisons des besoins de soins non satisfaits entre pays doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier d'un pays à l'autre. En outre, il s'agit de « déclarations » de personnes interrogées sur leurs éventuelles insatisfactions, qui peuvent être influencées par leur sexe, par des facteurs socioculturels ou des réactions à des débats nationaux sur les politiques de santé (cf. « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité et Santé, n° 66).

En 2013, 93 % des personnes de l'UE 28 déclarent ne pas avoir eu de besoins non satisfaits de soins médicaux. Le taux de renoncement aux soins médicaux est donc de 7 % (*graphique E7.1*). Il est proche de la moyenne en France et en Allemagne (6 %) comme en Italie (8 %).

Les taux de renoncement aux soins médicaux sont élevés en Grèce et en Suède (respectivement 11 % et 14 %). Le cas de la Suède est particulier car 6 % des Suédois interrogés déclarent préférer attendre et voir si le problème de santé se résout de lui-même contre 1 % en France et en moyenne dans l'Union européenne (UE 28). Les taux de renoncement déclarés sont en revanche plus faibles au Royaume-Uni (3 %) et aux Pays-Bas (2 %).

Tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût se situe en France au niveau de la moyenne européenne (environ 2 %). Il en va de même lorsque le motif du renoncement à un soin médical est une liste d'attente trop longue (1 % en France et dans l'UE 28). Il n'y aurait quasiment pas de besoin de soin non satisfait pour cause d'éloignement en France et, en moyenne, dans l'Union européenne (proche de 0 %).

S'agissant des soins dentaires, le taux de renoncement au sein de l'Union européenne (UE 28) est en moyenne

un peu plus important que pour les soins médicaux (8 % pour les soins dentaires contre 7 % pour les soins médicaux en 2013). Les écarts sont plus prononcés par pays sur ce poste, avec un taux de renoncement aux soins dentaires plus élevé en France (10 %) et en Italie (11 %) et plus faible aux Pays-Bas (3 %), en Allemagne (4 %) et au Royaume-Uni (5 %).

Le coût des soins est identifié comme un motif important du renoncement aux soins dentaires. En France et en moyenne au sein de l'UE 28, 5 % des personnes interrogées déclarent renoncer aux soins en raison de leur coût. En Grèce, en Italie et surtout au Portugal, ces proportions sont nettement plus élevées avec respectivement 8 %, 10 % et 14 %.

Le *graphique E7.2* présente le taux de renoncement aux soins pour trois motifs (coût, temps d'attente et éloignement) pour les 20 % de la population les plus riches et les 20 % les plus pauvres. En moyenne dans l'Union européenne à 28, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 5 % pour les personnes à plus bas revenus (premier quintile) tandis qu'il n'est que de 1 % pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (cinquième quintile).

Au sein du premier quintile de revenus, les écarts de renoncement en raison du coût des soins sont marqués par pays : inférieur à 1 % au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, ce taux atteint 5 % en France et dépasse 13 % en Grèce et en Italie.

Si l'on considère le statut d'activité (*graphique E7.3*), ce sont les chômeurs qui ont le plus de besoins non satisfaits, et ce en France (13 %) comme dans l'ensemble de l'UE (11 %). En revanche, les retraités français sont nettement moins nombreux (4 %) à déclarer renoncer à des soins médicaux que la moyenne des retraités européens (7 %). Les retraités aux Pays-Bas ont un taux de renoncement notablement faible, de moins de 2 %.

DÉFINITIONS

SILC : (Statistics on Income and Living Conditions) ou **SRCV** (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Base de données « SILC 2004-2013 » d'Eurostat, consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

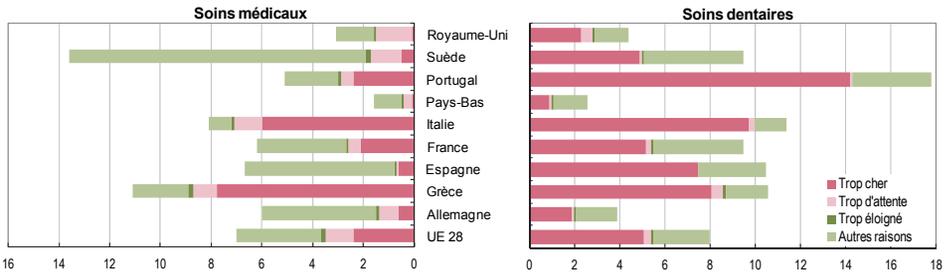
« Panorama de la santé : Europe 2014 », OCDE, décembre 2014.

« Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011.

« Renoncement aux soins pour raisons financières », DREES, Dossiers Solidarité et Santé n° 66, Juillet 2015.

E7.1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2013

En %

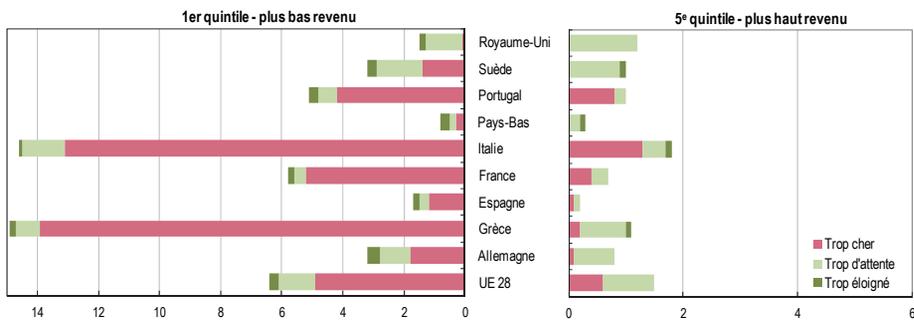


Note : La catégorie « autres raisons » est utilisée lorsque la personne interrogée déclare renoncer aux soins par manque de temps, parce qu'elle ne connaît pas un bon docteur, par « peur du médecin », parce qu'elle préfère attendre et voir si le problème se résout de lui-même, ou pour d'autres motifs.

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

E7.2 Besoins non satisfaits de soins médicaux, par motif et en fonction du revenu en 2013

En %



Note : Ne sont repris ici que les trois motifs liés à l'accessibilité (coût, éloignement, attente), et non les autres motifs (manque de temps, peur du médecin, attentisme, non-connaissance d'un « bon » médecin et autres raisons). Pour le cinquième quintile, les Pays-Bas et la Suède ne renseignent pas le motif « Trop cher » tandis que la France, l'Allemagne et le Portugal ne renseignent pas le motif « Trop éloigné ».

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

E7.3 Besoins non satisfaits de soins médicaux, par statut d'activité en 2013

En %

Motif de renoncement		Statut d'activité				Ensemble de la population
		Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Trop cher	UE 28	1,5	5,2	2,9	3,0	2,4
	France	1,9	6,6	1,4	2,5	2,1
Trop d'attente	UE 28	1,0	0,9	1,3	1,1	1,1
	France	0,6	0,4	0,3	0,2	0,5
Autres motifs	UE 28	3,7	4,6	3,1	2,8	2,9
	France	4,3	6,2	2,1	2,9	2,9
Pas de besoin non satisfait	UE 28	93,8	89,3	92,7	93,1	93,6
	France	93,2	86,8	96,2	94,4	94,5

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

DOSSIERS

Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ?

Myriam Mikou, Romain Roussel¹ (DREES)

Que signifie mesurer la part de l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans la dépense de santé ? Plusieurs notions de dépenses de santé cohabitent dans le débat public (au sens des comptes de la Sécurité sociale, de l'ONDAM, des Comptes de la santé ou encore de l'OCDE) et la réponse à cette question dépend du contexte considéré.

Retenir une notion plutôt qu'une autre n'est pas neutre sur la valeur de la part de la dépense de santé prise en charge par l'assurance maladie. Sur le seul champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des Comptes de la santé, cette valeur s'établit à 76,6 % au global en 2014, mais est augmentée de 10 points sous d'autres concepts de dépense. À un niveau de nomenclature plus fin, la part de l'AMO varie très fortement d'un poste de dépense à l'autre, d'un peu moins d'un tiers pour les soins dentaires à plus de 90 % pour les soins hospitaliers et les transports sanitaires.

Si la part de l'assurance maladie obligatoire apparaît globalement très stable depuis 2006, l'évolution est un peu plus chahutée par poste de dépense. Cela tient à la fois à des effets de structure affectant les soins et les biens médicaux et aux mesures de régulation prises sur la période. L'exemple du poste médicament montre qu'un suivi efficace de la part de l'assurance maladie dans la dépense ne peut valablement s'effectuer que *via* une batterie d'indicateurs, qui sont par nature plus ou moins sensibles à ces différents phénomènes.

¹ Les auteurs remercient Marion Bouvet et Hélène Soual.

La question de la part que représente l'assurance maladie dans la dépense de santé d'un pays est régulièrement évoquée, que ce soit dans les débats nationaux ou encore dans une optique internationale de comparaison des systèmes, sous différents angles (qualité et accessibilité des soins, coût et efficience de leur organisation...).

En France, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), est notamment réaffirmé le fait que « le rôle et la place de l'assurance maladie obligatoire (AMO) seront consolidés. En particulier, la diminution progressive du niveau de remboursement par l'AMO que nous connaissons depuis dix ans sera enrayerée² ». Suivre cet engagement suppose de surmonter au préalable les questions méthodologiques complexes et diverses que poserait le calcul d'un ou de plusieurs indicateurs de mesure de la part de la dépense de santé couverte par l'assurance maladie. Ces questions portent à la fois sur la nature des indicateurs qui pourraient être proposés, sur le champ qu'ils seraient susceptibles de couvrir ainsi que sur leur méthode de calcul, pour éviter tout biais et être disponibles en routine sur une base annuelle.

Le présent article vise à expliciter la part des principaux financeurs du système de soins français – au premier rang desquels, l'assurance maladie obligatoire – selon la notion de dépense retenue et à rendre compte de l'influence des concepts et du degré de détail retenus, sur les résultats de la mesure.

La part de l'AMO se définit différemment selon la notion de dépense de santé considérée...

Que signifie mesurer la part de l'assurance maladie obligatoire dans la dépense de santé ? Qu'appelle-t-on exactement dépense de santé ? La réponse à ces questions n'est pas nécessairement la même selon l'optique retenue.

Plusieurs notions de dépenses de santé cohabitent dans le débat public et s'imposent comme des références dans leur contexte. Parmi les plus courantes, figurent celles :

– au sens des comptes de la Sécurité sociale, il s'agit des dépenses remboursées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, établies sur la base des comptes des régimes, qui utilisent le plan comptable unique des organismes de Sécurité sociale (PCUOSS) ;

– au sens de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), suivi annuellement par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il s'agit d'une partie importante – mais non de la totalité – des dépenses des régimes de base de la branche maladie de la Sécurité sociale complétée, pour une part plus marginale, des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ces dépenses sont, là encore, exprimées sous la norme du PCUOSS – cf. *encadré 1*) ;

– au sens des Comptes de la santé, produits par la DREES en tant que compte satellite des comptes nationaux de l'INSEE, suivant une nomenclature et une méthodologie compatibles avec les concepts de la comptabilité nationale, à partir de différentes sources, dont les comptes des organismes de Sécurité sociale. Cette approche retrace la globalité de la dépense, quels que soient ses financeurs, et non les seules consommations prises en charge par l'assurance maladie. Dans le cas du concept central qu'est la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), seules sont prises en compte les dépenses pour perturbation temporaire de l'état de santé tandis que la dépense courante de santé (DCS) au sens français constitue un agrégat plus englobant (voir précisions en *encadré 1*) ;

– au sens de l'OCDE et d'Eurostat, produits par la DREES pour ce qui est de la France, dans le cadre du système harmonisé international SHA (System of Health Accounts) suivant une nomenclature et un périmètre dérivés de ceux des Comptes de la santé et uniformisés au niveau international (voir *encadré 2 ou schéma 1*).

² Source : « SNS – ce qu'il faut retenir », 2013.

ENCADRÉ 1 : DE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) À LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)

L'ONDAM comptabilise les seules dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale tandis que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche CSBM est donc plus large puisqu'elle comprend également les dépenses de soins prises en charge par les organismes complémentaires, par l'État et par les ménages.

Les postes de dépense pris en compte dans l'approche CSBM sont, en revanche, moins nombreux. La CSBM ne porte que sur les dépenses de soins et de biens médicaux qui correspondent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle exclut donc les dépenses de santé du secteur médico-social (ONDAM médico-social) ainsi que diverses dotations ou prestations en espèces. Elle correspond, en outre, aux dépenses effectuées sur le territoire national par les ressortissants des régimes français de Sécurité sociale et exclut donc également les soins des ressortissants français à l'étranger.

Plus précisément, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM qui est financée par les caisses de Sécurité sociale majorée :

- des indemnités journalières au titre des risques maladie et accidents du travail ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé ;
- des soins aux personnes âgées effectués en établissement (USLD, EHPA, EHPAD) ou à domicile (SSIAD) ;
- des soins aux personnes handicapées délivrés en établissement ;
- des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger ;
- des dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA (qui comprennent notamment les dépenses des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique) ;
- de dotations de l'assurance maladie à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC, FIR...).

Les postes constituant l'ONDAM listés ci-dessus sont toutefois quasiment tous retracés au sein de la dépense courante de santé au sens français (DCS, cf. fiche B1), hormis les dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA, les prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger et les dotations à certains fonds. Par ailleurs, la DCS inclut de nombreux postes de dépenses qui ne figurent pas dans l'ONDAM : les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

La nomenclature de la CSBM est déterminée par une optique de « lieu d'exécution des soins » ou encore par la nomenclature HC (Health Care) du système des comptes internationaux de la santé (System of Health Accounts – SHA). Cette optique, qui s'inscrit dans une logique descriptive de l'organisation du système de soins, diffère de celle qui sous-tend la construction de l'ONDAM, qui relève d'une logique de pilotage financier de l'assurance maladie.

Ces deux approches conduisent en toute logique à des différences dans les imputations qui sont faites des différents postes de dépense. À titre d'illustration, les honoraires des médecins libéraux perçus en établissements privés sont comptabilisés en soins hospitaliers dans la CSBM, alors qu'ils sont retracés en soins de ville pour l'ONDAM, d'où des écarts non négligeables sur le champ des dépenses hospitalières, comme illustré dans la fiche D2 du présent rapport.

ENCADRÉ 2 : LE PASSAGE DES CONCEPTS FRANÇAIS À LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ ET À LA DÉPENSE TOTALE DE SANTÉ AU SENS DE L'OCDE ET D'EUROSTAT

Dans les Comptes de la santé, les principaux concepts de référence sont ceux de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de dépense courante de santé (DCS) au sens français dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages.

La CSBM (190,6 milliards d'euros en 2014) comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optiques, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte par définition que les consommations de soins et de biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé et effectuées sur le territoire national. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La DCS au sens français (256,9 milliards d'euros en 2014) inclut l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les différents financeurs du système de santé. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées en établissement (y compris les USLD, c'est-à-dire les unités de soins de longue durée du secteur hospitalier), les services de soins à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

La dépense totale de santé (DTS, 244,7 milliards d'euros en 2013, dernière année publiée) est un concept commun utilisé jusque récemment par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. Pour la France, il est calculé par la DREES à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance (les services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne – AVQ : se lever, se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, etc.).

Le concept de DTS n'apparaît pas comme le plus pertinent pour comparer les coûts de gestion relatifs des systèmes de santé des différents pays. En effet, malgré l'harmonisation des méthodologies intervenue au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays de l'OCDE à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à l'investissement dans le système de soins (ou FBCF, pour formation brute de capital fixe). Aussi, pour les comparaisons entre pays de l'OCDE, le concept de dépense courante de santé au sens international (DCSi - 231,4 milliards d'euros en 2013, dernière année publiée), calculé en retirant de la DTS les dépenses d'investissement, tend-il désormais à s'imposer au niveau international.

Outre les différences en termes de champ, ces notions se différencient également, du fait de leur nomenclature propre : dans certains cas, c'est la nature du producteur des soins qui prévaut pour la comptabilisation des soins, dans d'autres, il s'agit du lieu d'exécution de ces soins (cf. fin d'encadré 1).

Dès lors, le fait de retenir un concept plutôt qu'un autre n'est pas neutre en termes de valeurs de la part de la dépense totale de soins prise en charge par l'assurance maladie. Sous les deux premiers concepts, la part de l'assurance maladie représente la totalité de la dépense suivie, ce qui est effectivement le but recherché s'agissant d'une optique de régulation. Dans d'autres optiques, comme l'évaluation de la production de soins sur le territoire national ou encore la comparaison des dépenses de santé entre pays de l'OCDE, ce sont les concepts de CSBM et de DCS qui doivent prévaloir.

La part de l'assurance maladie obligatoire dans la dépense est également dépendante d'autres facteurs qui, à concept donné, sont liés plus spécifiquement au périmètre exact retenu pour la dépense de soins. Ainsi, se fonder par exemple sur le concept de dépense sous-jacent à la CSBM (c'est-à-dire la consommation totale de soins) signifie-t-il qu'il faille *de facto* se caler sur son panier de biens *stricto sensu* ? Plusieurs champs potentiels d'extension du périmètre de la dépense au-delà de la CSBM pourraient être proposés, même si ceux-ci semblent devoir être écartés :

– *les indemnités journalières (IJ)* : versées en cas d'arrêts de travail, s'il s'agit bien de prestations servies par l'assurance maladie (pour ce qui est des régimes de base obligatoires), celles-ci ne relèvent pas du soin à proprement parler mais d'une logique de maintien de salaire, donc de revenu. Aussi apparaît-il très discutable d'agréger la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie à ce titre à celle de la dépense de soins *stricto sensu*. En outre, pour des raisons de comparabilité internationale de l'indicateur, celui-ci ne peut pas comporter les IJ, qui sont par définition exclues du concept standard qu'est la DCS au sens international ;

– *les chambres particulières à l'hôpital* : ces dépenses, qui participent fortement à l'accroissement des frais des patients en établissements de santé, ne sont pas comptabilisées dans les « restes à charge » en santé, car elles ne relèvent pas du champ des Comptes de la santé. Il s'agit de prestations d'hébergement et non de dépenses de soins à proprement parler. Par ailleurs, ces dépenses sont mal mesurées rendant ainsi problématique leur évaluation et le suivi de leur ventilation par financeur ;

– les formes traditionnelles de médecine telles que l'acupuncture, les médecines dites douces, etc. : ces dépenses sont parfois prises en charge par les organismes complémentaires et font l'objet de demande de reconnaissance par certains pays membres ou partenaires de l'OCDE (la Chine notamment) dans le cadre de SHA. Toutefois, celles-ci n'étant pas reconnues en France par la Sécurité sociale et ne figurant pas non plus, de ce fait, dans le champ des Comptes de la santé, il est proposé de ne pas les retenir à ce stade (d'autant qu'il n'existe pas de système de remontées statistiques ou comptables sur ces champs) ;

– le traitement des perturbations permanentes ou de longue durée de l'état de santé : incluses dans les notions de DCS et de DTS, il s'agit des dépenses au titre des unités de soins de longue durée, entièrement prises en charge par l'assurance maladie, et de celles relevant du secteur médico-social (forfaits soins en établissements médico-sociaux).

Leur inclusion, qui conduirait à afficher une part plus élevée de l'assurance maladie dans le total de la dépense³, permettrait certes de mieux correspondre au périmètre global de l'ONDAM. Toutefois, il s'agirait là d'un artefact, seuls les frais pris en charge par l'assurance maladie étant de fait retracés dans les Comptes de santé. De surcroît, en cas de prise en compte des frais d'hébergement ou de dépendance restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires (forfaits journaliers en USLD, tarifs hébergement et dépendance en EHPAD...), la notion de « reste à charge » qui en résulterait ne serait pas homogène avec celle présentée sur les autres postes de dépense (notamment en « soins de ville », où cette notion ne recouvre que du soin *stricto sensu*) ; aussi est-il proposé de l'écarter.

Pour les raisons évoquées, les valeurs des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire présentées dans la suite de l'article sont toutes calculées sur le champ de la CSBM des Comptes de la santé.

La part de l'AMO dépend du concept exact et du degré d'agrégation retenus pour l'examen de cette dépense

Sur le champ de la CSBM, la part de l'assurance maladie fluctue de 10 points en fonction du concept de dépense de santé considéré

L'ensemble des concepts dérivés des Comptes de la santé (CSBM, DCS – au sens français et international – et DTS) se fondent sur le plus large des concepts de dépense présentés au schéma 1 : la consommation totale. La consommation totale inclut à la fois des estimations de la dépense non présentée au remboursement (par exemple, les feuilles de soins non retournées à l'assurance maladie par les malades) et de la dépense non remboursable (comme les médicaments non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire) ou encore les dépassements d'honoraires.

Le passage de la dépense remboursée à la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM), tel que figuré au schéma 1, s'effectue en plusieurs étapes :

– la dépense remboursée correspond à la prestation versée par les organismes de Sécurité sociale, c'est-à-dire celle prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

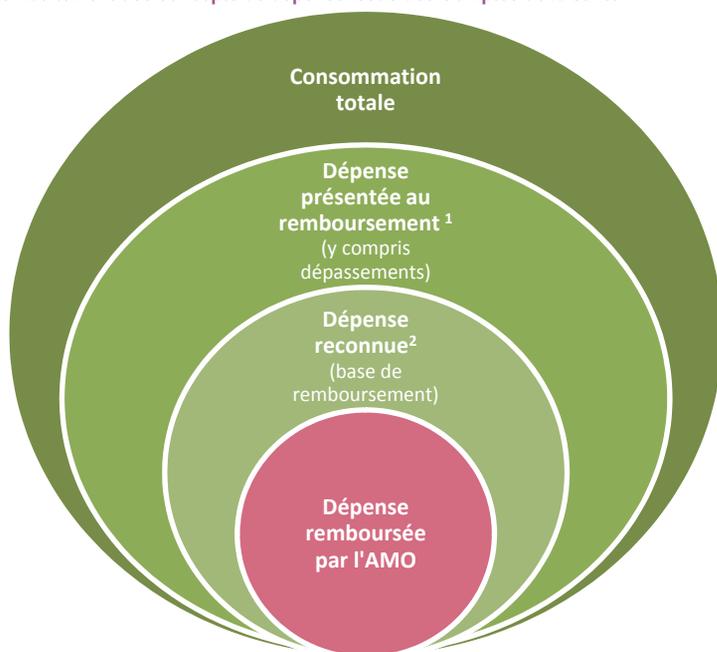
– la dépense reconnue s'obtient en y ajoutant le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires, les franchises ainsi que les financements de l'État à divers titres (aide médicale de l'État – AME –, soins urgents et soins des anciens combattants). Elle est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires de l'assurance maladie ;

– la dépense remboursable présentée au remboursement (aussi appelée dépense présentée ou dépense totale remboursable) est calculée en ajoutant à la dépense reconnue les dépassements d'honoraires ou de tarif. Elle correspond à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée ;

– la consommation totale, qui correspond à la CSBM, représente le concept de dépense le plus englobant puisqu'il comprend la dépense remboursable (y compris la dépense non présentée au remboursement) et la dépense non remboursable. La dépense non présentée au remboursement comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi de justificatifs aux caisses ; la dépense non remboursable est principalement constituée par les soins des médecins non conventionnés, les soins hors nomenclature (implants dentaires, ostéopathie...) et les médicaments non remboursables.

³ Du fait que seules sont susceptibles d'être retracées les dépenses de l'assurance maladie sur les champs des USLD et de l'ONDAM médico-social, les taux moyens de prise en charge par l'AMO sur un champ englobant la CSBM et le médico-social ressortiraient à des niveaux globaux supérieurs d'environ 2 points.

Schéma 1 – L’emboîtement des concepts de dépense issus des Comptes de la santé



Note : En rouge, figure un concept de dépense susceptible de constituer le numérateur d'un ratio de prise en charge de la dépense de santé par l'assurance maladie obligatoire tandis qu'en vert figurent les concepts de dépense pouvant en constituer le dénominateur.

(1) : Cette dépense, remboursable, présentée au remboursement, est aussi appelée dépense totale (dans les statistiques de la CNAMTS par exemple). Elle inclut notamment les dépassements d'honoraires des professionnels de santé et le différentiel entre prix réel et base de remboursement de la Sécurité sociale pour les biens médicaux. Cette dépense correspond à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée.

(2) : La dépense reconnue est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires. En sus de la dépense remboursée par l'assurance maladie, elle inclut le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales.

Sources : DREES / SEEE.

Sur le périmètre de dépense de la CSBM *stricto sensu* peuvent ainsi être calculées trois valeurs alternatives pour le taux global de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie, en fonction du concept de dépense retenu.

Plus précisément, l'indicateur global de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie vaudrait en 2014 :

- 87,0 % sous le concept de dépense reconnue ;
- 80,1 % sous le concept de dépense présentée au remboursement ;
- 76,6 % sous le concept de dépense totale.

Sur le seul champ de la CSBM, considérée au niveau global, le choix du concept de dépense influence donc de 10 points la valeur du ratio pour une année et une base comptable données. Pour mémoire, le troisième de ces indicateurs est habituellement présenté et commenté dans le cadre des Comptes de la santé et repris dans le Programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie » annexé au PLFSS⁴.

4 Voir ligne « régimes obligatoires d'assurance maladie » de l'indicateur n°1-2-1 de la partie « objectifs / résultats » du PQE « maladie » du PLFSS pour 2015, intitulé « Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques ».

Plus en détail, la part de l'assurance maladie obligatoire – et symétriquement, celles des autres financeurs du système de santé – est très variable selon le type de soins ou de biens médicaux considérés

À concept de dépense donné, la part de l'AMO dans la dépense est très variable d'un poste de dépense à l'autre. Le concept retenu ici est celui de la consommation totale, c'est-à-dire celui employé dans les Comptes de la santé pour le calcul de la CSBM. Il reflète en effet la consommation réelle de soins et de biens de santé des ménages et non une fraction de celle-ci.

Sur ce champ, le taux moyen de 76,6 %, qui est la part de la CSBM prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, recouvre des valeurs moyennes très différentes selon le type de dépense considéré : cette part varie de 32,5 % pour les soins dentaires en ambulatoire à 93,0 % pour les transports sanitaires de malades, soit un écart de plus de 60 points (tableau 1). Plus le niveau de nomenclature présenté est fin, plus les variations par champ de dépense sont importantes. À titre d'illustration, le taux moyen de prise en charge par l'AMO relatif aux soins de ville varie de 32,5 % à 79,0 % selon le sous-champ de dépense considéré.

Tableau 1 – Part de l'AMO et des autres financeurs de la CSBM, par grand poste de dépense, en 2014

En %

	AMO	AMC	Ménages	Autres (État...)	Total CSBM
Soins hospitaliers	91,1	5,3	2,4	1,3	100
Soins de ville	63,9	21,7	12,5	1,9	100
Médecins en ambulatoire	66,9	19,9	11,3	1,9	100
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	11,4	8,7	0,9	100
Dentistes en ambulatoire	32,5	38,8	25,2	3,5	100
Analyses en ambulatoire	70,8	25,6	1,5	2,1	100
Transports de malades	93,0	4,3	1,8	0,9	100
Biens médicaux	61,6	21,0	16,2	1,2	100
Médicaments	69,1	13,7	15,9	1,3	100
Autres biens médicaux	43,3	38,9	16,9	0,9	100
CSBM	76,6	13,5	8,5	1,4	100

Note: Le poste noté ici « auxiliaires » comprend les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...). Les sages-femmes sont regroupées par convention avec les médecins. S'agissant des financeurs, la catégorie « Autres » regroupe les dépenses de l'État (au titre notamment des anciens combattants, de l'aide médicale d'État et des soins d'urgence aux personnes en situation irrégulière) et celles de la CMU-C des organismes de base (prestations au titre de la CMU-C versées aux bénéficiaires de cette aide qui ont choisi un régime de base pour leur affiliation).

Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Par symétrie, les taux de prise en charge de la dépense par les financeurs autres que l'AMO (assurance maladie complémentaire – AMC, État et organismes de base gérant la CMU-C), d'une part, et par les ménages – c'est-à-dire le reste à charge en santé –, d'autre part, varient selon le type de soins considéré.

Alors que la part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la CSBM atteint au global 13,5 % en 2014, celle-ci est aussi fortement différenciée selon le type de soins considéré : elle varie de 4,3 % pour les transports sanitaires à 38,9 % pour les autres biens médicaux. Sur le champ des soins de ville, premier poste de dépenses des OC, le taux de prise en charge par ces organismes atteint 21,7 % en 2014.

De même, le reste à charge des ménages représente au global 8,5 % de la CSBM en 2014, mais varie de 1,5 % pour les analyses à 25,2 % pour les dentistes.

Les dépenses totales de soins hospitaliers sont prises en charge à 91,1 % par l'AMO, à 5,3 % par l'AMC et enfin à 2,4 % par les ménages. En revanche, pour les soins dentaires, la prise en charge par l'AMC devance celle de l'AMO avec 38,8 % des dépenses prises en charge, contre 32,5 % pour l'AMO.

Au-delà de ces différences, la répartition de la dépense par type de soins est très contrastée d'un financeur du système de soins à l'autre, comme illustré au tableau 2 : sur l'ensemble des dépenses de la CSBM prises en charge par l'AMO, 55,2 % relèvent des soins hospitaliers, 21,9 % des soins de ville, 20,1 % des biens médicaux et 2,8 % des transports de malades.

Tableau 2 – Structure de la CSBM et de la dépense de chacun de ses principaux financeurs par grand poste, en 2014

	AMO	AMC	Ménages	Dépense totale
Soins hospitaliers	55,2	17,9	13,1	46,5
Soins de ville	21,9	42,3	38,6	26,2
Médecins en ambulatoire	9,2	15,6	14,1	10,6
Auxiliaires en ambulatoire	7,6	6,4	7,6	7,4
Dentistes en ambulatoire	2,4	16,0	16,5	5,6
Analyses en ambulatoire	2,1	4,2	0,4	2,2
Transports de malades	2,8	0,7	0,5	2,3
Biens médicaux	20,1	39,1	47,8	25,0
Médicaments	16,0	18,1	33,4	17,8
Autres biens médicaux	4,1	21,0	14,4	7,2
CSBM	100	100	100	100

En %

Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Premier constat : le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour ces trois acteurs du système. Pour l'AMO, il s'agit des soins hospitaliers, qu'elle prend en charge à 55,2 % en 2014, alors que pour l'AMC, le premier poste de dépenses est constitué des soins de ville (42,3 %) ; pour les ménages, il s'agit de celui des biens médicaux (47,8 %), qui comprend pour l'essentiel leurs dépenses de médicaments (remboursables ou non, y compris les franchises médicales et les tickets modérateurs acquittés) et de dispositifs médicaux, ces derniers pouvant dans de nombreux cas être facturés à des montants supérieurs aux tarifs opposables.

S'agissant des soins hospitaliers, si les parts respectives des organismes complémentaires et des ménages sont bien inférieures au poids de ces soins dans la dépense totale (46,5 %) au niveau global, les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁵ ont montré qu'en raison des règles de participation aux frais de soins à l'hôpital, les sommes reportées sur les ménages et les OC sont très contrastées. Dans la plupart des situations, le reste à charge des patients après intervention de l'assurance maladie de base est nul ou très faible, mais il peut dans de rares cas atteindre des niveaux extrêmement élevés (supérieur à 3 250 euros dans 1 % des cas en 2009, avant intervention des organismes complémentaires).

Enfin, il est notable de constater que les soins dentaires représentent, tant pour les organismes complémentaires que pour les ménages, une part de leur budget santé près de trois fois supérieure (respectivement 16,0 % et 16,5 % de leurs dépenses de santé) à la part que les soins dentaires occupent dans la CSBM (5,6 %). Cette situation s'explique essentiellement par le faible niveau de remboursement par l'AMO des soins prothétiques, les soins dentaires ne représentant au global que 2,4 % des dépenses de l'assurance maladie sur le champ de la CSBM (y compris les remboursements au titre des soins conservateurs, non susceptibles de dépassement).

Aussi, la structure de prise en charge des soins de ville apparaît-elle au final très différenciée par financeur : les soins dentaires ne représentent pour l'AMO qu'un peu plus du quart des montants remboursés au titre des soins de médecine ambulatoire (2,4 % contre 9,2 % en 2014) alors qu'ils en représentent une part supérieure tant pour l'AMC (16,0 % contre 15,6 %) que pour les ménages (16,5 % contre 14,1 %).

La dynamique de la part de l'AMO dans le total de la dépense et les facteurs susceptibles de l'influencer

Les Comptes nationaux élaborés par l'INSEE font l'objet, tous les cinq ans, d'un changement de base, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, sont donc également révisés périodiquement. Les différentes corrections opérées dans ce cadre ont non seulement un impact sur le niveau et sur l'évolution de la dépense globale de santé mais également sur la répartition du financement de la CSBM entre les différents agents économiques.

Ainsi, les indicateurs de prise en charge de la dépense par type de financeurs peuvent-ils être affectés à la fois en niveau et en évolution par les changements de base comptable. L'analyse de ces taux doit donc être effectuée à base comptable constante. À l'heure actuelle, les Comptes de la santé sont présentés selon les concepts de la « base

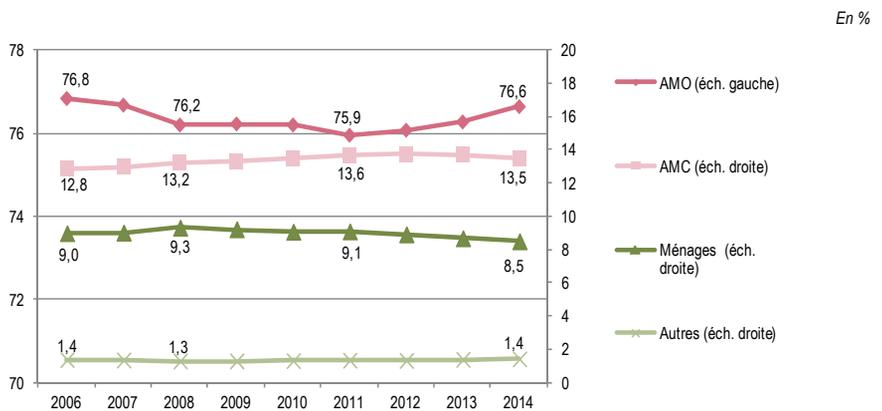
⁵ Voir le rapport 2013 du HCAAM qui étudie le reste à charge des patients hospitalisés en 2010 dans les secteurs hospitaliers public et privé.

2005 » pour la période allant de 1950 à 2012 et en « base 2010 » pour les années 2006 à 2014. Afin d'éviter les effets induits par cette rupture de série, l'analyse en évolution menée ici porte donc à ce stade sur la période 2006-2014. Les éléments d'analyse pourront être établis avec une profondeur historique plus grande une fois que les Comptes de la santé auront été rétroplés en « base 2010 ».

La part de l'assurance maladie obligatoire dans la CSBM résulte d'une multitude de facteurs, qui ne peuvent être convenablement appréciés qu'à un niveau de dépense désagrégé

Les Comptes de la santé présentent généralement la part des différents financeurs de la CSBM au niveau global (cf. graphique 1). À ce niveau d'agrégation, les parts de l'AMO, de l'AMC et des ménages apparaissent relativement stables depuis 2006. Mais cela masque des phénomènes de fond qui affectent la structure de la dépense (progression des effectifs de personnes en affection de longue durée, déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés...) et des mesures diverses portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation prises notamment en PLFSS, inscription au remboursement de nouveaux actes et traitements innovants, etc.).

Graphique 1 – Structure globale de prise en charge de la CSBM par financeur depuis 2006



Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Pour mieux comprendre ces évolutions est détaillée la part de l'AMO au sein des principaux postes de la CSBM (cf. tableau 3) : en 2014, l'AMO prend en charge 91,1 % des soins hospitaliers, en 2006, elle prenait en charge 92,0 % de ce poste.

Tableau 3 – Part de l'AMO depuis 2006 au sein des principaux postes de la CSBM

	En %									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Soins hospitaliers	92,0	91,8	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	
Hôpitaux du secteur public	92,5	92,4	92,4	92,3	92,1	91,8	91,7	91,7	91,8	
Hôpitaux du secteur privé	90,3	89,8	90,0	90,1	89,5	89,3	89,1	89,1	88,8	
Soins de ville	63,4	63,3	62,8	62,6	62,6	62,6	63,0	63,4	63,9	
Médecins en ambulatoire	67,0	67,0	66,4	65,8	66,1	66,1	66,2	66,4	66,9	
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	79,0	78,5	78,8	79,1	79,1	79,2	79,3	79,0	
Dentistes en ambulatoire	35,7	35,2	34,4	33,9	33,1	32,7	32,3	32,1	32,5	
Analyses en ambulatoire	73,5	72,4	70,8	70,8	70,9	70,7	70,7	70,9	70,8	
Autres soins et contrats	98,7	98,5	98,1	97,6	98,1	99,5	99,8	99,9	99,5	
Transports de malades	92,7	92,7	91,9	92,1	92,0	93,0	93,1	92,9	93,0	
Biens médicaux	62,3	62,4	61,0	60,8	61,0	60,6	60,5	60,5	61,6	
Médicaments	68,5	68,6	66,8	66,9	67,4	67,3	67,5	67,7	69,1	
Autres biens médicaux	41,7	42,5	43,1	42,0	42,3	41,8	42,0	42,6	43,3	
CSBM	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6	

Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

S'agissant des dépenses hospitalières, la légère érosion de la part de l'assurance maladie obligatoire constatée en 2010 (-0,3 point) découle de la hausse du forfait journalier hospitalier⁶, passé au 1^{er} janvier 2010 de 16 à 18 euros par jour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Depuis, la part prise en charge par l'AMO a continué de baisser légèrement sur ce poste, principalement du fait de l'activité et de la tarification des cliniques privées, celle-ci étant marquée notamment par une progression des dépassements d'honoraires facturés (les dépassements d'honoraires en cliniques sont passés de 3,6 % des dépenses totales au titre des cliniques en 2006 à 4,5 % en 2014).

Sur le champ des soins de ville, l'évolution globale de la part de l'assurance maladie obligatoire sur la période 2006-2014 forme un V avec un « point bas » à 62,6 % de 2009 à 2011. Les principales composantes de cette dépense (les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux), qui représentent pour l'assurance maladie les trois quarts environ de la dépense de soins de ville en 2014, suivent la même évolution. En revanche, la part des soins dentaires est en baisse pratiquement chaque année de 2006 à 2014.

Plus en détail sur différents sous-postes :

– pour ce qui est des dépenses de médecins, l'impact de l'instauration de la participation forfaitaire de 1 euro, qui date du 1^{er} janvier 2005, n'est pas visible sur cette série car son impact était déjà comptabilisé en année pleine sur 2005. En revanche, la légère baisse de la part prise en charge par l'AMO sur ce poste en 2008-2009 peut s'interpréter comme les effets de la montée en charge et du durcissement du parcours de soins : depuis le 31 janvier 2009, le ticket modérateur applicable en dehors du parcours de soins est majoré de 20 points et atteint désormais 70 %. Depuis 2010, le taux de remboursement des consultations médicales par l'AMO tend plutôt à augmenter à un rythme régulier à la suite notamment de la revalorisation du tarif de la consultation intervenue en 2011 et d'une meilleure maîtrise de la croissance des dépassements d'honoraires⁷ : il atteint 66,9 % en 2014 contre 66,1 % en 2010 ;

– pour ce qui est des auxiliaires médicaux, le taux de prise en charge par l'assurance maladie a connu également un creux en 2008 (-0,5 point, à 78,5 %) à la suite de l'instauration des franchises médicales de 0,5 euro par acte⁸. Depuis, ce taux est lentement remonté, à un niveau similaire à celui qui prévalait avant l'instauration de cette franchise (79,0 % en 2014, comme en 2007). Une analyse plus fine encore, profession par profession, serait nécessaire pour expliciter cette tendance ;

– s'agissant des soins dentaires, la baisse sensible et régulière du taux de prise en charge par l'assurance maladie (de 35,7 % en 2006 à 32,1 % en 2013) s'explique notamment par la croissance régulière des dépassements d'honoraires des chirurgiens dentistes, qui dépassent en moyenne d'au moins 50 % les bases de remboursement depuis 2009 et atteignent 53,2 % en 2013. Cela traduit notamment la hausse du coût des soins prothétiques, moins bien pris en charge par l'AMO que les soins conservateurs, et le développement des actes hors nomenclature dentaire⁹. Le taux de prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie est toutefois légèrement remonté en 2014, à 32,5 %, sous l'effet des revalorisations tarifaires de 2013-2014¹⁰ qui ont été suivies d'un léger recul des dépassements d'honoraires (redescendus à 52,8 % des bases de remboursement en 2014) ;

– s'agissant des analyses en laboratoire, la tendance à la baisse va au-delà de l'effet du relèvement de la participation forfaitaire de 1 euro intervenu en 2007 (-1,1 point cette année-là), puisque le taux de remboursement par l'AMO a en tout diminué de 2,7 points de 2006 à 2014. La comparaison est toutefois rendue complexe par les évolutions sous-jacentes de la nature des actes composant ce poste sur la période considérée. La nature des actes réalisés aurait évolué sous l'effet des progrès de la médecine en biologie, mais aussi en réponse aux politiques actives de baisses différenciées de cotations d'actes de biologie menées régulièrement par l'assurance maladie dans le cadre des mesures PLFSS sous-tendant la construction de l'ONDAM.

Au-delà des soins de ville *stricto sensu*, trois autres postes des soins ambulatoires appellent également des commentaires quant à l'évolution de la part de l'assurance maladie obligatoire : il s'agit des transports sanitaires, des autres biens médicaux et des médicaments.

6 Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire à la charge des patients hospitalisés. Son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers (alimentation par exemple) et des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements... Tous les établissements de santé, publics et privés, sont concernés par ce forfait, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Il s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie (son montant est plus faible dans cette discipline : 13,5 euros).

7 En lien notamment avec l'instauration de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Toutefois, la ROSP n'est pas directement comptabilisée dans cette rubrique mais dans celle relative aux « autres soins et contrats », en quasi-totalité financée par l'AMO.

8 Ce montant est doublement plafonné par patient : à 2 euros par jour et à 50 euros par an (le plafond annuel s'applique globalement aux actes d'auxiliaires médicaux, de transport et au médicament). Par ailleurs, à l'instar de la participation de 1 euro pour consultation médicale, plusieurs catégories de patients sont exonérées du paiement de cette participation (mineurs, bénéficiaires de la CMU-C – et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) depuis 2015 –, de l'assurance maternité, pensionnés militaires d'invalidité...).

9 Ceux-ci sont entièrement à la charge des patients et de leur complémentaire santé éventuelle. L'estimation du coût de ces actes est toutefois fragile, compte tenu de l'insuffisance des systèmes d'information dans ce domaine.

10 Notamment la revalorisation des soins conservateurs et la rénovation de la CCAM dentaire (classification commune des actes médicaux) en juin 2014.

La part des transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie apparaît globalement stable entre 2006 et 2014, à près de 93,0 % (valeur atteinte en 2014). Toutefois, l'instauration de la franchise¹¹ a eu un effet notable en 2008 (-0,8 point de prise en charge par l'AMO, plus encore que pour les auxiliaires médicaux) et une remontée de 1 point est observée en 2011, en lien vraisemblablement avec la montée en charge des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et avec les actions de maîtrise médicalisée menées sur ce poste.

La part de l'AMO dans la dépense des autres biens médicaux atteint 43,3 % en 2014. Elle a évolué de manière irrégulière sur la période 2006-2014. Cette catégorie regroupe, à titre principal, des dispositifs divers de la liste des produits et prestations (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, mais aussi nutriments, petits matériels et pansements) ainsi, qu'à titre secondaire, les produits d'origine humaine (sang, plasma...). La part de l'AMO apparaît chahutée : à la hausse en 2008 à la suite d'un effet de champ (imputable au basculement, au 1^{er} août 2008, des dépenses liées aux lits médicalisés des soins ambulatoires vers le tarif global « soins » des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes), puis à la baisse en 2011-2012 à la suite de l'abaissement (de 65 % à 60 % des tarifs conventionnels) du taux standard de remboursement de ces biens par l'AMO à compter de mai 2011. Depuis 2013, la part de l'AMO dans la dépense tend à remonter assez sensiblement (+1,3 point en deux ans). Au-delà de l'effet progression des effectifs de personnes en ALD, commun à de nombreux postes de dépense, cela pourrait notamment s'expliquer par une meilleure gestion de ce risque par les organismes complémentaires. Celle-ci tendrait en effet à modérer l'évolution de la consommation totale en valeur de certaines composantes de ce poste (optique notamment).

Enfin, le médicament est le poste sur lequel l'effet des franchises médicales a été le plus fort : -1,8 point de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en 2008, ce qui est cohérent avec le fait que l'essentiel du rendement de cette mesure (plus de 80 %) porte sur ce poste. En dehors de l'effet franchise, le taux de prise en charge du médicament par l'AMO tend plutôt à augmenter (il atteint 69,1 % en moyenne en 2014) et ce en dépit de plusieurs baisses de niveaux de remboursement par l'assurance maladie (réduction de 35% à 30% du taux intermédiaire de remboursement courant 2011 et baisses de 35 % à 15 % du taux de prise en charge de certains médicaments à service médical rendu insuffisant). Cette hausse s'explique par la déformation progressive de la structure de consommation de soins vers des traitements plus coûteux, généralement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, en progression continue selon la CNAMTS¹² et par la sortie du panier de soins remboursables de médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI).

Le taux de prise en charge par les différents financeurs ne peut être valablement analysé que via une batterie d'indicateurs, par nature plus ou moins sensibles aux divers événements affectant la dépense de santé

Afin de bien interpréter les évolutions passées et d'anticiper quelles pourraient être les valeurs à venir du taux de prise en charge de la dépense de soins par l'assurance maladie obligatoire, il est important de comprendre quels effets peuvent être attendus de l'innovation en matière de santé et de mesures de régulation de la dépense d'assurance maladie. Pour ce faire, sont présentés ci-après des « cas d'école » et leur traduction en termes de variation des taux de prise en charge par l'assurance maladie, selon le concept de dépense et le degré d'agrégation retenus.

Les simulations qui suivent ont seulement valeur d'illustration : il s'agit de cas types simplifiés et fictifs qui ne se substituent pas à des évaluations *ex-ante* détaillées. L'évaluation de véritables mesures ciblées sur telle ou telle catégorie de médicaments serait bien plus complexe et nécessiterait des jeux d'hypothèses supplémentaires portant sur différents paramètres influençant la dépense (taux facial de prise en charge, proportion de personnes exonérées de ticket modérateur pour ces spécialités, nombre de boîtes vendues, etc.), ce qui n'entre pas dans l'objet de l'analyse menée ici. Les résultats de simulation de tels cas spécifiques seraient contingents à ces hypothèses et, de ce fait, susceptibles de différer de ceux présentés aux tableaux suivants.

Sont examinés ci-après les effets de trois types de mesures concernant plus particulièrement le secteur du médicament remboursable. Ces mesures font perdre ou gagner un montant identique à l'assurance maladie, à savoir par hypothèse 500 millions d'euros.

– Cas n° 1 : un déremboursement total de certains médicaments, par exemple à service médical rendu insuffisant, calibré pour atteindre 500 millions d'euros de moindre dépense pour l'AMO. Le panier des biens remboursables est alors supposé se réduire car une partie n'est plus remboursée. Par ailleurs est faite l'hypothèse simplificatrice que le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie de la dépense reconnue (cf. *schéma 1*) demeure globalement

11 Dans le cas des transports sanitaires, le montant de la franchise médicale est de 2 euros par transport, plafonné à 4 euros par jour.

12 Voir les analyses du rapport Charges et produits de 2014 de la CNAMTS qui montrent que, hors effet du coût du traitement, ce sont les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et les pathologies vasculaires qui expliquent à elles seules les deux tiers de la croissance attendue de la dépense du régime général d'assurance maladie à l'horizon 2017. Voir également l'éclairage sur l'évolution du marché du médicament dans cet ouvrage.

inchangé sur le champ des médicaments. Cela signifie que le taux de remboursement AMO avant réforme sur les médicaments désormais déremboursés était identique au taux de remboursement AMO des médicaments restant remboursables après réforme. Cette hypothèse est simplificatrice : il paraît en effet peu probable que des médicaments faisant l'objet d'un déremboursement aient été initialement pris en charge à la même hauteur que les autres médicaments (ces exemples de réforme se veulent principalement illustratifs) ;

– Cas n° 2 : une baisse du taux de remboursement de certains médicaments, par exemple à service médical rendu insuffisant, pour une moindre dépense AMO de 500 millions d'euros. Il s'agit d'une mesure de même rendement que celle prise dans le cas 1 mais qui ne modifie pas le périmètre du panier de soins remboursables. Elle modifie en revanche le taux de prise en charge de la dépense reconnue. Les médicaments concernés par cette réforme sont en effet toujours dans le champ des médicaments remboursables mais à un plus faible taux de prise en charge. Cela va donc diminuer le taux de remboursement moyen AMO sur l'ensemble du champ des médicaments remboursables ;

– Cas n° 3 : une inscription au remboursement d'une nouvelle molécule médicamenteuse innovante, non prise en charge à 100 %, pour un coût AMO attendu de 500 millions d'euros (il est fait l'hypothèse simplificatrice de l'absence d'effets de report d'une molécule à l'autre, la structure de consommation des médicaments demeure donc par ailleurs inchangée). Il s'agit donc, en termes d'impact sur les dépenses d'assurance maladie, du parfait symétrique du cas n° 1.

Par convention de calcul, la situation de référence considérée est l'année 2014. Les taux de prise en charge par l'AMO (cf. *tableau 4*) varient selon le concept de dépense retenu et selon le champ adopté, à savoir le seul champ du médicament *stricto sensu*, remboursable ou non selon la dépense analysée, ou la totalité du champ CSBM.

En 2014, sur le champ du médicament remboursable, l'AMO prend en charge 79,9 % de la dépense reconnue et 79,9 % de la dépense présentée ; sur le champ du médicament dans son ensemble, 69,1 % de la dépense totale. Pour les médicaments, la dépense reconnue est strictement égale à la dépense présentée, ce qui explique la rigoureuse équivalence entre les taux de prise en charge AMO sur le champ des médicaments remboursables pour ces deux types de dépenses. Il faut avoir à l'esprit que le champ médicament pour les dépenses reconnue et présentée ne concerne que les médicaments remboursables (cf. *schéma 1*). À l'inverse, pour la dépense totale, le champ médicament englobe aussi les médicaments non remboursables, ce qui explique la diminution du niveau de la prise en charge par l'AMO au passage à la dépense totale.

Sur le champ plus large de la CSBM, en 2014, 87,0 % de la dépense reconnue est prise en charge par l'AMO, 80,1 % de la dépense présentée et 76,6 % de la dépense totale. Dans ce cas, la dépense reconnue n'est pas équivalente à la dépense présentée car cette dernière intègre en plus les dépassements d'honoraires et le différentiel entre prix réel et base de remboursement de l'assurance maladie pour les biens médicaux. Cela explique le taux de prise en charge AMO inférieur au passage à la dépense présentée.

Tableau 4 – Valeurs de référence (2014) pour le taux de prise en charge par l'AMO en fonction du concept de dépense et du champ considéré

Valeur de l'indicateur au niveau...	En %		
	Dépense reconnue	Dépense présentée	Dépense totale
Médicament	79,9	79,9	69,1
CSBM	87,0	80,1	76,6

Source : DREES, *Comptes de la santé*.

Selon le concept de dépense retenu et le champ investigué (médicaments ou CSBM) est évalué par la suite l'impact des trois réformes types sur les taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le changement de périmètre de la dépense remboursable n'est pas ici neutralisé : le taux de prise en charge AMO n'est pas comparé, avant et après réforme, à panier de soins équivalent mais à panier de soins courant.

Tableau 5 – Variation, en points, de la part prise en charge par l'AMO

Cas étudié	Variation de l'indicateur au niveau...	... de la dépense reconnue	... de la dépense présentée	... de la dépense totale
Cas 1 - déremboursement*	Médicament	-	-	- 1,47
	CSBM	0,03	0,00	- 0,26
Cas 2 - baisse du taux de remboursement	Médicament	- 1,70	- 1,70	- 1,47
	CSBM	- 0,30	- 0,27	- 0,26
Cas 3 - inscription au remboursement*	Médicament	-	-	0,20
	CSBM	- 0,03	- 0,00	0,01

* Sous l'hypothèse simplificatrice d'une absence de modification du taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'une dépense totale inchangée, sans effet de report des assurés consommant les médicaments déremboursés.

Source : DREES, Comptes de la santé – année 2014. Les résultats sont présentés ici à panier de biens remboursables courant.

Pour les concepts de dépenses reconnue et présentée, le champ du médicament se réduit aux seuls médicaments remboursables. L'hypothèse de conservation du taux de remboursement AMO sur ce champ avant et après réforme étant faite dans le cas 1, l'impact de la première mesure est donc nul sur le taux de la prise en charge par l'AMO lorsqu'il est mesuré sur les dépenses reconnues et présentée (cf. *tableau 5*). La dépense totale, elle, inclut les dépenses de médicaments remboursables et non remboursables. Elle est par ailleurs supposée inchangée avec la réforme – il n'y a pas, par exemple, d'effet de report vers d'autres médicaments encore remboursables –, mais avec une dépense AMO au titre des médicaments qui est diminuée de 500 millions d'euros. Le taux de prise en charge par l'AMO de la dépense totale diminue donc, de 1,47 point de pourcentage.

Sur un champ élargi de la CSBM, toujours dans le cas de la première réforme, l'impact varie selon les cas de -0,26 à +0,03 point par rapport aux niveaux de référence présentés au *tableau 4* (76,6 % à 87,0 %). L'impact d'une moindre prise en charge de 500 millions d'euros de l'assurance maladie et du déremboursement d'un ensemble de médicaments, à taux de remboursement AMO constant, implique que la dépense reconnue va diminuer de plus de 500 millions d'euros. Une moindre dépense remboursée, à taux AMO fixé, entraîne en effet un rendement moindre de l'ensemble « franchises, tickets modérateurs... ». La dépense remboursée diminue strictement de 500 millions d'euros, mais la dépense reconnue diminue, elle, de plus de 500 millions d'euros. Ainsi :

– l'effet de cette première réforme augmente donc le taux de prise en charge AMO sur le champ de la CSBM pour la dépense reconnue (+0,03 point) ;

– pour la même raison, elle l'augmente aussi si on considère la dépense présentée au remboursement, mais de manière négligeable (de moins de 0,1 point) en raison d'un volume de dépense plus important ;

– en revanche, dans le cas de la dépense totale, le taux de remboursement AMO diminue (-0,26 point) car la dépense non remboursable est intégrée et celle-ci a augmenté de plus de 500 millions d'euros. Le même type de raisonnement s'applique dans chacun des cas, sur chacun des champs et pour l'ensemble des concepts de dépense étudiés.

Plusieurs enseignements peuvent en être tirés :

– Premièrement, dans tous les cas de figure, les impacts simulés diffèrent en fonction du concept de dépense et du degré d'agrégation de l'indicateur considéré. Ils apparaissent en outre très faibles dans la plupart des cas étudiés, sauf dans le cas 2 et lorsque les indicateurs se fondent sur le concept sous-jacent de dépense totale de soins.

⇒ *Les indicateurs pris pour référence pour estimer la part de l'AMO dans la dépense de soins sont donc, par construction, plus ou moins sensibles aux mesures susceptibles d'affecter le système de prise en charge.*

– Deuxièmement, les évolutions des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sont de signes opposés dans le cas 1 selon les concepts de dépense considérés : la baisse est de -0,26 point sur le champ de la CSBM sous le concept de dépense totale alors qu'il est positif de 0,0 à 0,03 point avec les deux autres concepts de dépense.

Ce résultat vient du fait que la demande totale de biens de santé est supposée ici inélastique aux prix (la CSBM totale reste identique à ce qu'elle était avant cette mesure), les montants de consommation de médicaments supposés désormais non remboursés se reporteraient donc, pour un montant identique, sur les ménages et les OC.

⇒ *Le sens de variation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge dépend donc du concept de dépense retenu et des hypothèses comportementales des assurés.*

– Troisièmement, bien que celles-ci correspondent toutes deux à une économie de 500 millions d'euros pour l'assurance maladie, les effets des mesures 1 et 2 ne sont identiques que lorsque l'indicateur est défini par rapport à la dépense totale. En revanche, sous les autres concepts de dépense, les cas 1 et 2 ont des effets de sens inverse et

d'ampleur différente : seule la mesure de baisse du taux de remboursement (cas 2) fait baisser la valeur du taux de prise en charge par l'AMO, et ce, de manière significative.

En effet, dans le cas 1, la fraction de la dépense de médicament ainsi déremboursée vient s'ajouter à la dépense non remboursable, sans que le ratio entre la dépense remboursée et la dépense reconnue¹³ soit modifié, sous l'hypothèse simplificatrice retenue ici. En revanche, dans le cas 2, la baisse du taux de prise en charge vient accroître le ticket modérateur, ce qui vient réduire le taux de prise en charge par l'assurance maladie, quel que soit le concept de dépense considéré. Dans ce cas, la réduction du taux de prise en charge ressort d'autant plus nettement que le périmètre de dépense de référence est étroit, c'est pourquoi la diminution apparaît plus marquée sur le champ du médicament (-1,70 point¹⁴) que sur celui de la CSBM dans sa totalité (-0,30 à -0,27 point, selon que l'on considère la dépense reconnue ou la dépense présentée au remboursement).

– Quatrièmement, *les effets du cas 3 sur la part de l'assurance maladie dans la dépense totale ne sont pas de même ampleur (en sens inverse) que ceux du cas 1*, pourtant *a priori* symétrique. Ils apparaissent au contraire très fortement atténués par rapport au cas 1. Du fait de l'inscription au remboursement de la nouvelle molécule, la consommation totale de médicaments et la CSBM (qui constituent le dénominateur de l'indicateur de taux de prise en charge par l'AMO) ne restent pas constantes et sont supposées augmenter.

Cela revient à supposer qu'il n'y a pas – ou tout du moins pas pour un montant équivalent – d'effet de substitution des nouvelles molécules aux anciennes, précédemment présentes sur le marché pharmaceutique mais bien un effet globalement « inflationniste » de l'innovation thérapeutique, ce qui semble une hypothèse raisonnable.

⇒ *Ces quatrième et cinquième constats montrent que le sens et l'ampleur de la variation du taux de prise en charge de la dépense par l'AMO dépendent non seulement du concept de dépense retenu mais aussi de la nature précise de la mesure de régulation ou d'innovation considérée.*

– Cinquièmement, *même lorsque l'impact d'une mesure apparaît nul en termes de prise en charge par l'AMO sur le seul champ du médicament, il peut être visible sur le champ élargi à la CSBM.*

Ainsi, alors que dans le cas 1, l'impact sur les indicateurs construits en référence à la dépense reconnue et à la dépense présentée au remboursement est nul dans le champ du médicament *stricto sensu*, il est très légèrement positif sur le champ élargi à la dépense globale (respectivement +0,03 et +0,0 point). Cela peut apparaître *a priori* paradoxal s'agissant d'une mesure de baisse de prise en charge par l'AMO mais provient du fait que, sur un champ élargi à la CSBM, la dépense remboursée diminue proportionnellement un peu moins vite que la dépense reconnue et que la dépense présentée au remboursement à la suite des mesures prises. Par symétrie, on retrouve des effets inverses de même ampleur dans le cas d'une inscription au remboursement d'un nouveau médicament pour un montant équivalent, à supposer qu'il ne soit pas remboursé à 100 % par l'AMO (cas 3).

⇒ *La bonne appréciation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge nécessite donc que son impact soit examiné à différents niveaux d'agrégation de la dépense.*

Au *tableau 5*, les évolutions des taux de prise en charge de la dépense de soins par l'assurance maladie ont été présentées à panier de soins courant. Or, il est également d'usage, dans le cadre du suivi de l'ONDAM notamment, de présenter des évolutions d'une année à l'autre en neutralisant les effets de périmètre de remboursement. Ce type d'approche permet de mieux prendre en compte les évolutions du panier des soins remboursables qui, s'agissant notamment du médicament, se modifie progressivement du fait de la mise sur le marché remboursable de nouvelles spécialités thérapeutiques et de la sortie du champ remboursable de spécialités devenues obsolètes. Aussi, apparaît-il également utile d'examiner aussi la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire à paniers de biens constant, comme présenté au *tableau 6*.

¹³ Celle-ci est, par définition, identique à la dépense présentée au remboursement sur le champ du médicament.

¹⁴ Les différences entre les scénarios 1 et 2 apparaîtraient encore plus fortes que celles indiquées au *tableau 5* s'il avait été postulé que les spécialités déremboursées étaient celles dont les taux de prise en charge étaient initialement les plus faibles, ce qui est généralement le cas.

Tableau 6 – Variations, en points, de la part prise en charge par l'AMO à panier de biens remboursables constant*

Cas étudié	Variation de l'indicateur au niveau...	... de la dépense reconnue	... de la dépense présentée	... de la dépense totale
Cas 1 - déremboursement**	Médicament	-	-	-
	CSBM	-	-	-
Cas 2 - baisse du taux de remboursement	Médicament	- 1,70	- 1,70	- 1,47
	CSBM	- 0,30	- 0,27	- 0,26
Cas 3 - inscription au remboursement	Médicament	-	-	-
	CSBM	-	-	-

*Par panier de biens remboursables constant, on suppose ici que l'on prend toujours pour référence, pour la comparaison, le nouveau panier de biens (après mesures), rétréci dans le cas 1, inchangé dans le cas 2 et élargi dans le cas 3.

** Sous l'hypothèse simplificatrice d'une absence de modification du taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'une dépense totale inchangée, sans effet de report des assurés consommant les médicaments déremboursés.

Source : DREES, *Comptes de la santé – année 2014*.

Du fait de cette neutralisation, les effets des mesures simulées aux cas 1 et 3 apparaissent totalement nuls sous l'hypothèse d'absence de report des assurés vers des médicaments mieux remboursés¹⁵. En revanche, les effets de la mesure de baisse du taux de remboursement, qui ne suppose, quant à elle, aucune modification du panier de biens, ressortent inchangés par rapport à ceux déjà présentés au *tableau 5*. Dès lors, les mesures sous-jacentes aux cas 1 et 2 qui apparaissaient précédemment équivalentes sous le concept de dépense totale ne le sont plus une fois les neutralisations d'effets de champ opérées.

⇒ *La bonne appréciation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge nécessite que son impact soit examiné à la fois à périmètre courant et constant.*

¹⁵ Il est toujours fait l'hypothèse simplificatrice que ces mesures ne modifient pas le taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie (ce qui revient à supposer que ces médicaments, déremboursés ou nouvellement introduits, étaient ou deviennent remboursés au taux moyen de prise en charge par l'AMO).

Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Grégoire de Lagasnerie*, Florence Jusot**, Jérôme Wittwer***, Pauline Ricci-Renaud*, Christelle Gastaldi-Menager*, Marjorie Mazars*, Sébastien Rivière*, Anne Fagot-Campagna*, Claude Gissot*, Dominique Polton*

Le montant des dépenses restant à la charge des patients est un indicateur d'accessibilité financière ainsi qu'un indicateur de solidarité entre bien-portants et malades. L'objectif de l'étude est de décrire, pour la première fois, sur six années, les montants et la récurrence des restes à charge des patients du régime général après remboursement par l'assurance maladie obligatoire mais avant remboursement par les assurances complémentaires santé. Cette analyse complète les études déjà menées sur ces sujets sur des données annuelles (Geoffard et Lagasnerie, 2013), ou longitudinales mais sur trois années uniquement (HCAAM, 2013).

À partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), issu du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), est créée une cohorte d'environ 380 000 assurés du régime général, âgés en moyenne de 40 ans en 2008, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, qui sont suivis de 2008 à 2013. Sont étudiés sur cette période leurs restes à charge pour les soins de ville et les hospitalisations en établissements de santé privés et publics (en médecine, chirurgie, obstétrique).

Le reste à charge cumulé moyen sur les six années s'élève à 2 820 euros, soit 470 euros en moyenne par an. Un dixième de la population présente un reste à charge cumulé entre 2008 et 2013 supérieur à 6 290 euros avec comme principales composantes les soins dentaires, les médicaments ou les séjours hospitaliers. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé expliquent ces forts restes à charge cumulés. Leur distribution est plus inégale une année donnée que sur l'ensemble de la période : ce ne sont pas toujours les mêmes assurés qui pâtissent des restes à charge les plus élevés. Pour autant, les 5 % de la population qui subissent les restes à charge cumulés les plus élevés endossent 20 % du montant total des restes à charge cumulés.

Malgré la forte concentration des restes à charge, la solidarité entre ceux qui dépendent le plus et ceux qui dépendent le moins est bien opérée par l'assurance maladie obligatoire. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés avec les plus faibles dépenses et qui concentrent la moitié de la dépense totale concentrent 76 % du total des restes à charge cumulés. En revanche, les assurés avec les plus fortes dépenses qui concentrent l'autre moitié des dépenses totales supportent seulement 24 % du total des restes à charge cumulés sur 2008-2013.

* Direction de la stratégie, des études et des statistiques, CNAMTS.

** PSL, université Paris-Dauphine, LEDa-Legos.

*** Collège santé de l'université Bordeaux au sein de l'ISPED (Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement)

La participation financière du patient dans le système d'assurance maladie français

Le système français d'assurance maladie obligatoire (AMO) propose une couverture universelle, relativement étendue du point de vue du panier de soins couverts par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE, avec une prise en charge de 76 % des dépenses de santé. Alors que certains pays proposent une prise en charge publique complète du panier de soins (parfois plus réduit), le système français est caractérisé depuis sa création, en 1945, par l'existence d'un ticket modérateur ou copaiement, c'est-à-dire d'une part restant à la charge des patients pour l'ensemble des soins. Les franchises médicales et forfaits introduits par les lois de 2004 et 2008 ainsi que les dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2 ou la liberté tarifaire sur certains soins dentaires et pour les dispositifs médicaux s'ajoutent aux tickets modérateurs pour laisser aux assurés sociaux un risque financier lié à la maladie, le reste à charge (RAC) après paiement de l'AMO. Toutefois, contrairement à d'autres pays européens, le risque financier supporté au niveau individuel n'est pas plafonné (sur tout ou partie du panier de soins), même si les participations forfaitaires (consultations et actes médicaux, de radiologie et de biologie) et les franchises (médicaments, actes paramédicaux et transports) sont plafonnées dans les deux cas à 50 euros par an. Cela explique le rôle important de l'assurance maladie complémentaire (AMC) dans notre système qui permet de couvrir, tout ou partie, du risque financier lié à la maladie laissé à la charge du patient par l'AMO.

Afin de limiter le risque financier lié à la maladie et d'en diminuer sa concentration, les tickets modérateurs ne sont pas homogènes pour tous les types de soins et pour tous les assurés. Les consommations de soins à l'hôpital, souvent très élevées, bénéficient ainsi de tickets modérateurs sensiblement plus réduits que les dépenses de soins de ville. Par ailleurs, les personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), généralement consommatrices importantes de soins, sont exonérées de tickets modérateurs sur les dépenses directement en lien avec leur ALD. Ces personnes doivent tout de même s'acquitter du ticket modérateur pour les soins qui ne sont pas en lien avec l'affection, ce qui explique que ces personnes peuvent faire face à des restes à charge (RAC) élevés du fait d'un état de santé dégradé et la possible présence de maladies intercurrentes. Concernant les dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire sur certains soins, la stratégie poursuivie pour réduire le risque financier est différente. Elle consiste en premier lieu à instaurer des tarifs opposables pour les personnes les plus vulnérables économiquement au risque financier (les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et aujourd'hui de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS) et, plus récemment, à encadrer les dépassements d'honoraires¹. Ces dispositifs sont accompagnés en parallèle d'une politique d'incitation à la généralisation de la couverture complémentaire santé (obligation de couverture pour les salariés, aide fiscale, ACS...). La couverture complémentaire ne repose cependant pas, en règle générale, sur un principe de solidarité verticale (contribution proportionnelle au revenu) et n'offre pas une totale mutualisation des risques en particulier pour les contrats individuels dont les primes sont le plus souvent fonction de l'âge du souscripteur. Par ailleurs, si, dans la plupart des cas, les contrats de couverture complémentaire prennent en charge la majeure partie, voire l'intégralité du ticket modérateur, ils ne couvrent pas l'intégralité du RAC après AMO, laissant en particulier tout ou partie des dépassements tarifaires mais aussi les franchises à la charge des assurés².

Pourquoi s'intéresser aux restes à charge des patients, à leur niveau et à leur concentration ?

S'intéresser aux RAC après AMO, c'est s'intéresser aux dépenses de soins qui échappent à la mutualisation entre bien-portants et malades et à la solidarité verticale offerte par l'AMO à travers un financement proportionnel au revenu et non au besoin de soins. L'originalité du travail proposé ici tient au fait que l'on étudie la distribution des RAC après AMO cumulés sur six années, de 2008 à 2013. C'est un moyen de mesurer la persistance de l'exposition au risque que l'on ne peut pas appréhender en étudiant les RAC sur une seule année.

La question du niveau et de la concentration des RAC après AMO au sein de la population des assurés sociaux en France est centrale pour les politiques de santé, et en particulier pour les politiques d'accès aux soins (Dourgnon *et al.*, 2012 et 2013). Elle a récemment fait l'objet de nouvelles contributions. Tout d'abord, un travail de microsimulation (Geoffard et Lagasnerie, 2013), fondé sur un appariement entre l'enquête santé 2003 et les données du SNIIRAM, a souligné la corrélation négative entre RAC en proportion du revenu et revenus : plus les revenus sont élevés, moins le RAC en proportion du revenu l'est. Une étude du HCAAM en 2011 s'était focalisée sur les RAC extrêmes évalués à partir des données du SNIIRAM (rapport annuel du HCAAM, 2011), et un prolongement de cette étude en 2013 avait permis d'étudier les RAC extrêmes entre 2008 et 2010 (rapport annuel du HCAAM, 2013). Ces travaux ont alimenté à nouveau les débats autour de l'instauration d'un bouclier sanitaire qui a fait l'objet de questionnements approfondis à la fin de la dernière décennie en France (Briet et Fragonard, 2007). L'étude de Pierre et Franc (2015) s'est, quant à elle, attachée à étudier les RAC après AMO, et après AMO et AMC, des assurés d'une mutuelle gérant simultanément l'AMO et l'AMC. Elle a souligné le plus faible niveau de mutualisation caractérisant l'AMC. La question de la

¹ Cf. signature de l'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012.

² On ne peut, en France, étudier les restes à charge après couverture complémentaire sur données réelles couvrant l'ensemble de la population des assurés sociaux. La base de données MONACO, née de l'appariement de données de l'assurance maladie et de certains OCAM volontaires, permettrait de premières explorations sur le sujet. On peut également se référer aux travaux de Pierre et Franc (2015) sur des données de mutuelles de fonctionnaires. On peut néanmoins utiliser le modèle de microsimulation OMAR-INES afin d'étudier les restes à charge après AMO et AMC.

concentration du risque financier associé au risque sanitaire a également suscité des travaux dans d'autres pays et principalement aux États-Unis. On citera par exemple une étude récente s'interrogeant sur les RAC après la mise en œuvre de la réforme Obama (Galbraith *et al.*, 2013).

Cette étude est organisée en quatre sections. Dans une première section sont décrites les données mobilisées, la méthodologie ainsi que les principales caractéristiques de la population étudiée sur les six années y compris en termes de dépenses et de RAC moyens. Dans une deuxième section est étudiée la corrélation des RAC dans le temps pour évaluer la persistance du risque financier lié au RAC. Dans une troisième section est décrite et analysée la somme des RAC individuels de 2008 à 2013 en fonction de leur source (hôpital, spécialiste, généraliste, dépassements d'honoraires...). Un focus spécifique sur la distribution des RAC des personnes en ALD et des personnes ayant été hospitalisées est également proposé. Enfin, une dernière section s'intéresse à la solidarité entre bien-portants et malades en étudiant la courbe de concentration des RAC relativement aux dépenses de soins afin d'apporter des éléments de réponses aux questionnements suivants : les gros consommateurs de soins sont-ils ceux qui ont les RAC les moins élevés ? Les dispositifs visant à répartir les RAC à l'œuvre dans notre système de financement des soins sont-ils efficaces ?

Données et méthode

La cohorte sur laquelle est réalisée cette étude est composée de 376 723 personnes présentes dans l'EGB de 2008 à 2013 inclus (cf. *encadré 1*). Elle est composée de 52 % de femmes et de 48 % d'hommes, âgés en moyenne de 40 ans en 2008 (cf. *annexe 2*). Parmi cette population, 11,6 % bénéficiaient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) les six années, 2 % les cinq années, 1,8 % les quatre années et 4,6 % entre une et trois années. Ainsi, 20 % de la cohorte ont bénéficié au moins une année d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au cours de la période. Dans cette étude, afin de mener les différentes analyses sur le cumul des RAC, sont considérées en ALD les personnes qui ont été au moins une fois en ALD sur la période.

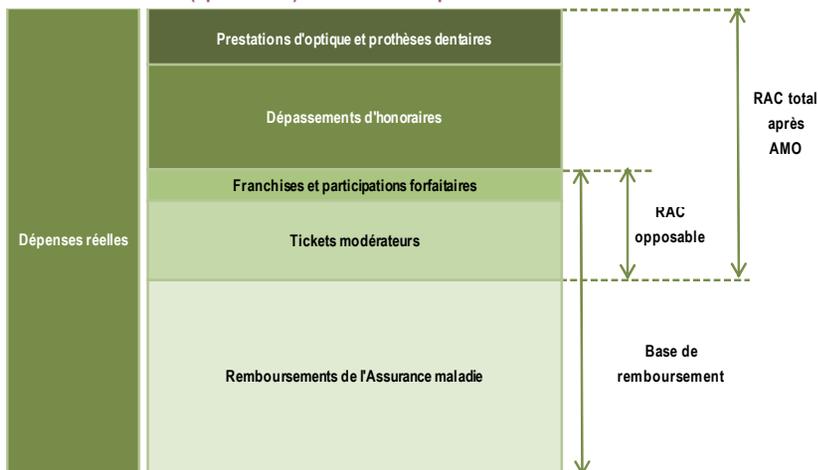
Pour permettre des comparaisons dans le temps, les dépenses ont été exprimées en euros constants 2008³. La dépense moyenne au sein de la population étudiée est de 1 538 euros en 2008 contre 2 101 euros₂₀₀₈ en 2013. Une partie de cette augmentation s'explique par le vieillissement de notre cohorte.

Le RAC après paiement par l'assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) est défini comme le montant des dépenses de santé laissé à d'autres financeurs, organismes d'assurances complémentaires et assurés. Le RAC après AMO est composé, en France, des éléments suivants : les tickets modérateurs, les participations forfaitaires et les franchises, ainsi que les RAC liés à la liberté tarifaire. Ces derniers couvrent les dépassements d'honoraires et les dépassements des tarifs de référence pour les produits ou prestations (produits d'optique, audioprothèses et prothèses dentaires principalement) non soumis à un prix limite de vente ou pour lesquels le prix limite de vente est supérieur au tarif de responsabilité (cf. *figure 1* et *annexe 1* pour une définition des différents mécanismes de participation financière des patients). Le RAC moyen augmente de 50 euros entre 2008 et 2013, passant de 430 euros₂₀₀₈ à 480 euros₂₀₀₈ (cf. *graphique 1*). Toutefois, la part du RAC dans la dépense totale diminue au sein de la cohorte passant de 28 % à 23 %. Cette baisse s'expliquerait également indirectement par le vieillissement de la cohorte.

En effet, la structure de la consommation évolue avec l'âge vers des types de soins souvent plus coûteux mais mieux couverts par l'assurance maladie obligatoire. De plus, la probabilité de souffrir d'une affection de longue durée exonérant de ticket modérateur augmente avec l'âge, ce qui entraîne de fait une meilleure prise en charge au fil des années dans la cohorte étudiée (13 % de la population bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée en 2008 contre 18 % en 2013 dans la cohorte). Pour autant, si les taux de prise en charge de la dépense de soins augmentent avec l'âge, les niveaux de restes à charge augmentent également. En effet, la hausse des taux de prise en charge ne compense pas la hausse de la dépense relative à un état de santé plus dégradé aux âges élevés.

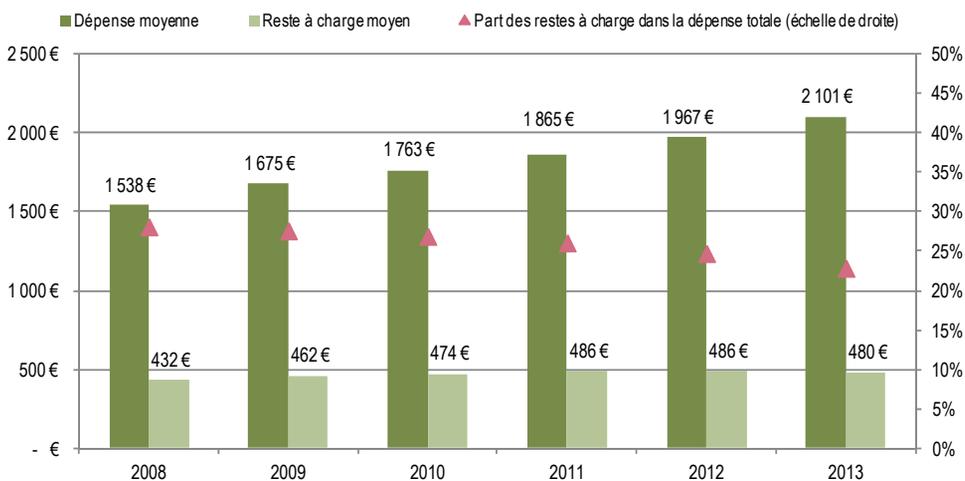
3 L'harmonisation des prix a été effectuée à partir des données d'indice des prix à la consommation annuel de l'INSEE, <http://www.bdm.insee.fr>.

Figure 1 – Définition du RAC (après AMO) et de sa décomposition



Source : HCAAM.

Graphique 1 – Dépense moyenne et RAC moyen par année au sein de la cohorte (en €2008, 2008 à 2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

La persistance des RAC après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

À l'aide de la cohorte créée, les RAC individuels et leurs évolutions sont analysés sur six ans, fournissant ainsi une première analyse descriptive originale sur les RAC. Comprendre ces mécanismes permet d'éclairer l'inertie des RAC, et de mesurer l'efficacité du système de remboursement afin de prévenir une récurrence de RAC élevés. Dans les parcours des assurés seront également isolées les ruptures de RAC.

Une faible inertie des RAC sauf pour certains types de soins

Un RAC élevé une année donnée est-il forcément lié à un RAC élevé l'année suivante ? Autrement formulé, l'inertie des RAC est-elle forte ? Celle-ci peut être appréhendée à travers la corrélation des niveaux de RAC sur plusieurs années. En effet, dans le cas d'une forte inertie des RAC, le coefficient de corrélation entre deux années devrait être élevé ; dans le cas contraire, faible. Pratiquement, la valeur d'un coefficient de corrélation se situe entre -1 et 1. Plus elle se rapproche de 1 en valeur absolue, plus le lien entre les variables étudiées est fort. Lorsque le coefficient de corrélation est compris entre 0 et 0,1, le lien est absent, entre 0,2 et 0,3 le lien est faible, entre 0,4 et 0,5 le lien est modéré, entre 0,6 et 0,7 le lien est fort. Au-dessus de 0,8, le lien peut être considéré comme très fort.

On constate tout d'abord une inertie globale modérée des RAC puisque le coefficient de corrélation du RAC entre deux années est d'environ 0,4. Cette corrélation est toutefois plus faible lorsqu'elle est regardée sur une plus longue période. Ainsi, le coefficient de corrélation entre le RAC de 2008 et celui de 2013 n'est que de 0,3.

ENCADRÉ 1 : LES BASES DE DONNÉES UTILISÉES POUR CONSTITUER LA COHORTE ÉTUDIÉE

Les individus ont été sélectionnés au sein de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), échantillon représentatif au 1/97 des assurés du régime général de l'assurance maladie. Les personnes appartenant à l'échantillon sont assurées auprès du régime général hors sections locales mutualistes (SLM), migrants et bénéficiaires de l'AME, soit un peu plus de 79 % de l'ensemble de la population. Ainsi, les données mobilisées ici n'intègrent pas les régimes de la MSA (Mutualité sociale agricole), du RSI (Régime social des indépendants), ainsi que les étudiants et les fonctionnaires qui sont gérés par les sections locales mutualistes (SLM). Par ailleurs, les données de RAC après assurance maladie complémentaire (AMC) ne sont pas disponibles. Les consommateurs de soins en ALD sont identifiés sans que la nature de cette (ou de ces) ALD puisse être précisée. Ces données sont celles utilisées par la HCAAM pour réaliser ses tableaux de bord financiers (HCAAM, 2013).

Afin de construire la cohorte étudiée, seuls les bénéficiaires du régime général, présents les six années successives (2008 à 2013) dans l'EGB, ont été inclus dans l'étude. Sont donc exclus les personnes affiliées à la MSA, au RSI et les étudiants affiliés à une section locale mutualiste. De plus, par définition, les personnes décédées au cours des six années ont été exclues. Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C ont également été exclus de l'étude. En effet, ceux-ci bénéficient d'une prise en charge complète de leur RAC, les problématiques liées au RAC de ces bénéficiaires diffèrent donc de celles pour les assurés qui ne bénéficient pas de cette couverture. Par ailleurs, une étude s'est déjà intéressée au RAC des bénéficiaires de la CMU-C, montrant notamment que ceux-ci sont principalement liés à des dépenses dans les domaines de l'optique (44 %), des soins dentaires (13 %) et des consultations et visites de généralistes ou spécialistes (10 %) [Ricci, 2011]. Sur les 500 758 personnes présentes en 2008, 376 723 observations ont été retenues pour composer la cohorte. L'impact du mode de sélection des individus pour composer la cohorte est décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau – Statistiques descriptives générales de la cohorte et de l'ensemble des bénéficiaires du régime général en 2008 et 2013

	Cohorte		Ensemble des bénéficiaires du régime général (y compris bénéficiaires de la CMU-C)	
	2008	2013	2008	2013
Dépense totale moyenne par assuré (sur le champ de l'étude)	1 538 €	2 101 €	1 712 €	1 910 €
Reste à charge moyen	432 €	480 €	413 €	424 €
Taux moyen de reste à charge	28%	23%	24%	22%
Dépense totale médiane	586 €	679 €	550 €	567 €
Reste à charge médian	214 €	248 €	193 €	199 €
Taux médian de reste à charge				
Âge moyen	40 ans	45 ans	39 ans	39 ans
Part de personnes de plus de 60 ans	21%	28%	19%	21%
Proportion d'hommes	48%	48%	48%	48%
Proportion d'ALD	13%	19%	14%	16%
Part de personnes hospitalisées dans l'année	13%	16%	13%	15%

Source : Cohorte à partir du SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013 et SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008 SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013.

Les analyses présentées portent sur les dépenses remboursées des soins de ville, d'hospitalisation dans les secteurs publics et privé en médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCO), d'hospitalisation dans le secteur privé uniquement pour les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en établissements psychiatriques. En effet, les données relatives aux SSR et à la psychiatrie dans le secteur public ne sont pas disponibles. Les données concernant les soins de ville et les hospitalisations (MCO), psychiatrie et SSR en établissements de santé privés sont extraites de l'EGB. Les données concernant les hospitalisations en MCO dans les établissements de santé publics, issues du PMSI, ont été appariées aux données extraites de l'EGB. En ce qui concerne l'analyse des restes à charge, certaines limites de l'EGB peuvent expliquer des ruptures dans le parcours de reste à charge. En effet, les hospitalisations en psychiatrie, mais également les changements de régime entraînant des entrées et des sorties du système d'information ou encore les soins à l'étranger ne sont pas pris en compte, ce qui pourrait expliquer que certains patients avec de fortes dépenses aient une année des dépenses et donc des restes à charge faibles rapportés dans l'EGB.

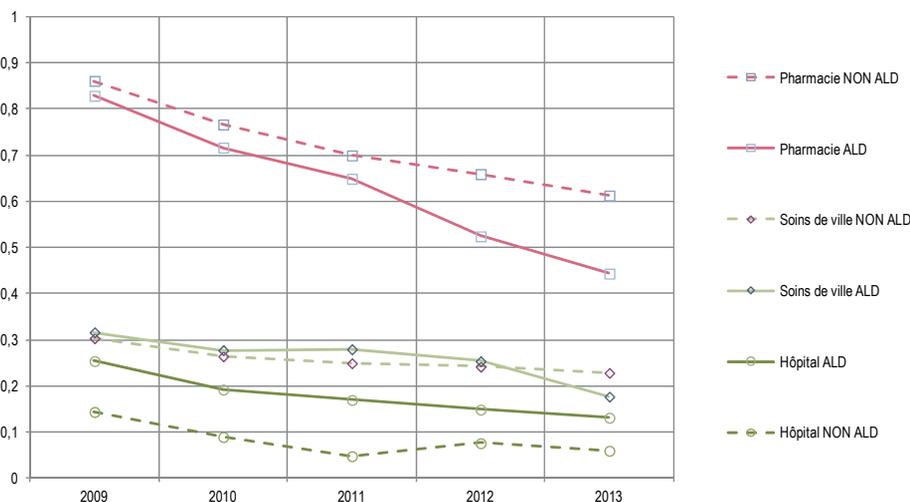
Ce résultat est également vérifié sur certaines sous-populations susceptibles de subir des RAC élevés chaque année. Ainsi, pour les personnes qui sont en ALD les six années consécutives, le coefficient de corrélation entre leur RAC en 2008 et en 2009 s'élève à 0,4 comme pour l'ensemble de la population : il n'est donc pas plus élevé. Cette corrélation décroît d'année en année pour atteindre 0,2 entre 2008 et 2013. Pour les personnes qui ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six années, la corrélation est également faible. Par exemple, les personnes qui ont été

hospitalisées et qui ont également été exonérées au titre d'une affection de longue durée au moins une année sur la période étudiée, le coefficient de corrélation est de 0,4 entre 2008 et 2009 et s'élève à 0,3 entre 2008 et 2013.

Si, de façon globale, le RAC présente une inertie modérée, il est en revanche très corrélé d'année en année sur certains types de soins, comme les médicaments ou les consultations de généralistes. Ainsi, le RAC issu des dépenses de médicaments présente un coefficient de corrélation entre 0,8 et 0,9, et ce, quelle que soit la population étudiée, souffrant ou non d'une affection de longue durée (cf. *graphique 2*), hospitalisée ou non. Si cette corrélation diminue d'année en année, elle reste toujours forte après six ans, puisque le coefficient de corrélation entre les niveaux de RAC en 2008 et en 2013 atteint encore 0,6 pour les personnes qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. L'autre type de soins pour lequel les RAC présentent une certaine permanence est la consultation chez un généraliste. Le coefficient de corrélation entre deux années du RAC issu des dépenses de consultation d'un généraliste est de 0,6, et ce, là encore, quelle que soit la population étudiée. Dans les deux cas, il s'agit de types de soins pour lesquels le taux de recours annuel est élevé, les restes à charge se cumulent donc. Les habitudes de consommation de médicaments ou de visites chez son généraliste et les traitements médicamenteux sur longue période pourraient aussi constituer un élément d'explication. Ces résultats permettent également de mettre en avant des catégories de soins qui sont à l'origine de RAC récurrents ou occasionnels. Ainsi, les soins liés à un épisode aigu de maladie, comme les soins hospitaliers, entraînent des RAC élevés, certes, mais occasionnels. Au contraire, les soins liés à un état de santé dégradé pérenne, comme les traitements médicamenteux ou les consultations chez un généraliste, sont à l'origine de RAC récurrents pour une partie de la population.

À l'inverse, le RAC sur certains soins, pour lesquels les taux de recours annuels sont généralement plus faibles, comme les soins hospitaliers, présente une inertie quasi inexistante. Les soins hospitaliers qui font suite le plus souvent à un épisode aigu d'une maladie peuvent donner lieu, une année donnée, lors de l'événement, à de forts RAC mais ils ne se répètent pas ou peu : le coefficient de corrélation, faible, de 0,2 entre deux années, en témoigne. Enfin, les RAC issus de la liste des produits et prestations (LPP) ou encore des soins dentaires qui peuvent aussi entraîner de forts RAC sont très peu corrélés d'une année sur l'autre (coefficient de corrélation de 0,1 pour la liste des produits et prestations).

Graphique 2 – Coefficients de corrélation des restes à charge en 2008 et des restes à charge les années suivantes en fonction des types de soins et si l'assuré est resté en ALD sur l'ensemble de la période 2008 à 2013



Note de lecture : Le coefficient de corrélation entre les restes à charge en pharmacie en 2008 et en 2009 pour les personnes qui ne sont pas en ALD les six années s'élève à 0,86. Le coefficient de corrélation entre les restes à charge en pharmacie en 2008 et en 2013 pour les personnes qui ne sont pas en ALD les six années s'élève à 0,61.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Un assuré sur dix assume un reste à charge après AMO supérieur à 1 080 euros

Protéger les individus contre la récurrence de RAC élevés est une composante essentielle de la couverture assurantielle. Afin d'étudier le caractère protecteur de l'assurance maladie obligatoire sont analysés ici les RAC successifs des personnes exposées aux RAC les plus élevés en 2008. Leur situation perdure-t-elle ? Ou les personnes qui font face aux RAC les plus élevés se renouvellent-elles avec le temps ?

En 2008, 20 % de la population a un RAC supérieur à 685 euros et 10 % fait face à un RAC de plus de 1 080 euros (cf. *tableau 1* pour les données de 2008 à 2013). Pour ces 10 %, leur RAC moyen s'élève à 1 890 euros. Parmi eux toujours, plus d'un tiers (36 %) font encore partie des 10 % de la population exposés aux RAC les plus élevés en 2009. Le fait d'être en ALD, mais surtout d'avoir été hospitalisé, semblent expliquer la récurrence de RAC élevés qui est observée pour ces assurés. En effet, 28 % des personnes appartenant au dernier décile de RAC en 2008 et qui étaient encore dans le dernier décile en 2009 sont exonérées au titre d'une ALD en 2008 et en 2009 alors qu'ils ne représentent que 13 % de la population totale et 62 % ont été hospitalisées en 2008 ou en 2009. Ce sont également des personnes plus âgées avec une moyenne d'âge de 61 ans contre 39 ans dans le reste de la population.

Le temps passant, le nombre de personnes qui restent dans le dernier décile diminue⁴. Ainsi, seulement 6 % des personnes appartenant au dernier décile de RAC en 2008 sont situées dans le dernier décile de RAC de 2008 à 2013. Là encore, ce sont des personnes plutôt âgées (moyenne d'âge de 65 ans), souffrant d'une affection de longue durée (44 %) ou qui ont été hospitalisées (90 %). Le RAC moyen des personnes qui se placent dans le dernier décile, comme le RAC moyen sur l'ensemble de l'échantillon, augmente d'année en année. Il s'élève à 2 380 euros₂₀₀₈ en 2010, 2 540 euros₂₀₀₈ en 2011 et 2 560 euros₂₀₀₈ en 2012 et 2013, soit une augmentation de 7,6 % entre 2010 et 2013 contre 1,3 % pour le RAC moyen dans l'ensemble de la population.

Si l'on se concentre plutôt sur les 20 % des personnes exposées aux RAC les plus élevés, ou dernier quintile, la récurrence mesurée est alors plus élevée : près de la moitié sont encore dans le dernier quintile en 2009, 30 % en 2010, 23 % en 2011, 17 % en 2012 et enfin, 13 % en 2013. De façon plus générale, un tiers de la population passe au moins une fois dans le quintile le plus élevé de reste à charge (cf. *tableau 2*).

Tableau 1 – Éléments sur les distributions de reste à charge de 2008 à 2013 (en € constants 2008)

	Part de non consommant	Reste à charge					Part du reste à charge dans la dépense				
		Moyenne	Médiane	D2	D8	D9	Moyenne	Médiane	D2	D8	D9
2008	11%	432 €	214 €	34 €	685 €	1 080 €	0,41	0,4	0,28	0,55	0,66
2009	9%	462 €	232 €	44 €	725 €	1 139 €	0,42	0,4	0,28	0,57	0,68
2010	10%	474 €	238 €	42 €	745 €	1 165 €	0,42	0,41	0,28	0,57	0,69
2011	10%	486 €	249 €	43 €	762 €	1 184 €	0,42	0,41	0,27	0,58	0,7
2012	10%	486 €	251 €	41 €	764 €	1 184 €	0,42	0,41	0,25	0,59	0,7
2013	10%	480 €	248 €	40 €	756 €	1 171 €	0,41	0,41	0,24	0,59	0,7

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

Tableau 2 – Fréquence des restes à charge les plus élevés ou les plus faibles

	Proportion de la population de la cohorte	Âge moyen	Proportion de cette population en ALD au moins une fois en ALD les six années
Toujours dans le dernier décile de reste à charge	0,6%	64 ans	44,1%
4-5 fois	2,8%	62 ans	45,8%
1-3 fois	29,0%	52 ans	32,6%
Jamais	67,5%	34 ans	13,4%
Toujours dans le premier décile de reste à charge	4,1%	45 ans	0,9%
4-5 fois	2,7%	36 ans	7,1%
1-3 fois	16,4%	35 ans	10,3%
Jamais	76,8%	41 ans	23,7%

Note de lecture : 2,6 % de la cohorte sont toujours dans le dernier quintile de reste à charge de 2008 à 2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

⁴ Ce phénomène ne peut pas être la conséquence du décès des personnes appartenant au dernier décile de RAC. En effet, la cohorte ne comprend que les individus survivants les cinq premières années, c'est-à-dire entre 2008 et 2012.

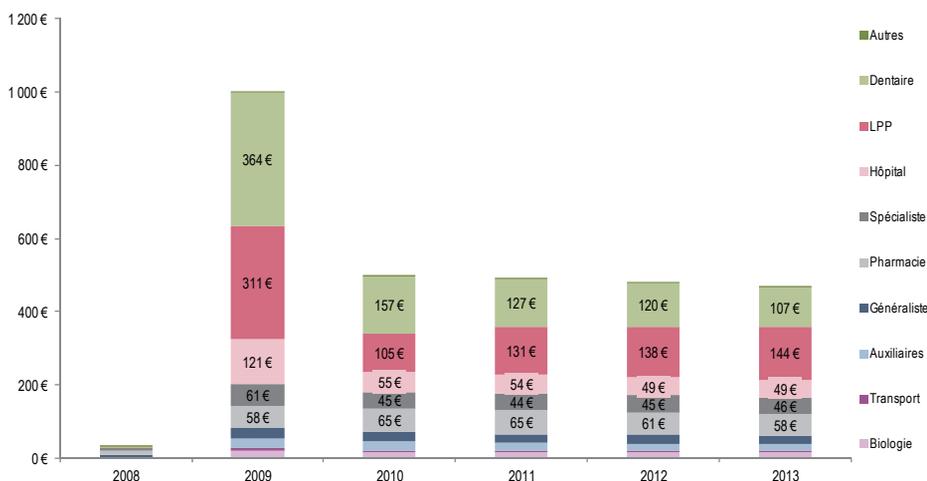
Les dépenses en soins dentaires et hospitaliers, en soins de produits de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) expliquent les ruptures de RAC dans les parcours des assurés

Une large part de la population est exposée au moins une fois sur la période à un RAC très élevé : un tiers de la cohorte a en effet été au moins une fois dans le dernier décile de RAC. 18 % l'ont été une seule année, 8 % deux années consécutives ou non, 4 % trois années, 2 % quatre années, et 1 % cinq années.

Quels types de dépenses entraînent un choc sur les RAC ? Afin de caractériser et d'analyser ces ruptures de RAC dans les parcours des assurés sont sélectionnées les personnes qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 mais aux trois derniers en 2009 : elles présentent donc un RAC parmi les plus faibles en 2008 mais parmi les plus élevés en 2009. Il convient de garder à l'esprit que cette rupture et notamment le fait d'appartenir aux premiers déciles de RAC peuvent être dues à des caractéristiques du système d'information permettant de renseigner l'EGB. Ainsi, les hospitalisations en psychiatrie, mais également le changement de régime entraînant l'arrivée dans le système d'information ou encore les soins à l'étranger ne sont pas pris en compte et peuvent expliquer que certains patients avec de fortes dépenses aient une année des dépenses faibles mesurées dans l'EGB. Ces analyses sont tout de même présentées afin de donner le plus large panorama possible des analyses qui peuvent être réalisées à partir de ces données, mais il conviendra d'approfondir cette étude exploratoire afin de préciser les résultats présentés.

Les personnes qui font partie des trois premiers déciles de RAC en 2008 mais aux trois derniers en 2009 concerne 9 124 individus, soit 2,5 % de notre cohorte⁵. Précisément, pour ces assurés, leur dépense non couverte par l'assurance maladie augmente de 965 euros₂₀₀₈ en moyenne : leur RAC passe en moyenne de 35 euros₂₀₀₈ en 2008 à 1 000 euros₂₀₀₈ en 2009 (cf. graphique 3). Ces personnes sont ensuite stratifiées en fonction des soins reçus, afin de déterminer lesquels sont à l'origine de la forte augmentation de leur RAC entre 2008 et 2009. Il ressort que trois types de soins expliquent plus de 80 % de cette augmentation : les soins dentaires, les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations et les soins hospitaliers. Un quart des personnes sélectionnées ont en effet été hospitalisées en 2009, contre 14 % dans l'ensemble de la population. Elles sont par ailleurs plus âgées (42 ans en moyenne contre 39 ans dans l'ensemble de la population). L'augmentation de leur RAC est néanmoins plus forte lorsqu'elle est associée à une dépense importante en soins dentaires ou hospitaliers, mais la persistance est plus marquée les années suivantes lorsqu'elle est due à une forte consommation de dispositifs médicaux. Ainsi, entre 2008 et 2009, pour ces individus, le RAC moyen pour les soins dentaires passe de 5 euros₂₀₀₈ à 365 euros₂₀₀₈, de 1 euro₂₀₀₈ à 311 euros₂₀₀₈ pour les produits de la liste des produits et prestations et de 1 euro₂₀₀₈ à 121 euros₂₀₀₈ pour les soins hospitaliers. Les années suivantes, le RAC moyen de ces individus s'établit à un niveau moins élevé que l'année de rupture (2009) mais reste bien plus élevé qu'en 2008. Le RAC moyen observé ensuite s'élève en effet à environ 500 euros₂₀₀₈ de 2010 à 2013. La diminution observée en 2010 est due à une réduction en moyenne des dépenses en dentaire de -56 %, en LPP de -66 % et hospitalières de -55 %.

Graphique 3 – RAC moyen par type de soins par année pour les assurés qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers en 2009



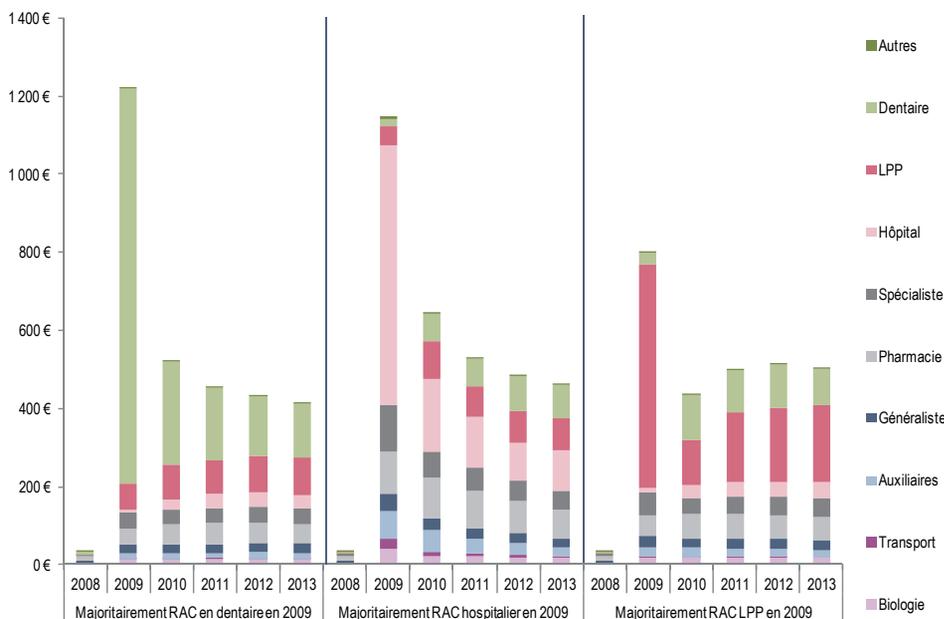
Note de lecture : Pour les personnes qui appartenaient aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers déciles de RAC en 2009, le RAC moyen pour les soins dentaires s'élevait en 2009 à 364 euros, pour la LPP à 311 euros, pour les soins hospitaliers à 121 euros...

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

⁵ Une analyse menée pour les années 2010 à 2013 donne des résultats équivalents.

À titre illustratif, si l'on se concentre sur les seules personnes dont le RAC augmente fortement entre 2008 et 2009 à cause de soins dentaires, celles-ci font face à un RAC moyen de 1 220 euros. Celles pour qui les soins hospitaliers sont en cause ont un RAC de 1 150 euros. Lorsque le RAC élevé est dû à une dépense en produits de LPP, celui-ci est moindre mais s'élève en moyenne à 800 euros en 2009. Pour les assurés dont le RAC provient essentiellement de soins hospitaliers, les autres postes de soins, tels que les soins de spécialistes, les médicaments, les auxiliaires médicaux, participent également à la forte hausse du RAC, signe d'un état de santé dégradé. Pour les autres assurés, le RAC provient essentiellement du poste considéré, dentaire ou LPP, même si les RAC relatifs aux autres postes augmentent également. Ce dernier point mériterait d'être approfondi dans des recherches futures car une forte dépense en soins dentaires ou en produits de LPP ne préjuge pas forcément d'un état général de santé dégradé expliquant une hausse pour l'ensemble des postes. Ce constat pourrait être lié aux limites du système d'information présentées précédemment. Enfin, les années suivant cette rupture, le RAC diminue progressivement en moyenne pour les assurés dont la majeure partie du RAC s'explique par une hausse des dépenses pour des soins dentaires et hospitaliers.

Graphique 4 – RAC moyen par type de soins par année pour les assurés qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers en 2009 selon les principaux types de soins composant le RAC



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

L'existence d'une certaine persistance des RAC qui se dégage des résultats des différentes analyses réalisées jusqu'à présent incite à s'intéresser maintenant à l'aspect cumulatif de ces RAC afin notamment de mieux caractériser les populations les plus exposées à des RAC importants dans le temps ainsi que le risque financier encouru.

Les RAC cumulés après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : concentration, montants et composition

L'hospitalisation double le reste à charge des assurés qu'ils soient ou non en ALD

Dans la lignée des dernières analyses publiées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, on distingue, dans cette partie de l'analyse, quatre catégories de patients présentant des particularités en termes de RAC liées à leurs caractéristiques ainsi qu'au niveau et au type de dépenses engagées (HCAAM, 2013)⁶ :

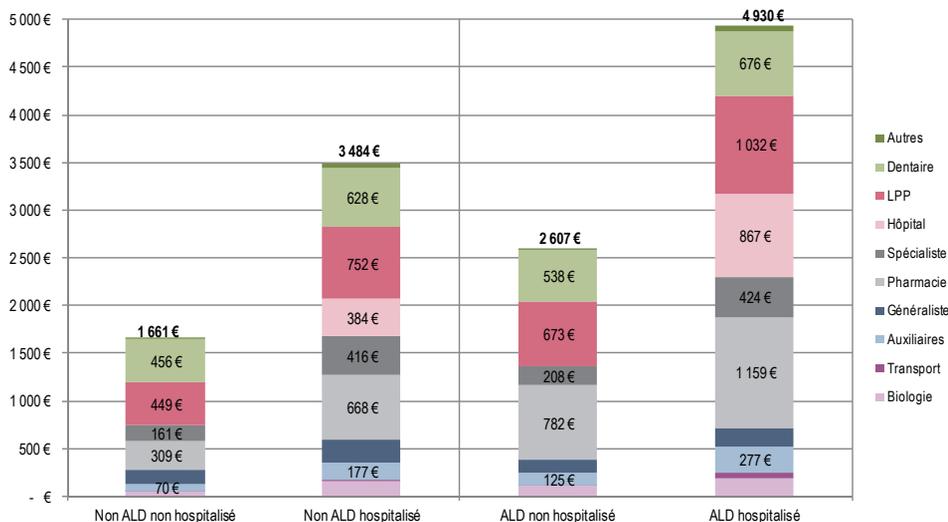
- ceux ayant une maladie chronique avec une prise en charge ALD, qui ont subi une hospitalisation au cours de la période étudiée (16 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 61 ans) ;

6 Une analyse selon l'âge est également présentée sous forme de graphique en annexe 2.

- ceux ayant une maladie chronique avec une prise en charge ALD mais qui n'ont pas été hospitalisés (4 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 55 ans) ;
- les assurés qui ont eu un problème de santé ayant nécessité une hospitalisation sans prise en charge ALD (33 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 39 ans) ;
- les assurés qui n'appartiennent à aucune de ces trois catégories. Ces consommateurs « non ALD, non hospitalisés » représentent 47 % de la cohorte et ont un âge moyen en 2008 de 33 ans.

Le statut d'ALD est un dispositif central de notre système de santé visant à écrêter les RAC sur les personnes les plus malades. Les personnes en ALD sont en effet confrontées à des RAC plus élevés que ceux observés pour les personnes sans ALD, qu'elles aient eu ou non une hospitalisation sur la période (cf. *graphique 5*). En cas d'hospitalisation, les RAC des personnes en ALD sont supérieurs de 42 % à ceux des personnes sans ALD. Cet écart est encore plus fort chez les personnes n'ayant pas été hospitalisées : les RAC des personnes en ALD sont, dans ce cas, plus élevés de 57 %. L'analyse de la structure des RAC par poste de dépenses montre le poids important de la pharmacie dans les RAC pour les personnes en ALD, en particulier pour celles qui n'ont pas été hospitalisées. Cela s'explique par la consommation importante, parmi les personnes en ALD, de médicaments qui n'entrent pas dans le champ de l'exonération de ticket modérateur.

Graphique 5 – RAC cumulé par type de population et type de soins (en €2008, 2008-2013)



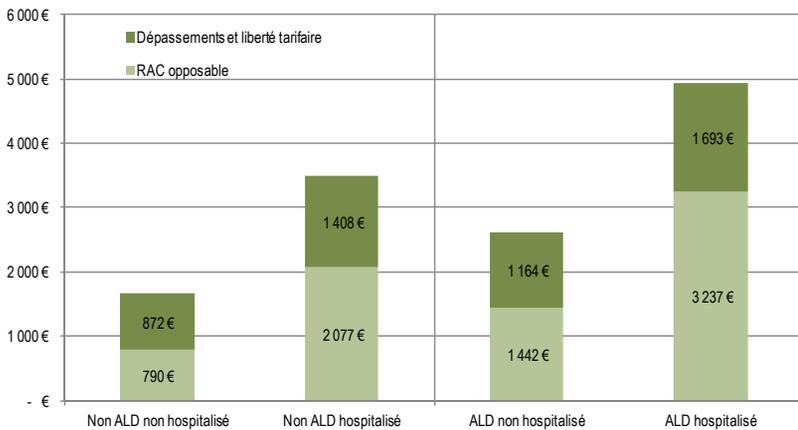
Note de lecture : Le RAC cumulé moyen sur la période 2008-2013 pour un assuré qui n'a pas été hospitalisé ou qui n'a pas bénéficié d'une exonération au titre d'une ALD durant les six années s'élève à 1 661 euros. Pour ces assurés, le RAC moyen en pharmacie atteint 309 euros, en LPP 449 euros et en dentaire 456 euros.

Source : SNIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

L'analyse en termes de nature de RAC (RAC opposable *versus* RAC résultant de la liberté tarifaire tels que définis dans le *graphique 1*) montre que, parmi les personnes en ALD, la liberté tarifaire et les dépassements représentent 44 % des RAC pour celles n'ayant pas été hospitalisées contre 34 % pour celles l'ayant été (cf. *graphique 6*). Ces pourcentages sont plus élevés pour les personnes sans ALD⁷, ce qui peut s'expliquer soit par un effet de structure de la consommation de soins (en lien avec le poids important des dépenses de pharmacie, non soumises à la liberté tarifaire, pour les personnes en ALD), soit par des stratégies de demande (comme un moindre recours à des spécialistes de secteur 2 ou à des soins soumis à la liberté tarifaire pour les personnes en ALD qui, en raison de leur état de santé, sont exposées à des dépenses de soins plus élevées).

⁷ Avec respectivement 52 % pour les non-hospitalisées, et 40 % pour les hospitalisées.

Graphique 6 – RAC cumulé par type de population et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire (en €2008, 2008-2013)

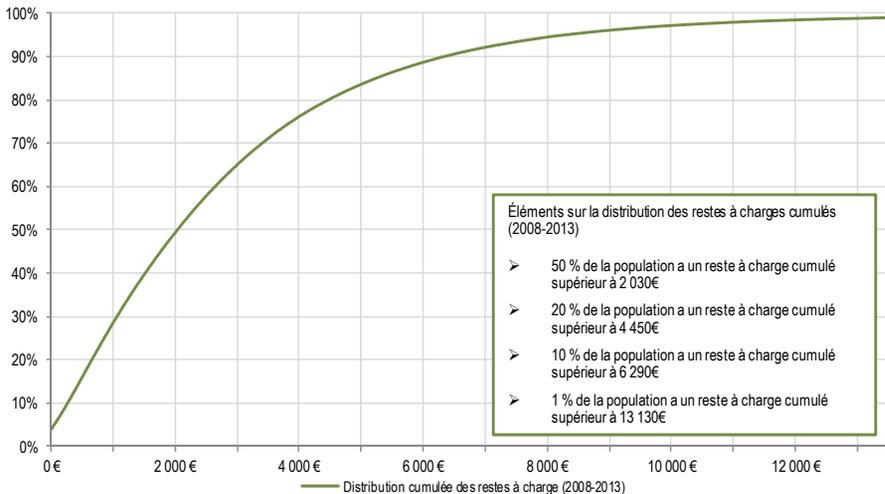


Note de lecture : Le RAC cumulé opposable moyen sur la période 2008-2013 pour un assuré qui n'a pas été hospitalisé ou qui n'a pas bénéficié d'une exonération au titre d'une ALD durant les six années s'élève à 790 euros contre 872 euros pour le RAC cumulé moyen issu de la liberté tarifaire.
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

De 2008 à 2013, un assuré sur dix fait face à un reste à charge après AMO supérieur à 9 100 euros

Afin d'avoir une approche plus globale sur la période des montants cumulés restant à la charge des assurés, les restes à charge annuels de chaque individu de 2008 à 2013 sont sommés. Ainsi, sur la période 2008-2013, 50 % de la population supporte un RAC cumulé supérieur à 2 030 euros (cf. graphique 7), 10 % un RAC cumulé supérieur à 6 290 euros et 1 % un RAC cumulé supérieur à 13 130 euros. Ces montants illustrent la forte concentration de RAC très élevés sur un petit nombre de personnes.

Graphique 7 – Distribution cumulée des RAC (en €2008, 2008-2013)

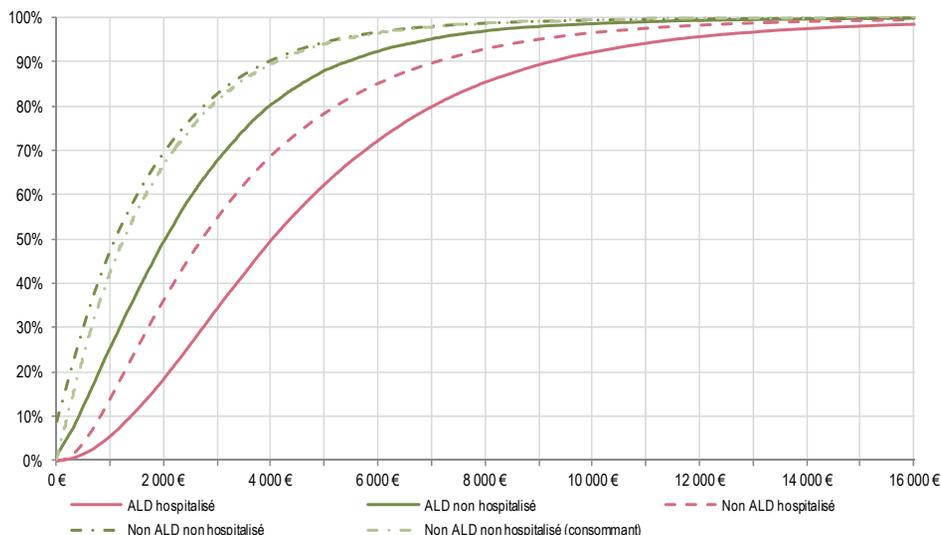


Note de lecture : La distribution cumulée donne, pour chaque valeur possible du RAC cumulé, le pourcentage de personnes ayant un RAC cumulé inférieur à cette valeur. Par exemple, 80 % de la population ont un RAC inférieur à 4 450 euros, ce qui implique que 20 % de la population supporte des RAC supérieurs à 4 450 euros.
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Une très large part des personnes qui ne souffrent pas d'une ALD font face à des RAC de très faible montant : par exemple, près de la moitié d'entre elles, lorsqu'elles n'ont pas été hospitalisées, ont un RAC cumulé sur les six ans inférieurs à 1 000 euros. C'est le cas de seulement un quart des personnes en ALD non hospitalisées. Les personnes qui ne sont pas en ALD se concentrent donc autour de montants faibles de RAC, à l'inverse des personnes en ALD qui souffrent toutes de maladie(s) entraînant des consommations de soins importantes. Parmi les personnes en ALD

hospitalisées, 10 % font face à un RAC cumulé supérieur à 9 100 euros, seules 5 % des personnes qui ne sont pas en ALD mais qui sont hospitalisées sont concernées par de tels niveaux de RAC. La même analyse menée selon l'âge montre qu'une très large part des personnes qui ont entre 20 et 60 ans font face à des RAC d'un faible montant comparées aux personnes âgées de plus de 60 ans. Ainsi, 50 % des personnes de 20 à 60 ans ont un RAC cumulé inférieur à 2 000 euros²⁰⁰⁸, contre seulement 25 % des personnes de plus de 60 ans (cf. *annexe 2, graphique A4*).

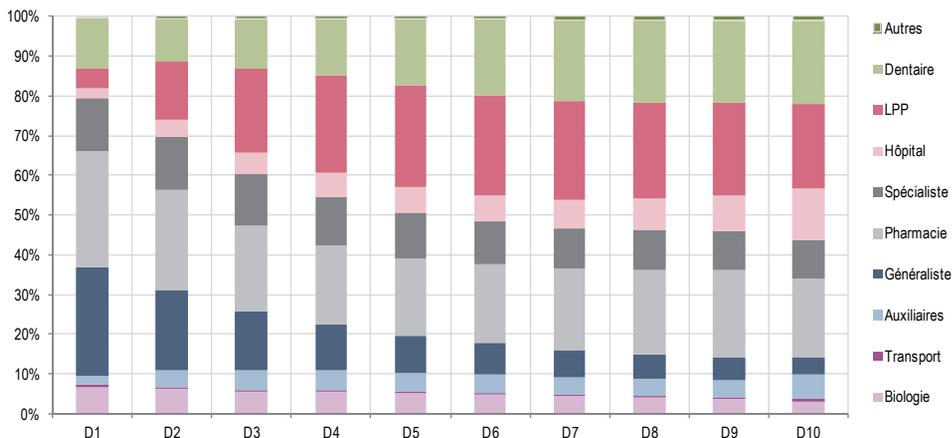
Graphique 8 – Distribution cumulée des RAC par type de population (en €2008, 2008-2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Deux raisons peuvent expliquer le niveau très élevé de certains RAC : des consommations de soins importantes ou une part importante de consommations de soins sur des postes pour lesquels la part prise en charge par l'AMO est plus faible. L'analyse de la répartition des RAC cumulés par type de soins et par décile tend à confirmer cette dernière explication (cf. *graphique 9*). En effet, l'augmentation avec les déciles de RAC de la part des postes dentaire et LPP (postes à RAC élevés, exposés à la liberté tarifaire) combinée à la diminution du poste généraliste (à faible RAC en raison de la très forte proportion de médecins généralistes en secteur 1) suggère que les personnes confrontées à des RAC élevés ont une structure de consommations déformée au profit de consommations sur des postes exposés à des RAC élevés.

Graphique 9 – Répartition des RAC cumulés par type de soins par décile de RAC



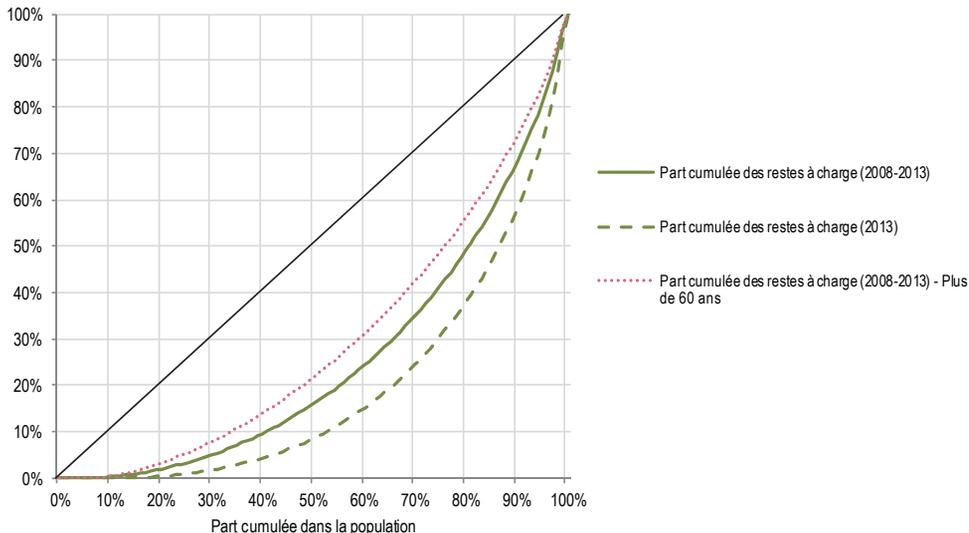
Note de lecture : Parmi les assurés qui appartiennent au dernier décile de RAC (D10, 10 % des personnes avec les RAC les plus élevés), 13 % de ce RAC sont issus de soins hospitaliers, 21 % de la LPP, 21 % du dentaire, 20 % de la pharmacie.
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

Les 5 % de la population les plus touchés concentrent 20 % du montant total des RAC cumulés de la population. La concentration des RAC permet d'étudier les inégalités de répartition du RAC après AMO dans la population. Celle-ci est étudiée à l'aide de l'indice (ou coefficient) de Gini, indicateur synthétique, habituellement utilisé pour mesurer les inégalités de revenus. Il varie entre 0 et 1. Pour un niveau de RAC total donné au sein d'une population, il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les assurés feraient face à des RAC strictement égaux correspondant au RAC moyen par tête. À l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les RAC seraient nuls pour tous les individus sauf un qui supporterait un RAC égal au montant total donné. Entre 0 et 1, l'inégalité, c'est-à-dire la concentration des RAC élevés parmi un faible pourcentage de la population, est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Les RAC cumulés sont inégalement répartis au sein de la population (cf. graphique 10). Ainsi, les 10 % de la population qui subissent les plus forts RAC cumulés sur la période 2008-2013 concentrent 32 % du total des RAC cumulés par l'ensemble de la population. Les 5 % de la population qui subissent les plus forts RAC en concentrent 20 %, et les 1 % de la population en concentrent 4 %. L'indice de Gini reflète cette inégale répartition des RAC. En effet, celui-ci s'élève à 0,5 pour les RAC cumulés sur six années.

L'inégale répartition des RAC diminue avec le temps (cf. graphique 10). Les données disponibles permettent de comparer la concentration des RAC une année donnée et sur l'ensemble de la période. Cette comparaison permet notamment de déterminer s'il existe un roulement au sein de la population concentrant les plus forts RAC permettant de limiter *in fine* le niveau de RAC supporté dans le temps. Lorsque l'on compare la courbe de concentration des RAC en 2013 et celle des RAC cumulés sur la période 2008-2013, il apparaît clairement que la répartition du RAC cumulé est moins inégalitaire que celle obtenue pour une année donnée. Ainsi, l'indice de Gini pour la répartition des RAC en 2013 s'élève à 0,6 (à titre de comparaison, l'indice de Gini pour les revenus n'est que de 0,3) versus 0,5 sur la période 2008-2013 ; et 10 % de la population concentrent 42 % des RAC contre 32 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013. Cela est cohérent avec la diminution dans le temps de la corrélation des RAC constatée précédemment. Une analyse de la courbe de concentration des RAC cumulés pour les plus de 60 ans montre enfin que la concentration des RAC cumulés diminue avec l'âge. Par exemple, parmi les plus de 60 ans, 10 % de la population concentrent 26 % des RAC cumulés (cf. annexe 3) et l'indice de Gini s'élève seulement à 0,4.

Graphique 10 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés (2008-2013)

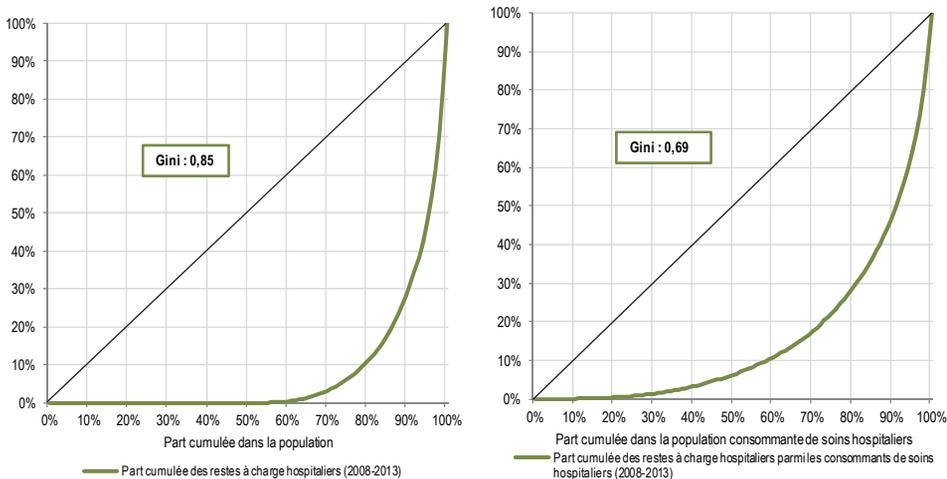


Note de lecture : Les 10 % de la population qui supportent les plus forts RAC respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 versent respectivement 42 % des RAC en 2013 et 32 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

La concentration des RAC cumulés varie fortement selon les types de soins considérés. Si l'indice de Gini est de 0,5 pour les soins généralistes, il atteint 0,95 pour les RAC liés aux transports sanitaires (0,73 si on se concentre uniquement sur les consommateurs). La concentration des RAC s'avère également particulièrement importante pour les soins hospitaliers (cf. graphique 11). Ainsi, 10 % de la population concentrent 72 % des RAC hospitaliers et l'indice de Gini s'élève à 0,85 pour les RAC liés à ce type de soins. Le haut niveau de concentration des RAC hospitaliers peut en partie s'expliquer par le fait que peu d'assurés ont recours à ce type de soins. Pour autant, même en se focalisant sur la population ayant consommé des soins hospitaliers, l'inégale répartition des RAC reste importante. Ainsi, pour les soins hospitaliers, 10 % de cette sous-population concentrent 53 % des RAC cumulés hospitaliers, 5 % accumulent 36 % de ces RAC et les 1 % de personnes avec les plus forts RAC hospitaliers supportent 10 % des RAC cumulés hospitaliers. L'indice de Gini, s'il diminue, reste cependant élevé et atteint 0,69.

Graphique 11 – Courbe de concentration des RAC cumulés hospitaliers (2008-2013), ensemble de la population et population consommante



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Les mécanismes de participation financière : quelle solidarité instaurée par l'assurance maladie obligatoire ?

Un RAC globalement croissant avec la dépense, mais un lien atténué par les mécanismes d'exonération de participations financières

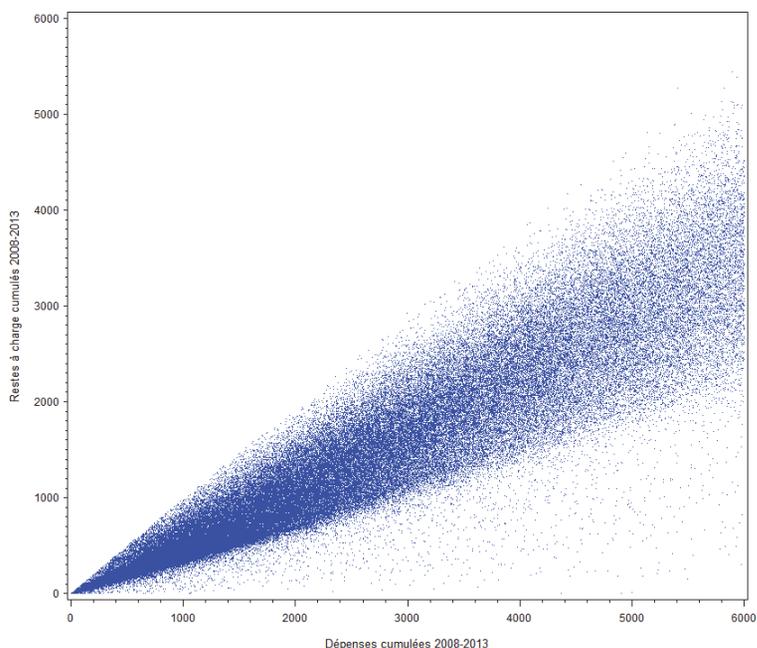
Les modalités de la participation financière en France, dans le régime de droit commun, impliquent globalement une relation positive croissante entre les dépenses et le RAC après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (cf. *graphique 12*). En effet, le ticket modérateur, principale participation financière des patients, est proportionnel à la dépense remboursable (cf. *figure 1*). Ainsi, plus la dépense remboursable est élevée, plus le RAC augmente. Par ailleurs, les nouvelles participations financières telles que la participation forfaitaire de 1 euro introduite en 2005 sur les consultations et les examens de radiologie ou de biologie et les franchises médicales mises en place en 2008 sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, suivent la même logique. En effet, même si elles ne sont pas proportionnelles à la dépense, elles augmentent avec la consommation de soins. Par exemple, plus un assuré consulte son médecin, plus la participation financière qu'il doit acquitter est élevée, même si les plafonnements⁸ de ces deux participations financières limitent leur impact.

Certains systèmes d'assurance santé à l'étranger ont tenté de limiter la proportionnalité entre le RAC et le niveau de dépense en utilisant deux mécanismes principaux de participation financière du patient au sein du système de remboursement. Le premier mécanisme est une franchise globale à la base en deçà de laquelle il n'y a pas de prise en charge, et au-delà de laquelle la prise en charge par l'assurance maladie est intégrale. C'est le mécanisme mis en place aux Pays-Bas où le montant de la franchise a été fixé à 375 euros en 2014. Ainsi, la majorité des assurés doivent financer les premiers 375 euros de dépenses⁹. Ensuite, l'assurance publique prend entièrement à sa charge les dépenses de santé. Ce mécanisme permet de limiter l'impact du niveau de dépense sur le RAC, mais également de mutualiser sur un plus grand nombre de personnes ayant des dépenses de santé assez faibles le RAC total au sein de la population. Le deuxième mécanisme permet, quant à lui, de décorrélérer automatiquement le niveau de RAC du niveau de dépenses pour des assurés devant faire face à des dépenses élevées. Ce mécanisme est le plafonnement du RAC annuel auquel un individu peut faire face. Ce plafonnement, qui peut être parfois modulé en fonction du revenu et qui s'applique soit sur toute la dépense, soit sur certains soins, a été mis en œuvre dans certains pays européens comme l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Suède. Lorsque ce plafonnement est en vigueur, l'assuré ne s'acquitte plus des RAC issus de ses dépenses au-delà d'un certain niveau de dépense ou de RAC.

⁸ Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné, comme pour la franchise médicale, à 50 euros par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par personne.

⁹ Les assurés peuvent opter pour une franchise de 500 euros en échange d'une réduction du montant de la prime d'assurances.

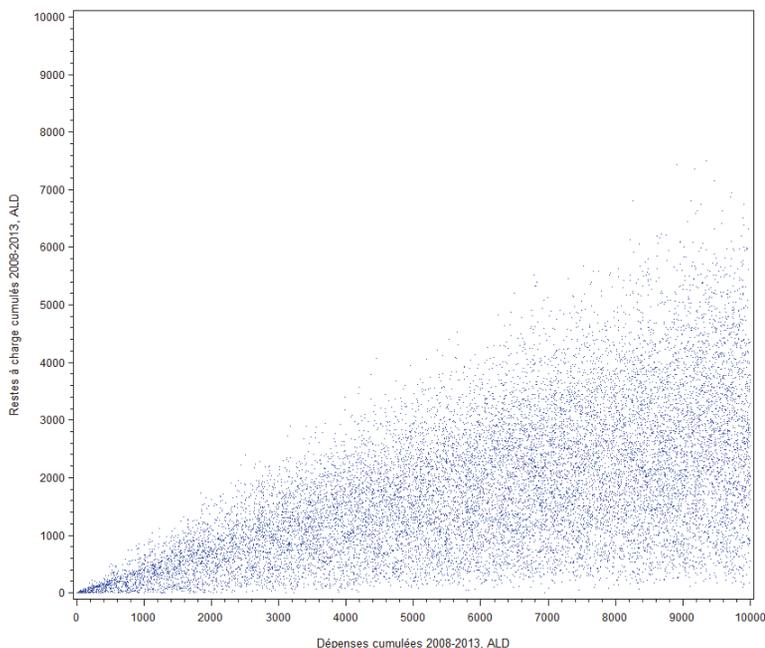
Graphique 12 – RAC cumulés sur la période 2008 à 2013 selon la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui ne bénéficient pas d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année, entre 2008 et 2013, ou qui n'ont pas été hospitalisés entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

En France, comme dans d'autres pays européens, la proportionnalité entre le niveau de dépense et le niveau de RAC est limitée grâce aux mécanismes d'exonération de participations financières. Ces exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes sont justifiées soit par le coût de la prestation (hospitalisations longues, médicaments onéreux...), soit par des considérations de santé publique ou de politique sociale (dépistages, consultations de prévention destinées aux mineurs...), soit encore par la situation du bénéficiaire (souffrant d'une affection de longue durée, invalides, femmes enceintes, nouveau-nés...). Elles permettent très clairement de limiter la corrélation entre le niveau de dépense et de RAC (cf. *graphique 13* pour les personnes exonérées notamment au titre d'une affection de longue durée). Ainsi, dans cette étude, le coefficient de corrélation entre le niveau de dépense et de RAC s'élève à 0,9 pour les assurés qui, durant les six années observées, n'ont pas été hospitalisés ou n'ont pas bénéficié au moins une année d'une exonération au titre d'une affection de longue durée. Si on se concentre sur les assurés qui, eux, ont bénéficié au moins une année d'une exonération au titre d'une affection de longue durée, le coefficient de corrélation chute à 0,4, signe de cette limitation de la proportionnalité des RAC à la dépense engagée.

Graphique 13 – RAC cumulés sur la période 2008 à 2013 en fonction de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



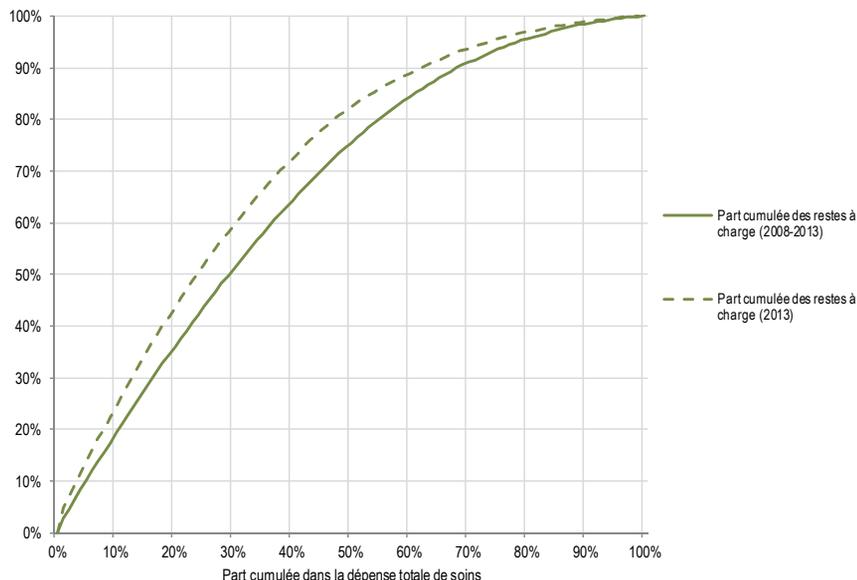
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Un reste à charge après AMO moins concentré que la dépense de santé

Si la concentration des RAC a souvent été mise en regard de la concentration des revenus (Lachaud-Fiume *et al.*, 1998 ; Geoffard et Lagasnerie, 2013) ou de la répartition dans la population, la concentration des RAC peut être également mise en regard des dépenses engagées par l'individu. Cela permet d'étudier la répartition des RAC en fonction de la répartition des dépenses. Cet indicateur permet de répondre à la question : comment sont répartis les RAC en fonction des dépenses engagées ? Un système de remboursement qui souhaiterait instaurer une solidarité en fonction du niveau de dépenses, et donc *a priori* de l'état de santé, devrait alors permettre de concentrer une plus forte part du RAC sur ceux qui consomment le moins. À noter qu'il convient, pour analyser correctement les résultats de cet indicateur, de garder à l'esprit que les dépenses de soins sont fortement concentrées. Ainsi, dans l'ensemble de la cohorte, entre 2008 et 2013, 10 % de la population concentrent 48 % des dépenses cumulées et 1 % de la population en concentre 10 % (pour plus de détails sur la concentration des dépenses cumulées se référer à l'annexe 3).

L'assurance maladie obligatoire instaure une solidarité significative au sein de la population concernant la prise en charge de leurs dépenses de soins (cf. graphique 14). Les RAC sont distribués de façon inégale au profit de ceux qui ont les dépenses les plus élevées. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés ayant les plus faibles dépenses, qui constituent 50 % de la dépense totale, concentrent 76 % des RAC cumulés et représentent presque 90 % de la population. À l'inverse, les assurés avec les plus fortes dépenses, qui concentrent la moitié des dépenses restantes, supportent seulement 24 % du total des RAC, ils représentent un peu plus de 10 % de l'ensemble des assurés étudiés. La forte concentration de la dépense de soins implique que le RAC reste inégalement réparti dans la population, mais le système de participation financière réduit toutefois cette inégalité en instaurant une redistribution des restes à charge élevés vers les assurés qui dépensent le moins. Cet effet est moins important lorsque l'on se focalise sur les RAC cumulés que lorsque l'on étudie les RAC sur une seule année. En effet, en 2013, les assurés avec la plus faible dépense de soins, qui représentent 50 % de la dépense totale, concentrent 82 % des RAC.

Graphique 14 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins

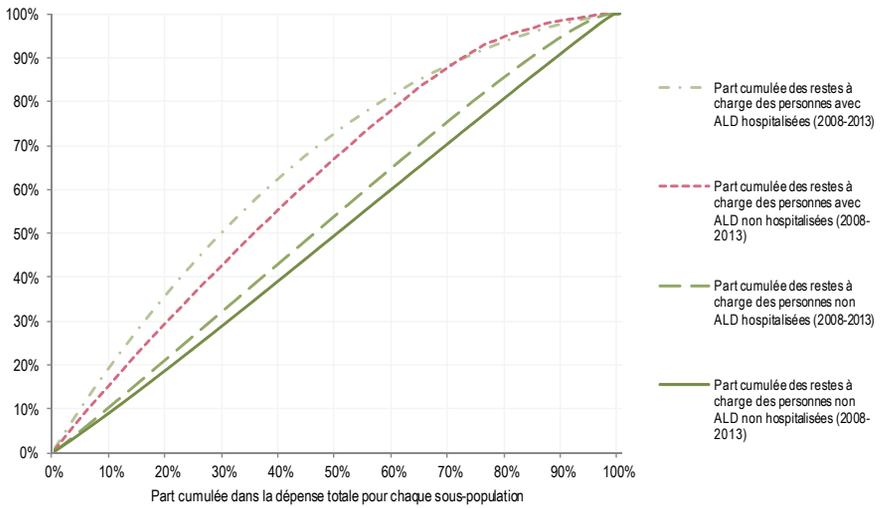


Note de lecture : Les personnes qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 concentrent respectivement 3 % des RAC en 2013 et 5 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Lorsqu'on étudie la concentration des RAC en fonction des dépenses engagées sur les quatre sous-populations d'intérêt précédentes (croisement entre personnes hospitalisées/non hospitalisées et personnes en ALD ou non), on constate que l'assurance maladie obligatoire opère bien une redistribution au sein des sous-populations souffrant d'une affection de longue durée ou ayant été hospitalisées (cf. graphique 15). En revanche, le système n'induit pas de solidarité pour les assurés qui ne présentent aucune des deux caractéristiques : elles sont *a priori* en meilleure santé. Ce constat signifie par exemple qu'au sein de la population hospitalisée, les RAC sont concentrés sur les personnes qui dépensent le moins lorsqu'elles sont hospitalisées. Le constat est identique sur la population souffrant d'une affection de longue durée. Ainsi, sur la population qui est exonérée au titre d'une ALD et qui a été hospitalisée au cours des six années, la solidarité au sein de cette population est très importante. En effet, les assurés dont les dépenses sont les plus faibles et qui représentent 50 % de la dépense totale au sein de cette population concentrent 73 % des RAC cumulés. À l'inverse, parmi les assurés qui ne bénéficient pas d'une exonération au titre d'une ALD et qui n'ont pas été hospitalisés au cours des six années, la part de leurs RAC dans le RAC total cumulé est équivalente à la part de leurs dépenses dans la dépense totale : les assurés qui dépensent 50 % de la dépense totale au sein de cette population supportent 50 % du RAC cumulé.

Graphique 15 – Courbe de concentration des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins par sous-population

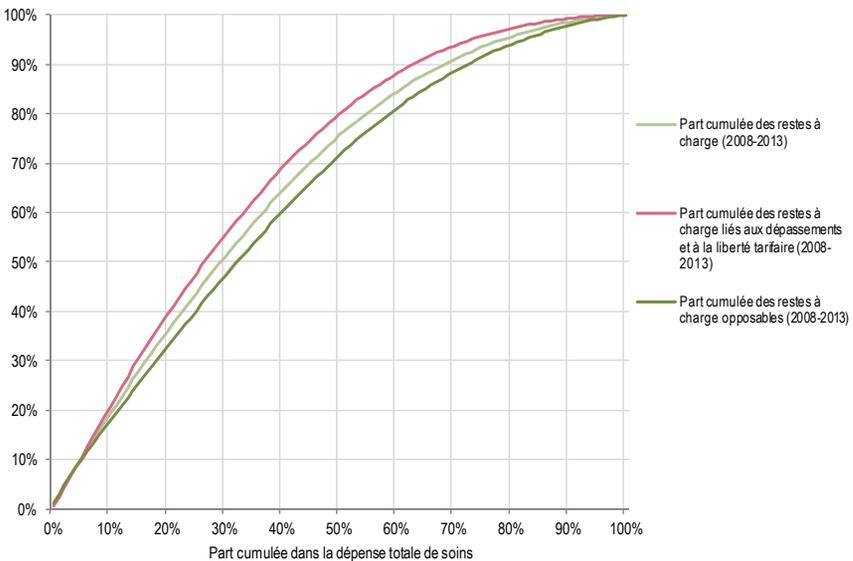


Note de lecture : Les personnes avec ALD hospitalisées, qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée sur la période 2008-2013, concentrent 7 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Les RAC résultant de la liberté tarifaire sont plus fortement concentrés parmi les assurés ayant de faibles dépenses que les RAC dits opposables (ticket modérateur, participation forfaitaire, franchise médicale...) [cf. *graphique 16*, courbes en pointillés]. Ainsi, alors que les assurés avec les plus faibles dépenses de soins et qui concentrent 50 % de cette dépense supportent 82 % des RAC privés, ceux-ci accumulent 70 % des RAC opposables. Ce constat s'explique notamment par le fait que les dépenses élevées concernent des soins, hospitaliers par exemple, pour lesquels les RAC opposables peuvent être élevés et où les RAC issus de la liberté tarifaire sont faibles (pour des éléments supplémentaires sur les RAC opposables en ville et hospitaliers se référer à l'*annexe 3*).

Graphique 16 – Courbe de concentration des RAC en 2008 et des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins



Note de lecture : Les personnes qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée sur la période 2008-2013 concentrent 6 % des RAC cumulés opposables sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Conclusion

À partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) issu du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est suivie une cohorte de 2008 à 2013 d'environ 380 000 assurés du régime général non décédés pendant cette période, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Sont étudiés alors, pour la première fois, les restes à charge après assurance maladie obligatoire de ces assurés pour leurs soins de ville, ainsi que leurs hospitalisations en établissements de santé privés et publics (en médecine, chirurgie, obstétrique) sur les six années d'observation. Cette étude permet donc d'en décrire l'importance, ainsi que le profil des populations exposées à des restes à charge élevés et récurrents.

Sur l'ensemble de la population, tous soins confondus, l'inertie du reste à charge est globalement modérée, c'est-à-dire que les restes à charge de deux années successives, ou non, sont peu corrélés. Ce résultat est robuste sur les catégories de population qui sont supposées subir des restes à charge élevés chaque année, comme les personnes souffrant d'une affection de longue durée. Si le reste à charge global présente une inertie modérée, le reste à charge sur certains types de soins, comme les médicaments et les consultations de généralistes, est lui très corrélé d'année en année.

Les dépenses de soins dentaires, de soins hospitaliers ou de la liste des produits et prestations remboursables sont responsables des fortes augmentations de restes à charge dans le parcours des assurés¹⁰. Les personnes confrontées à cette augmentation de leur reste à charge ont une dépense non couverte par l'assurance maladie obligatoire qui augmente de 965 euros en moyenne entre 2008 et 2009. Leur reste à charge passe de 35 euros₂₀₀₈ en moyenne en 2008 à 1 000 euros₂₀₀₈ en moyenne en 2009. Les trois types de soins cités précédemment expliquent plus de 80 % de cette augmentation.

Si l'on somme les restes à charge individuels sur plusieurs années, on constate que les restes à charge cumulés sont inégalement répartis au sein de la population. Ainsi, 10 % de la population, âgée en moyenne de 64 ans, présente un reste à charge cumulé entre 2008 et 2013 supérieur à 6 290 euros dont les principales composantes sont à nouveau les soins dentaires, les soins hospitaliers ou la pharmacie. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé sont des facteurs explicatifs d'un niveau élevé de restes à charge cumulé. L'inégale distribution des restes à charge est plus forte une année donnée que sur l'ensemble de la période, signe que les cartes sont toutefois rebattues et que ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui essuient des restes à charge parmi les plus élevés. Enfin, en France, comme d'autres pays européens, les mécanismes d'exonération de participations financières permettent très clairement de limiter la corrélation entre le niveau des dépenses de santé et le reste à charge associé. Ces exonérations instaurent par conséquent une solidarité entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins, donc entre les bien-portants et les malades. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés avec les plus faibles dépenses et qui concentrent 50 % de la dépense totale, qui représentent presque 90 % de la population, concentrent 76 % des restes à charge cumulés. À l'inverse, les assurés avec les plus fortes dépenses et qui concentrent l'autre moitié de la dépense, qui représentent un peu plus de 10 % de la population, supportent seulement 24 % des restes à charge.

¹⁰ Dans l'étude, une rupture de parcours en termes de RAC est défini par le passage des trois premiers déciles de RAC aux trois derniers déciles en une année.

Pour en savoir plus

Briet R., Fragonard B., 2007, « Mission Bouclier sanitaire », rapport au ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, octobre.

Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E., 2014, « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Économie et Statistique*, n° 469-470, juillet.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., 2012, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique*, n° 28-29, décembre.

Dourgnon P., Or Z., Sorasith C., 2013, « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », *Question d'économie de la santé*, n° 183, IRDES, janvier.

Franç C., Pierre A., 2015, « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des RAC : une étude de cas », *Économie et Statistique*, n° 475-476, avril.

Galbraith A.-A., Sinaiko A.-D., Soumerai S.-B., Ross-Degnan D., Duta-Linn M.-M., Lieu T.A., 2013, "Some families who purchased health coverage through the massachusetts connector wound up with high financial burdens", *Health Aff (Millwood)*, may;32(5):974-83.

Geoffard P.-Y., De Lagasnerie G., 2013, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », *Économie et Statistique*, n° 455-456, mai.

HCAAM, 2011, « Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins », rapport annuel, décembre.

HCAAM, 2013, « L'accessibilité financière des soins après AMO », rapport annuel, décembre.

Lachaud-Fiume C., LARGERON-LETÉNO C., ROCHAIX L., 1998, « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale », *Économie et Statistique*, n° 315

Ricci P., 2011, « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 », *Points de repère*, n° 35, CNAMTS, septembre.

Annexe 1 : Définition des mécanismes de participation financière et de protection des patients

Définition liminaire

Tarif de référence : l'assurance ou le financeur public prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé.

Définitions des mécanismes de participation financière

Ticket modérateur : le patient paie une part du coût total, le reste étant à la charge de l'assureur ou du financeur public. En France, la Sécurité sociale prend pour base de calcul de remboursement la dépense valorisée sur la base du tarif de référence, auquel elle applique un taux qui diffère suivant les actes et prestations de soins, de l'état de santé de l'assuré, ou du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Le ticket modérateur représente la différence entre la dépense valorisée sur la base du tarif de référence et le remboursement de l'assurance maladie. La dépense totale pouvant être supérieure à la base de calcul (dépassements, médicaments non remboursables...), le ticket modérateur peut n'être ainsi qu'une part du RAC supporté par l'assuré avant éventuelle prise en charge par les organismes complémentaires.

Franchise : le mécanisme de couverture et donc de remboursement des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont le plus souvent définies sur des périodes de 12 mois (non glissantes).

Remarque sur la participation forfaitaire de 1 euro et sur les franchises médicales sur les boîtes de médicaments en France : la participation forfaitaire et la franchise médicale sont déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie. Ainsi, ce sont des franchises à l'acte. L'assurance maladie continue donc de rembourser une partie du coût des soins soumis à la participation forfaitaire ou à la franchise médicale ce qui n'est pas le cas avec la franchise.

Définitions des mécanismes de protection des patients

Plafond de dépense ou de RAC : un plafond de dépense est défini, généralement sur une base annuelle calendaire (non glissante), en fonction de la dépense remboursable (dépense engagée dans la limite du tarif de référence) ou du ticket modérateur. Au-delà de ce plafond, l'assurance prend en charge la totalité du coût des soins, toujours dans la limite de la dépense remboursable. Le ticket modérateur marginal est alors nul.

Annexe 2 : Éléments complémentaires d'analyse

Tableau A1 – Fréquence des restes à charge les plus élevés ou les plus faibles

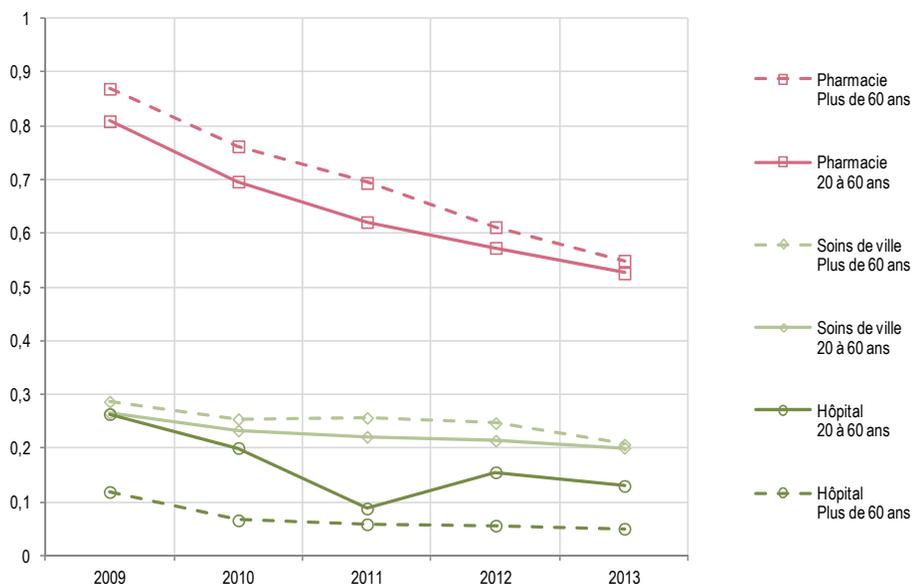
	Proportion de la population de la cohorte	Âge moyen	Proportion de cette population en ALD au moins une fois en ALD les six années
Toujours dans le dernier décile de reste à charge	0,6%	64 ans	44,1%
4-5 fois	2,8%	62 ans	45,8%
1-3 fois	29,0%	52 ans	32,6%
Jamais	67,5%	34 ans	13,4%
Toujours dans le premier décile de reste à charge	4,1%	45 ans	0,9%
4-5 fois	2,7%	36 ans	7,1%
1-3 fois	16,4%	35 ans	10,3%
Jamais	76,8%	41 ans	23,7%

Note de lecture : 0,6 % de la cohorte sont toujours dans le dernier décile de reste à charge de 2008 à 2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

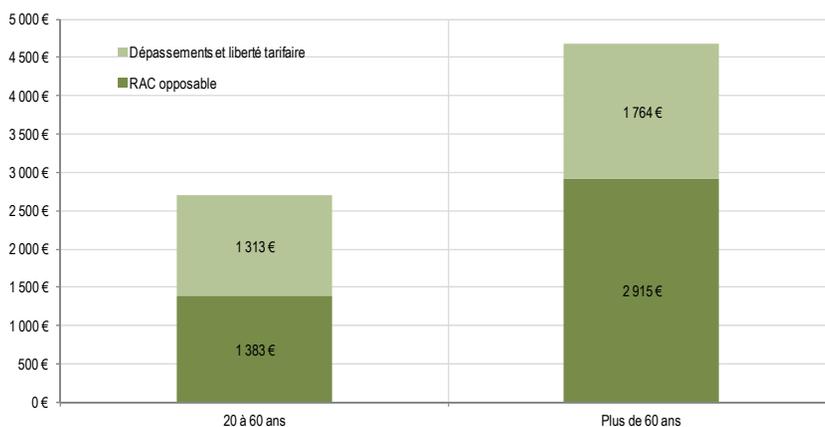
Selon l'âge (entre 20 et 60 ans, plus de 60 ans)

Graphique A1 – Coefficients de corrélation des restes à charge en 2008 et des restes à charge les années suivantes en fonction des types de soins et l'âge sur l'ensemble de la période 2008 à 2013



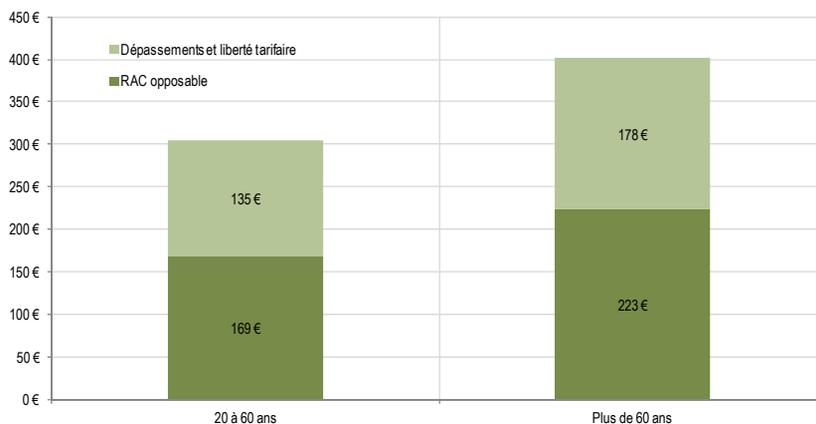
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A2 – RAC cumulé par âge et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire (en €2008, 2008-2013)



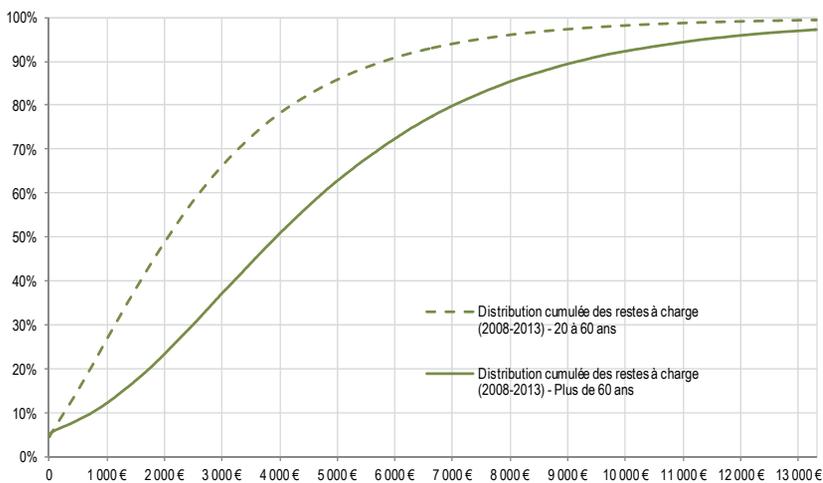
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A3 – RAC cumulé par âge et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire, spécialistes (en €2008, 2008-2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A4 : Distribution cumulée des RAC en fonction de l'âge (en €2008, 2008-2013)

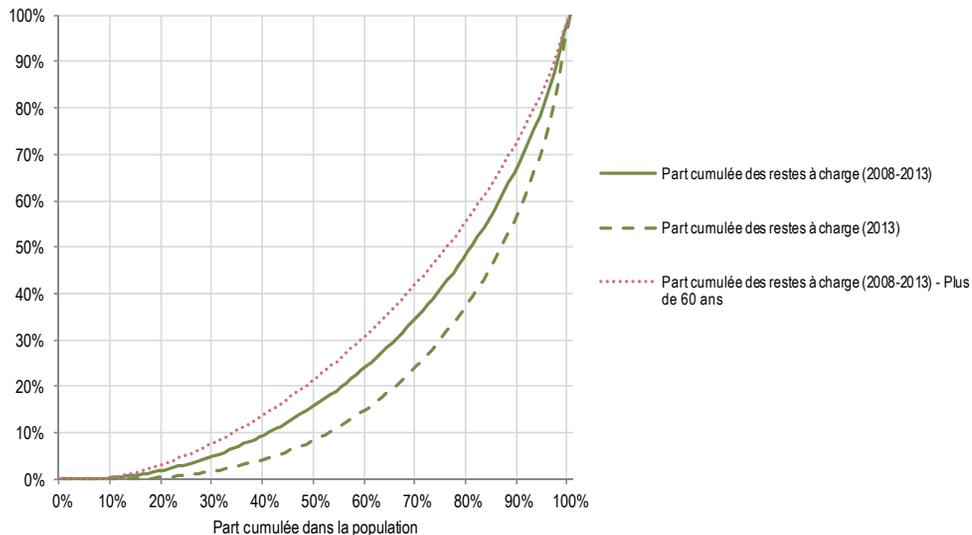


Note de lecture : La distribution cumulée donne, pour chaque valeur possible du RAC cumulé en fonction de l'âge, le pourcentage de personnes ayant un RAC cumulé inférieur à cette valeur. Par exemple, 80 % de la population entre 20 et 60 ans ont un RAC inférieur à 4 140 euros, ce qui implique que 20 % de la population supporte des RAC supérieurs à 4 140 euros.

Pour les plus de 60 ans, seulement 53 % de la population a un reste à charge inférieur à 4 140 euros. Toujours pour les plus de 60 ans, 80 % de la population a un reste à charge inférieur à 6 960 euros et donc 20 % de la population ont un reste à charge supérieur à 6 960 euros.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

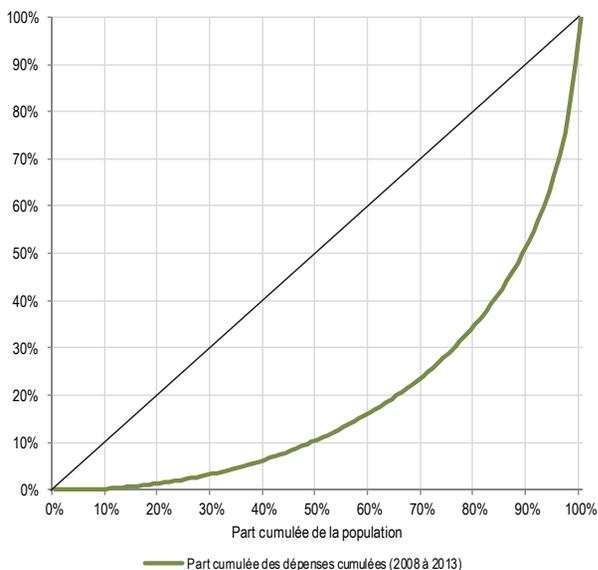
Graphique A5 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés 2008-2013 pour l'ensemble de la population et les plus de 60 ans



Note de lecture : Les 10 % de la population qui supportent les plus forts RAC respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 versent respectivement 42 % des RAC en 2013 et 32 % des RAC cumulées sur la période 2008-2013.
 Source : SNIIRAMEGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

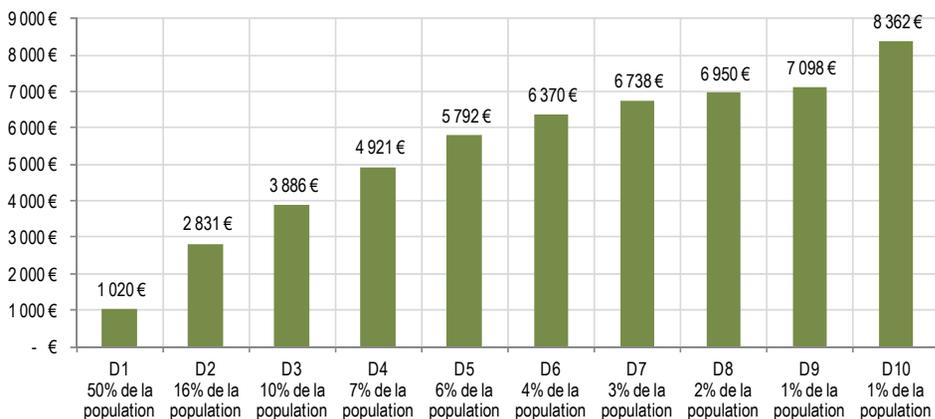
Annexe 3 : Éléments additionnels sur la concentration de la dépense et du reste à charge cumulés entre 2008 et 2013 dans la cohorte étudiée

Graphique A6 – Courbe de concentration de dépenses cumulées 2008-2013.



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

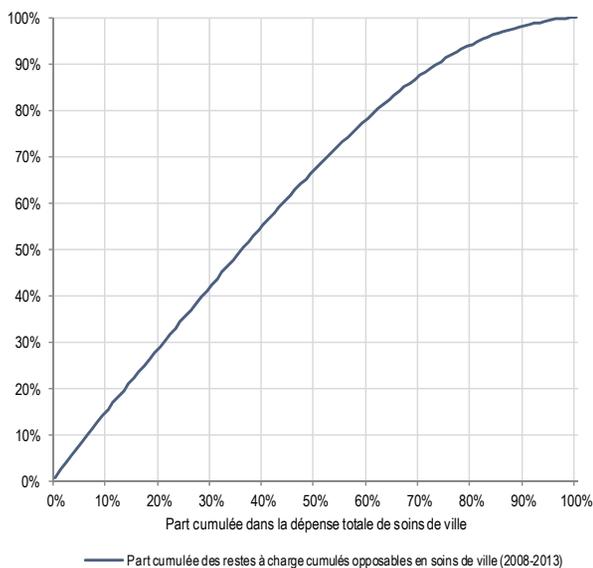
Graphique A7 – Reste à charge moyen par décile de concentration des dépenses cumulées (2008-2013)



Note de lecture : Les assurés avec les dépenses les plus faibles et qui concentrent 10 % de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 ont un reste à charge cumulé moyen de 1 020 euros₂₀₀₈. Le graphique indique également que ces personnes qui concentrent 10 % de la dépense cumulée (axe des ordonnées) représentent 50 % de la population (axe des abscisses).

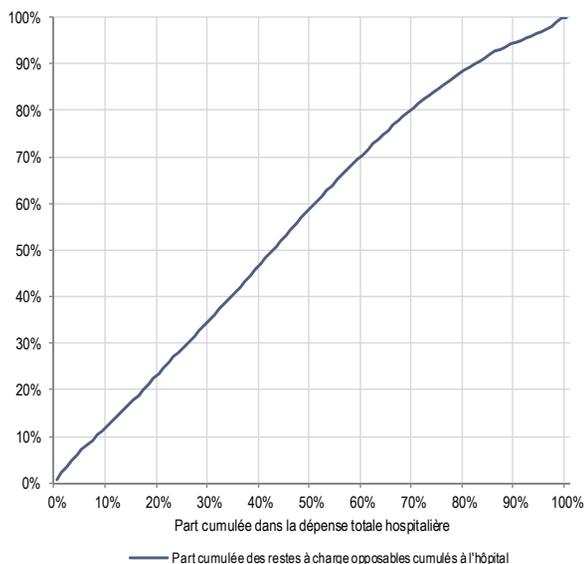
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A8 – Courbe de concentration des RAC opposables cumulés en soins de ville (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins de ville



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

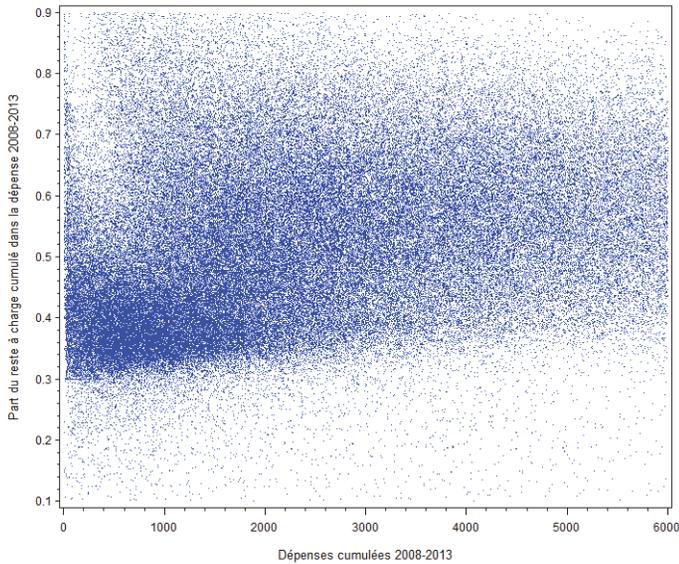
Graphique A9 – Courbe de concentration des RAC opposables cumulés en soins de ville (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins de ville



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

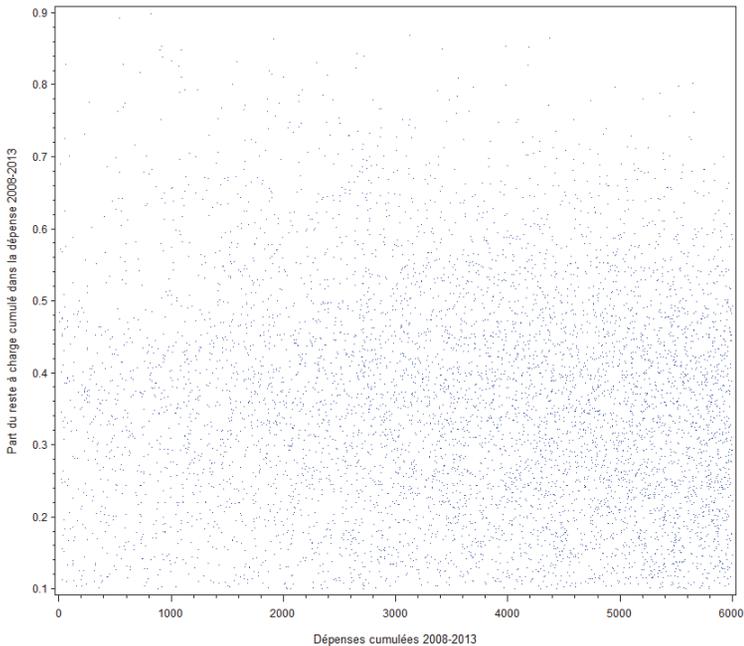
Annexe 4 : Restes à charge cumulés en part de la dépense de santé

Graphique A10 – RAC cumulés sur la période 2008-2013 selon la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui ne bénéficient pas d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 ou qui n'ont pas été hospitalisés entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A11 – RAC cumulés sur la période 2008-2013 en fonction de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

ÉCLAIRAGES

Accessibilité des soins et assurance maladie : qu'en pensent les Français ?

Vincent Le Palud, Étienne Perron-Bailly (DREES)

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, les inégalités de santé sont les moins acceptables de toutes, mais pas les plus répandues. Ainsi, en 2014, trois quarts des personnes interrogées pensent que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu et son lieu d'habitation. Cependant, pour plus de la moitié des Français, la qualité des soins est tributaire de ces deux critères.

L'assurance maladie doit bénéficier à tous sans distinction, selon sept Français sur dix. Cette proportion est sensiblement plus élevée que pour les autres risques sociaux (chômage, retraites et allocations familiales notamment). Elle accuse toutefois une baisse de 9 points par rapport à 2013 : 78 % des Français étaient alors favorables à l'universalité de l'assurance maladie. C'est le plus faible niveau de soutien à l'universalité des prestations de l'assurance maladie enregistré depuis 2004, date d'introduction de la question dans le Baromètre.

Afin de réduire le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont plus favorables aux mesures qui viseraient les professionnels de santé qu'à celles qui augmenteraient le niveau des cotisations sociales ou diminueraient celui des prestations servies. Ils sont notamment en très grande majorité opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies, seuls 15 % des Français y étant favorables en 2014.

Les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables

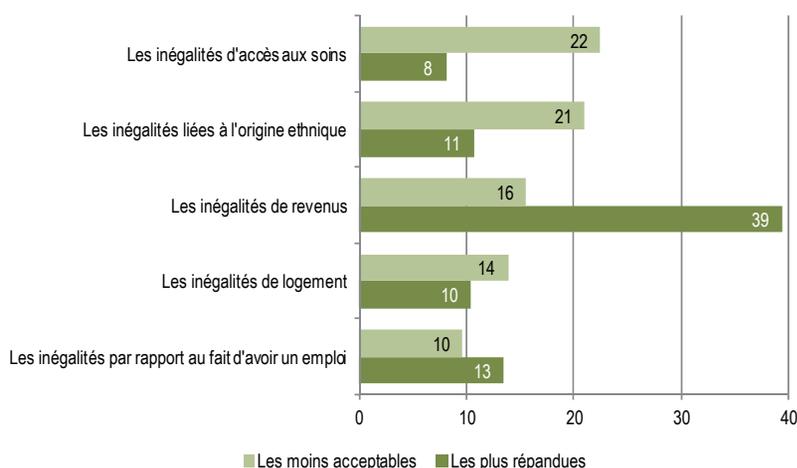
Le principe de l'assurance maladie obligatoire est de garantir des soins pour tous et une solidarité entre malades et bien-portants. Elle opère ainsi une double redistribution : une redistribution entre les bas et hauts revenus, les ménages modestes cotisant moins mais bénéficiant des mêmes prestations (Duval et Lardellier, 2012) ; et une redistribution entre classes d'âge des actifs vers les retraités, les retraités cotisant moins en moyenne et consommant plus de soins de santé (Duval *et al.*, 2011). L'assurance maladie complémentaire obéit à une autre logique, puisque la plupart des contrats individuels¹ fixent leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés, ce qui diminue la solidarité entre classes d'âge (Le Palud, 2014).

Ce caractère solidaire et redistributif de l'assurance maladie obligatoire n'empêche pas l'existence d'inégalités d'accès aux soins. Ces inégalités se traduisent notamment par un renoncement aux soins pour raisons financières de la part des personnes les plus précaires. Par exemple, les chômeurs auraient renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières une fois et demie plus souvent que les actifs occupés (37 % contre 24 %) au cours des douze derniers mois, d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale 2012 de l'IRDES². Ce renoncement aux soins pour raisons financières est lié à l'appréhension des restes à charge, c'est-à-dire les dépenses de santé qui restent à payer après remboursement par l'assurance maladie. En France, ces restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire sont inférieurs à la moyenne des pays européens (UE28 – OCDE, European Commission, 2014). Toutefois, pour certaines personnes, ils peuvent être élevés, notamment en optique ou en dentaire, voire extrêmes pour certains soins hospitaliers. En effet, à l'hôpital, en 2009, 5 % des patients ont un reste à charge supérieur à 1 900 euros (HCAAM, 2013a).

De plus en plus nombreux, près d'un quart des Français considèrent ces inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables de toutes, juste devant les inégalités liées à l'origine ethnique, et nettement devant celles liées au revenu ou encore au logement.

Graphique 1 – Les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables selon les Français

En %



Lecture : En 2014, 22 % des Français pensent que « les inégalités d'accès aux soins » sont « les moins acceptables ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2014.

¹ Un contrat de complémentaire santé peut être souscrit soit à titre individuel, soit à titre collectif par l'intermédiaire de l'employeur ou de la branche professionnelle de l'assuré.

² www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.html.

ENCADRÉ 1 : LE BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES

Le [Baromètre d'opinion de la DREES](#) est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités, et la protection sociale dans toutes ses dimensions : assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion. Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération). En 2014, le questionnaire a été refondu, avec une réduction de l'échantillon de 4 000 à 3 000 personnes, et l'intégration de questions portant sur la cohésion sociale.

Des questions relatives à l'opinion sur les dépenses de santé, le monopole de la Sécurité sociale et la solidarité du système d'assurance maladie sont posées une année sur deux et ne sont donc pas disponibles dans la vague 2015 du Baromètre. Ces thématiques pourront être approfondies de nouveau lors de la prochaine vague du Baromètre d'opinion de la DREES.

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

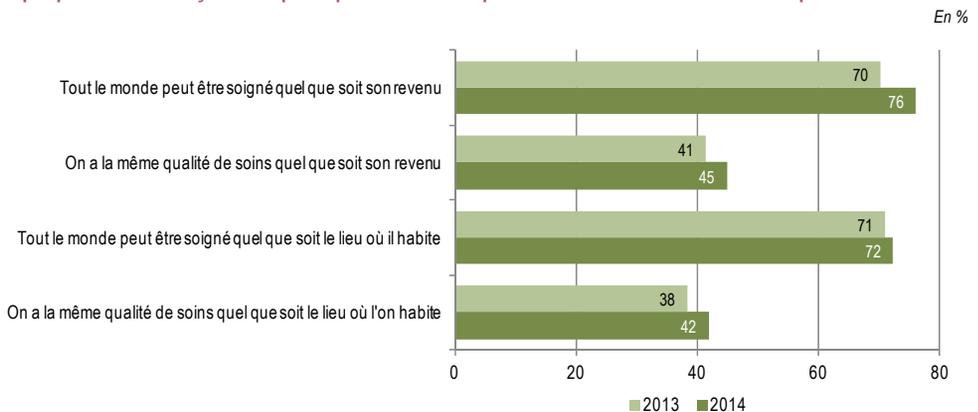
Les réponses à une enquête d'opinion peuvent être particulièrement sensibles à la formulation des questions, ou à leur place dans le questionnaire. Ces enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps. Elles peuvent notamment capter l'évolution de la distribution des réponses, au fil des années, lorsque la formulation des questions et l'organisation du questionnaire restent les mêmes. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent dans le temps, en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique. Toutefois, de trop petites variations (de l'ordre d'un ou deux points de pourcentage) peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

Trois quarts des Français jugent que tout le monde peut avoir accès aux soins, mais une majorité estime que leur qualité dépend du revenu et du lieu d'habitation

Les inégalités d'accès aux soins sont certes les moins acceptables pour les Français, mais seulement 8 % d'entre eux les considèrent comme les plus répandues (*graphique 1*). De plus, en 2014, trois quarts des Français jugent que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu », et plus de sept sur dix estiment que « tout le monde peut être soigné quel que soit le lieu où il habite » (*graphique 2*). Les soins sont donc majoritairement considérés comme accessibles à tous.

Toutefois, plus de la moitié des Français considèrent que les inégalités de qualité des soins restent importantes. En effet, lorsqu'ils sont interrogés sur la qualité des soins, et non sur la possibilité d'en bénéficier, moins de la moitié pense qu'« on a la même qualité de soins quel que soit son revenu » (45 %) ou « quel que soit le lieu où l'on habite » (42 %, *graphique 2*).

Graphique 2 – Les Français sont plus optimistes sur la qualité et l'accès aux soins en 2014 qu'en 2013



Lecture : En 2014, 76 % des Français pensent que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2013-2014.

Une grande majorité des Français sont attachés à l'universalité de l'assurance maladie, mais ce soutien diminue

En France, l'assurance maladie obligatoire est universelle, c'est-à-dire qu'elle couvre quasiment l'ensemble de la population. C'est le cas dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception notable des États-Unis et du Mexique (OCDE, 2013). En France, cette universalité est garantie depuis 2000 par la couverture maladie universelle (CMU), qui offre une assurance maladie obligatoire à toute personne résidant en France qui ne relève d'aucun autre régime obligatoire de nature professionnelle. Au 31 décembre 2014, 2,4 millions de personnes résidant en France étaient couvertes par la CMU (Fonds CMU, 2015).

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire peuvent être complétés par une assurance maladie complémentaire (AMC). En 2012, 95 % de la population résidant en France bénéficiait d'une AMC : 89 % étaient couverts par une assurance complémentaire santé privée et 6 % par une AMC gratuite délivrée sous condition de ressources³, d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES.

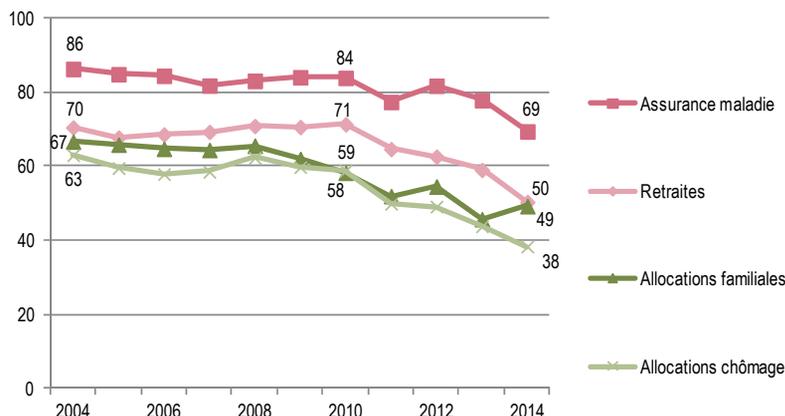
Parmi les différents risques couverts par la protection sociale, c'est pour l'assurance maladie que la volonté de conserver un système universel est la plus forte. En effet, 69 % des Français pensent que l'assurance maladie doit bénéficier « à tous, sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) », les 31 % restants se prononçant pour un ciblage des remboursements de soins sur les seuls cotisants ou les plus modestes (graphique 3). Pour les autres risques sociaux, les Français sont moins nombreux à être favorables à l'universalité des prestations, que ce soit les retraites (50 %), les allocations familiales (49 %) ou les allocations chômage (38 %).

Ce souhait d'universalité est en baisse depuis 2010 pour l'ensemble des risques couverts par la protection sociale au profit d'un ciblage sur certaines catégories de population. En 2014, l'assurance maladie est le risque social pour lequel le souhait d'universalité baisse le plus avec les allocations chômage, puisqu'il perd 8 points.

La baisse du soutien à l'universalité de l'assurance maladie et des autres assurances sociales doit être considérée au regard d'un souhait grandissant de réforme du financement du système de protection sociale exprimé par les Français (Beffy *et al.*, 2015). Ce sont les populations les plus âgées qui adhèrent moins souvent qu'avant à l'idée selon laquelle les prestations sociales devraient bénéficier « à tous sans distinction ».

Graphique 3 – Les Français de moins en moins favorables à l'universalité des prestations

En %



Note : Réponses à la question « À votre avis, l'assurance maladie devrait-elle bénéficier... ». Les modalités de réponse proposées étaient : « uniquement à ceux qui cotisent », « uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » et « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) ». Cette question était également posée pour « les retraites », « les allocations familiales » et « les allocations chômage ».

Lecture : En 2014, 69 % des personnes interrogées pensent que l'assurance maladie devrait bénéficier « à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,2 % et 0,6 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2014).

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2004-2014.

³ Il s'agit de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui relève également de la compétence du Fonds CMU. Elle est financée essentiellement par la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire santé. Elle bénéficie aux personnes à très faibles revenus, comme les bénéficiaires du RSA socle ou les ménages dont le revenu est inférieur à un certain seuil (12 967 euros annuels pour un couple résidant en Métropole).

Les pistes privilégiées par les Français pour la réduction du déficit de l'assurance maladie

Comment maîtriser la progression des dépenses de santé tout en conservant un système d'assurance maladie universel sans accroître les inégalités d'accès aux soins ? Certaines réformes couramment évoquées dans le débat public sont reprises dans le Baromètre d'opinion de la DREES afin de mesurer l'avis des Français sur ce sujet. Les répondants ont ainsi été interrogés sur « différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important ». Les Français préfèrent en général les mesures qui portent sur les professionnels de santé, plutôt que celles qui les affectent directement.

Les Français majoritairement opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies

En France, l'assurance maladie prend en charge à 100 % les soins des personnes en affection de longue durée (ALD), dont la gravité et le caractère chronique de la maladie nécessitent un traitement prolongé ou coûteux. Le cancer et la maladie d'Alzheimer font par exemple partie des ALD les plus connues. La solidarité entre malades et bien-portants mise en œuvre par l'assurance maladie s'exprime notamment par la concentration des remboursements sur les personnes en ALD. En 2012, celles-ci percevaient 61 % des remboursements du régime général de l'assurance maladie alors qu'elles ne représentaient que 16 % des bénéficiaires de ce régime (Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015). Pour autant, les malades en ALD supportent, en termes absolus, un reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire plus élevé que le reste de la population sur les soins de ville : en 2009, le reste à charge des personnes en ALD pour la médecine de ville était de 585 euros contre 396 euros pour le reste de la population (Baillot, 2011).

Interrogés sur les différentes mesures qui pourraient être adoptées pour réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important, celle qui recueille le moins d'avis favorables (15 %) serait de « réduire la prise en charge des longues maladies » (*graphique 4*). Pour réduire ce déficit, les Français sont plutôt favorables aux mesures pesant sur les professionnels de santé (limitation des tarifs, moindres prescriptions ou prescription de médicaments génériques) et les industriels du médicament. À l'inverse, les mesures pesant sur les assurés (hausse des cotisations, réduction de la prise en charge des longues maladies) sont moins souvent privilégiées.

Les Français plus favorables aux mesures qui concernent les professionnels de santé qu'à celles qui accroissent leurs cotisations ou réduisent leurs prestations

Mais s'ils devaient choisir entre « limiter le remboursement pour certaines prestations » (dont le détail n'est pas explicité) et « augmenter les cotisations » pour limiter le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont deux fois plus souvent favorables à la première solution (44 %) qu'à la seconde (22 %).

Les mesures recueillant le plus d'avis favorables pour réduire le déficit de l'assurance maladie concerneraient donc les professionnels de santé : il s'agirait de « limiter les tarifs des professionnels de santé »⁴ (84 % d'opinions favorables), de « modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'exams, ou des médicaments et des exams moins chers » (68 %) ou encore de « limiter la liberté d'installation des médecins » (42 %) [*graphique 4*]. Cette dernière modalité est en forte baisse par rapport à 2013 : 49 % des Français étaient alors favorables à la limitation de la liberté d'installation.

Cette année, deux nouvelles solutions pour réduire le déficit de l'assurance maladie ont été proposées : « taxer davantage les fabricants de médicaments », qui est considéré comme la deuxième solution préférée de huit Français sur dix, et « obliger la prescription de médicaments génériques », proposition souhaitée par plus d'un Français sur deux.

4 L'item qui rencontre le plus d'opinions favorables, à savoir « limiter les tarifs des professionnels de santé », n'a pas forcément d'effet direct sur la réduction du déficit de la branche maladie mais plutôt sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge, sauf à supposer qu'il s'agisse d'une limitation des tarifs conventionnels qui servent de base de remboursement à la Sécurité sociale.

Graphique 4 – Les réformes concernant les professionnels de santé plus populaires que celles relatives aux prestations et aux cotisations des assurés sociaux

% d'opinions « plutôt favorables »



Note : Taux des réponses « plutôt favorables » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? », déclinée pour chacun des types de réponse listées dans le graphique. Les modalités « Obliger la prescription de médicaments génériques » et « Taxer davantage les fabricants de médicaments » ont été introduites en 2014.

Lecture : En 2014, 42 % des Français sont plutôt favorables à « limiter la liberté d'installation des médecins ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 1,2 % et 2,4 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2014).

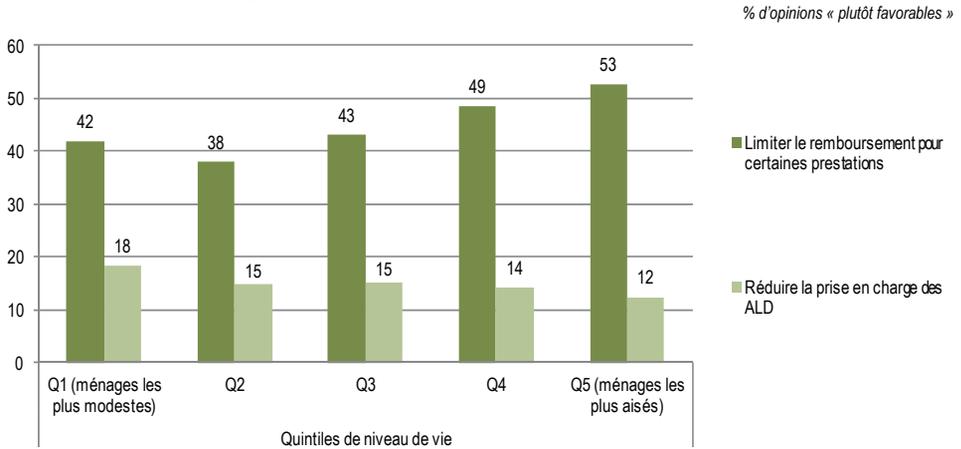
Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2009-2014.

Les personnes les plus aisées davantage favorables à une limitation du remboursement de certaines prestations

Les opinions des Français sur les leviers potentiels de réduction du déficit sont très liées aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Par exemple, les personnes faisant partie des 20 % les plus aisés en niveau de vie⁵ sont davantage en faveur de la limitation du remboursement de certaines prestations : 53 % d'opinions favorables, contre 42 % parmi les personnes les moins aisées (*graphique 5*). S'ils souhaitent davantage limiter le remboursement de certaines prestations, les ménages les plus aisés sont en revanche moins favorables à la réduction de la prise en charge des longues maladies (12 % d'opinions favorables), à l'inverse des ménages ayant un niveau de vie plus faible (18 % d'opinions favorables pour le premier quintile).

5 Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Selon l'échelle d'équivalence communément utilisée, le premier adulte du ménage correspond à une UC, les autres personnes de 14 ans ou plus à 0,5 UC et les enfants de moins de 14 ans à 0,3 UC.

Graphique 5 – Les ménages modestes souhaitent moins souvent limiter le remboursement de certaines prestations de l'assurance maladie, mais veulent davantage limiter l'aide aux personnes atteintes de longues maladies



Note : Réponses « plutôt favorables » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » pour les thèmes « Limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations » et « Réduire la prise en charge des longues maladies par la Sécurité sociale », par quintile de niveau de vie (revenu par unité de consommation).

Lecture : En 2014, 53 % des Français faisant partie du cinquième quintile de niveau de vie (c'est-à-dire des 20 % des Français les plus aisés) sont « plutôt favorables » à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », contre 42 % de ceux faisant partie des 20 % les plus modestes.

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur ces questions et sur leur niveau de revenu.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES 2014.

Ces opinions peuvent néanmoins varier selon d'autres facteurs, comme le lieu d'habitation, le sexe, l'âge, qu'il convient donc de prendre en compte. Toutes choses égales par ailleurs, augmenter les cotisations est une solution plus souvent citée par les jeunes (cf. *tableau en annexe*), mais aussi par les hommes (+6 points par rapport aux femmes). Les personnes aisées citent plus souvent cette mesure (+7 points), ainsi que la limitation des remboursements (+10 points), mais elles sont moins favorables que les ménages modestes à réduire la prise en charge des maladies longues (-6 points).

Les personnes en bonne santé, quant à elles, sont davantage favorables à la réduction de la prise en charge des maladies longues (+13 points) et à augmenter les cotisations (+8 points) que ne le sont les personnes en mauvaise santé.

Enfin, les personnes résidant dans les grandes régions Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest⁶ sont plus favorables à la limitation du remboursement pour certaines prestations que celles habitant en Île-de-France. La hausse des cotisations est plus citée dans les régions Île-de-France, Est et Méditerranée que dans le reste de la France.

6 Les « grandes régions » du Baromètre correspondent aux régions suivantes : « Région parisienne » : Île-de-France ; « Bassin parisien est » : Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne ; « Bassin parisien ouest » : Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie ; « Nord » : Nord-Pas-de-Calais ; « Est » : Alsace, Lorraine, Franche-Comté ; « Ouest » : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; « Sud-ouest » : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin ; « Centre est » : Auvergne, Rhône-Alpes ; « Méditerranée » : Languedoc-Roussillon, PACA.

Pour en savoir plus

Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (coord.), 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*, coll. Études et Statistiques, DREES, mai.

BVA, 2015, Principaux résultats du baromètre de la DREES 2014, rapport pour la DREES, avril.

Baillot A., 2011, « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », dans *Comptes nationaux de la santé 2010*, Document de travail, Série Statistiques, n°161, DREES, septembre.

Coppoletta R., Le Palud V., 2014, « Qualité et accessibilité des soins : qu'en pensent les Français ? », *Études et Résultats*, n° 866, DREES, février.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n°170, IRDES, novembre.

Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport, IRDES.

Duval J., Lardellier R., Legal R., 2011, « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances maladies complémentaires selon l'âge », dans *Comptes nationaux de la santé 2010*, Document de travail, Série Statistiques, n°161, DREES, septembre.

Duval J., Lardellier R., « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », dans *Comptes nationaux de la santé 2011*, Document de travail, Série Statistiques, n°172, DREES, septembre.

Fonds CMU, 2015, *Références CMU*, n°59, avril.

Grobon S., Perron-Bailly E., 2015, « Préoccupés par la précarité, les Français pensent que le système de protection sociale doit évoluer », Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion de la DREES 2014, DREES, avril.

HCAAM, 2013a, [rapport annuel du HCAAM 2013](#), décembre.

HCAAM, 2013b, La généralisation de la couverture complémentaire en santé, avis et rapport du HCAAM, juillet.

Le Palud V., 2014, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et Résultats*, n° 850, DREES, février.

OCDE, European Commission, 2014, [Health at a glance: Europe 2014](#).

OCDE, 2014, [Panorama de la société 2014 : les indicateurs sociaux de l'OCDE](#).

Perron-Bailly E., 2015, « Protecteur mais à réformer : le système de protection sociale vue par les Français », dans *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, coll. Études et Statistiques, DREES, juin.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015, « [Annexe 1 : programme de qualité et d'efficacité maladie](#) », Indicateur 14.

Solard G., Duc C., 2015, « Les opinions et les souhaits des Français en matière de retraite en 2014 », dans *Les Retraités et les Retraités – édition 2015*, coll. Études et Statistiques, DREES, mai.

Zaidman C., Roussel R., Le Garrec M.-A., Bouvet M., Solard J., Mikou M., 2014, *Les Comptes nationaux de la santé en 2013*, coll. Études et Statistiques, DREES, septembre.

Annexe : Propension à se déclarer plutôt favorable à différentes mesures de réduction des dépenses de santé, en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques

Écart de probabilité (exprimé en points de pourcentages) par rapport à la probabilité de la situation de référence

	Augmenter les cotisations	Limitier le remboursement de certaines prestations	Réduire la prise en charge des maladies longues	Limitier la liberté d'installation des médecins	Modifier les habitudes de prescriptions	Limitier les tarifs des professionnels de santé	Taxer davantage les fabricants de médicaments	Obliger la prescription de médicaments génériques
Femme	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Homme	+ 6,4 (***)	+ 4,9 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 5,9 (***)	+ 4,2 (**)
18-34 ans	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
35-49 ans	- 12,8 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 10,6 (***)	(ns)
50-64 ans	- 17,5 (***)	(ns)	(ns)	+ 5,9 (**)	+ 5,0 (*)	(ns)	+ 14,1 (***)	(ns)
65 ans ou plus	- 12,4 (***)	(ns)	(ns)	+ 5,7 (*)	+ 12,7 (***)	(ns)	+ 14,5 (***)	+ 6,0 (*)
Niveau de vie (quintiles) Q1-20% les plus modestes	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Q2	(ns)	(ns)	(ns)	- 6,4 (*)	(ns)	+ 4,6 (*)	(ns)	(ns)
Q3	(ns)	(ns)	- 4,2 (*)	(ns)	+ 7,0 (**)	(ns)	+ 5,0 (**)	(ns)
Q4	(ns)	(ns)	- 5,3 (**)	(ns)	+ 6,0 (*)	(ns)	+ 8,6 (***)	+ 8,4 (**)
Q5-20% les plus aisés	+ 6,7 (**)	+ 9,9 (***)	- 6,4 (***)	(ns)	+ 7,9 (***)	(ns)	+ 7,7 (***)	(ns)
Mauvaise santé Santé moyenne	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Bonne santé	+ 8,4 (*)	+ 9,5 (**)	+ 13,5 (***)	(ns)	+ 8,2 (**)	(ns)	+ 7,6 (**)	(ns)
Bonne santé	+ 8,2 (*)	(ns)	+ 13,2 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Île-de-France	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Bassin parisien Est	- 9,7 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 20,8 (***)
Bassin parisien Ouest	- 7,0 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 6,0 (**)	- 7,4 (*)
Nord	- 17,2 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 11,1 (**)
Est	(ns)	+ 8,2 (*)	+ 8,7 (***)	- 7,5 (*)	(ns)	+ 7,9 (**)	(ns)	- 9,3 (**)
Ouest	- 9,1 (***)	+ 7,4 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Sud-Ouest	- 9,8 (***)	+ 18,5 (***)	+ 8,4 (***)	(ns)	+ 14,9 (***)	(ns)	(ns)	(ns)
Sud-Est	- 5,5 (*)	+ 8,8 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 9,1 (***)	(ns)
Méditerranée	(ns)	(ns)	(ns)	- 8,6 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)

*** Significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif

Note : Les chiffres du tableau indiquent les écarts de probabilité (exprimés en points de pourcentages) par rapport à la probabilité pour les individus de la situation de référence de répondre « plutôt favorable » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » déclinée pour chacun des thèmes listés en haut de colonne. Les quintiles de niveau de vie des personnes sont notés Q1 à Q5. Les écarts de probabilités sont obtenus à partir des résultats de régressions logistiques.

Lecture : La proportion d'hommes plutôt favorables à augmenter les cotisations pour réduire le déficit de l'assurance maladie est supérieure de 6,4 points de pourcentage à celle des femmes, toutes choses égales par ailleurs. Cet écart est statistiquement significatif au seuil de 10 %.

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur chacune de ces questions.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES 2014.

En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit

Céline Pilorge (DREES)

En 2014, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables, hors rétrocession, représente 18,1 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine, soit une baisse de 1,9 % par rapport à 2013 (source : GERS). Il faut noter cependant que, nette des remises¹ et rétrocession incluse, la consommation de médicaments remboursables en ville augmente de 1,1 % en 2014². En croissance depuis les années 1990, le chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville, hors rétrocession, est ainsi en baisse pour la troisième année consécutive (-3,3 % en 2012 et -2,3 % en 2013).

Ce recul s'explique par deux facteurs : une politique de baisse des prix des médicaments tout au long de leur cycle de vie et une hausse de la part des médicaments génériques au détriment des princeps correspondants. Ces évolutions découlent de la chute des brevets en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé, du renforcement des objectifs de prescription et de délivrance des génériques par les médecins et les pharmaciens (ROSP³) et, enfin, de la mise en œuvre du dispositif « tiers payant contre génériques » auprès des patients⁴.

Depuis 2011, seuls les médicaments remboursés à 100 %, médicaments dits « irremplaçables et particulièrement coûteux », et les médicaments récents affichent une croissance positive de leur chiffre d'affaires. Les autres catégories de médicaments ont, quant à elles, fait l'objet de baisses de prix. C'est particulièrement le cas des médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et des génériques correspondants, qui forment le répertoire des médicaments génériques.

1 L'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Cependant, une part d'entre elles devrait être de la dépense hospitalière.

2 L'évolution du marché des médicaments remboursables en ville présentée dans cet éclairage ne tient pas compte des ventes de rétrocession. Ces dernières ont connu, en 2014, une forte croissance, du fait de l'entrée sur le marché d'un traitement innovant contre le virus de l'hépatite C (VHC), disponible uniquement à l'hôpital, en séjour ou en rétrocession.

3 Rémunération sur objectifs de santé publique : ce dispositif de paiement à la performance, mis en place en 2012, complète la rémunération des médecins et des pharmaciens sur la base d'un suivi de différents indicateurs, en particulier la prescription et la délivrance de génériques, soumises à des objectifs cibles.

4 Depuis juillet 2012, le dispositif « tiers payant contre génériques » est généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires fabricants : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent. Les montants présentés par la suite sont donc des montants hors taxes.

Depuis 2012, le marché du médicament remboursable en ville, hors rétrocession, décroît

Cet éclairage présente une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville, hors rétrocession, en France métropolitaine entre 2013 et 2014, ainsi qu'une rétrospective de cette évolution depuis 2010.

En 2014, le marché du médicament remboursable en ville en France métropolitaine représente 18,1 milliards d'euros en prix fabricant hors taxes (sur le champ de l'étude, cf. encadré 1)⁵. Le marché a diminué de 1,9 % en valeur par rapport à 2013 et de 6,7 % par rapport à 2010 (en euros courants). Le volume des ventes, en retenant comme unité d'analyse la boîte de médicaments, connaît, quant à lui, une baisse de 0,6 % entre 2013 et 2014, à 2,53 milliards de boîtes vendues en 2014 (cf. tableau 1). Par rapport à 2010, le volume des ventes a diminué de 1,4 %.

Tableau 1 – Évolution en volume et en valeur du marché du médicament remboursable en ville, hors rétrocession, entre 2010 et 2014 en France métropolitaine

	Chiffre d'affaires (en milliards d'euros)	Volumes de vente (en milliards de boîtes)
2010	19,4	2,57
2011	19,4	2,53
2012	18,8	2,52
2013	18,4	2,55
2014	18,1	2,53
Évolution 2013-2014 (en %)	-1,9	-0,6
Évolution 2010-2014 (en %)	-6,7	-1,4

Note de lecture : En 2014, 2,53 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues par les laboratoires, pour un chiffre d'affaires hors taxes de 18,1 milliards d'euros.

Source : GERS, traitement DREES.

Cet éclairage cherche à identifier quelles catégories de médicaments expliquent la décroissance du marché. Trois critères sont distingués : le taux de remboursement *a priori*, le statut et l'ancienneté du médicament. Est calculée la contribution à la croissance de chaque catégorie (cf. encadré 2).

Enfin, une analyse du palmarès des 10 classes de médicaments ayant connu la plus forte progression, ainsi que la plus forte baisse, en termes de chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 est également présentée.

ENCADRÉ 1 : DONNÉES UTILISÉES ET CHAMP DE L'ÉTUDE

Données utilisées

Les données utilisées pour cet éclairage sont issues des bases annuelles 2010 à 2014 du Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Ces bases donnent pour chaque présentation et pour l'ensemble des années, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux ventes des laboratoires aux pharmacies et le prix de vente public toutes taxes comprises (TTC). Le champ d'observation concerne les présentations remboursables en officine de ville chaque année de 2010 à 2014.

Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephmra) et le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Pour les besoins de l'étude, ces données sont appariées avec une base recensant les produits inscrits au répertoire des génériques, gérée par le Club Inter Pharmaceutique, ainsi qu'avec les données TheSorimed (date de commercialisation du médicament).

Concernant la structuration des données de consommation médicamenteuse, plusieurs niveaux d'analyse peuvent être utilisés, du plus fin au plus large (cf. glossaire) :

⁵ Dans son rapport annuel, le LEEM indique un montant similaire pour le marché des médicaments remboursables en ville, hors rétrocession.

- la présentation est définie par son code CIP. Elle tient compte de la quantité vendue (par exemple, le Doliprane® 500 mg en boîte de 24 comprimés). En décembre 2014, 10 539 présentations remboursables étaient sur le marché (cf. fiche A19).
- la spécialité tient compte du dosage et de la voie d'administration, mais pas du conditionnement (par exemple, le Doliprane® 500 mg en comprimés) ;
- le nom de marque d'un médicament regroupe les différents dosages, voies d'administration et conditionnements (par exemple, le Doliprane) ;
- la molécule est le principe actif, qui peut être distribué par différents laboratoires et donc se décliner en plusieurs noms de marque (par exemple, le paracétamol) ;
- les classes thérapeutiques regroupent plusieurs molécules selon une nomenclature à plusieurs niveaux (dans l'exemple présenté, les antalgiques).

Les différentes analyses présentées dans cette étude sont réalisées en considérant comme unité statistique la présentation, définie par son code CIP, soit l'unité statistique la plus petite (hormis pour l'analyse en fonction de l'âge du médicament ; cf. encadré 3).

ENCADRÉ 2 : MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DES CONTRIBUTIONS

La contribution à la croissance d'une présentation i pour l'année t est définie comme le produit du taux de croissance entre $t-1$ et t de son chiffre d'affaires, et de sa part de marché dans le marché global en $t-1$.

Elle est calculée à l'aide de la formule suivante :

$$contribution(i) = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}} = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{CA_{i,t-1}} \times \frac{CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}}$$

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires du produit i pour l'année t .

Une présentation à fort taux de croissance mais à faible part de marché peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une présentation ayant une forte part de marché mais un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une influence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : les médicaments à 15 %, les médicaments génériques, ou encore les médicaments de moins de 5 ans...) entre les années $t-1$ et t en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année t .

Les présentations qui changent de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, en cas de passage du taux de remboursement de 30 % à celui à 15 %) contribuent à la croissance de chacune de ces catégories. Lorsqu'un médicament quitte une catégorie (médicament anciennement remboursé à 30 % par exemple), sa contribution à la croissance est probablement négative puisque le chiffre d'affaires de l'année t est réalisé sur une période inférieure à 12 mois. À l'inverse, lorsqu'un médicament entre dans une catégorie (médicament nouvellement remboursé à 15 % par exemple), sa contribution à la croissance est par construction positive ($CA_{i,t-1} = 0$).

De la même façon, pour les présentations sorties du marché en cours d'année t , le chiffre d'affaires relatif à l'année t est calculé sur un nombre de mois inférieur à 12. Leur contribution à la croissance est donc probablement négative (par construction).

Pour les présentations de moins d'un an, le chiffre d'affaires relatif à l'année $t-1$ est nul, la contribution à la croissance est par construction positive, égale au rapport de leur chiffre d'affaires de l'année t sur le chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$.

Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2014 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2014, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2014 et qui, en 2013, faisaient partie de la catégorie des médicaments ayant entre 10 et 20 ans. Le calcul inclut aussi les médicaments qui avaient plus de 20 ans en 2013 et qui ne sont plus commercialisés en 2014 ; leur contribution à la croissance du marché entre 2013 et 2014 est alors négative par construction.

La contribution à la croissance de l'ensemble du marché s'obtient en additionnant les contributions de chaque catégorie.

Seuls les médicaments remboursés à 100 % tirent le marché à la hausse

Le niveau de remboursement des médicaments par l'assurance maladie dépend du service médical rendu et du caractère de la pathologie (cf. *annexe*). Plus de 2,5 milliards de boîtes ont été vendues en 2013 et 2014 (cf. *tableau 1*) ; les médicaments remboursés au taux de 65 % concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (2,0 milliards, soit plus des trois quarts du total).

Tableau 2 – Taux de remboursement des spécialités remboursables délivrées en officines de ville

Évaluation médicale du médicament	Taux de remboursement	
Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux	100%	
Médicaments à SMR majeur ou important	30%	65%
	(médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »)	(médicament pour pathologie « grave »)
Médicaments à SMR modéré, médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales	30%	
Médicaments à SMR faible	15%	
Médicaments à SMR insuffisant	0%	

Lecture : Les médicaments ayant un service médical rendu jugé majeur ou important et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 65 %.

Sources : article. R. 322-1 du code de la Sécurité sociale.

Seuls les médicaments dits « irremplaçables et particulièrement coûteux », remboursés à 100 %, contribuent à la croissance de la valeur totale du marché, à hauteur de 1,1 point (cf. *tableau 3*). Leur part de marché progresse de plus de 1 point entre les deux années, atteignant 18,4 % en 2014, contre 17,0 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2013, alors qu'en nombre de boîtes, ils ne représentent que 0,4 % du marché en 2014. Cela confirme une tendance observée depuis plusieurs années déjà, avec une contribution à la croissance toujours positive de cette catégorie de médicaments (+0,9 point en 2011, +0,8 point en 2012, +1,3 point en 2013, +1,1 point en 2014) et une hausse constante de leur part de marché (cf. *graphique 1*). Cette hausse de la part de marché est majoritairement due à l'augmentation des volumes des médicaments déjà présents sur le marché. Les nouveaux médicaments remboursés à 100 % représentent en effet chaque année moins de 1 % du chiffre d'affaires global : après une baisse de leur part de marché en 2011 (0,3 %, après 0,7 % en 2010), celle-ci a toutefois augmenté de manière constante pour atteindre 1,1 % en 2014. Le prix moyen des médicaments remboursables augmente ainsi sous l'effet d'une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits les plus chers et les mieux remboursés.

En 2014, avec un chiffre d'affaires de 13,0 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur plus de 70 % du marché du médicament remboursable, soit une part de marché en légère baisse par rapport à 2013. La contribution de cette classe à la croissance totale du marché est négative, de -2,6 points (cf. *tableau 3*). La baisse du chiffre d'affaires (-0,5 milliard d'euros) de ces médicaments remboursés à 65 % s'explique notamment par une baisse du chiffre d'affaires des médicaments déjà présents en 2013 (-0,7 milliard d'euros), due pour moitié à la politique de baisse des prix et pour l'autre moitié à une baisse significative des volumes de ventes. Cette baisse de 0,7 milliard d'euros est partiellement compensée par l'arrivée de nouveaux médicaments (pour un montant de +0,2 milliard d'euros), génériques pour trois quarts d'entre eux.

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 30 % est quasi stable entre 2013 et 2014 : 6,3 % en 2013 et 6,4 % en 2014. De même, la part de marché des médicaments remboursés à 15 % était de 3,6 % en 2013 et de 3,5 % en 2014. Ces deux catégories contribuent quasiment à la même hauteur à l'évolution du marché (respectivement -0,1 point et -0,2 point).

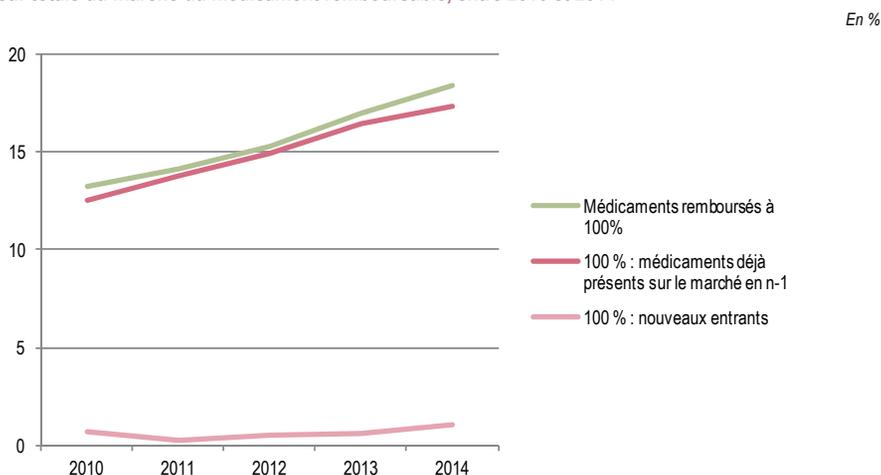
Tableau 3 – Le marché global du médicament remboursable en ville, hors rétrocession, entre 2010 et 2014 en France métropolitaine selon le taux de remboursement

		15%	30%	65%	100%	Total
Volumes de ventes (en milliards de boîtes)	2013	0,20	0,33	2,00	0,01	2,55
	2014	0,19	0,33	2,00	0,01	2,53
Chiffre d'affaires (en milliards d'euros)	2013	0,7	1,2	13,5	3,1	18,4
	2014	0,6	1,1	13,0	3,3	18,1
Part de marché (en %)	2013	3,6%	6,3%	73,1%	17,0%	100,0%
	2014	3,5%	6,4%	71,8%	18,4%	100,0%
Contribution à la croissance (en points de pourcentage, catégorie 2014)		-0,2%	-0,1%	-2,6%	1,1%	-1,9%

Note de lecture : En 2014, les médicaments remboursables à 15 % représentent 0,6 milliard de chiffre d'affaires, soit 3,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations dont le chiffre d'affaires est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,2 point.

Source : LEEM-GERS, traitement DREES.

Graphique 1 – Évolution de la part de marché des médicaments remboursables à 100 %, dans la valeur totale du marché du médicament remboursable, entre 2010 et 2014



Note de lecture : Les médicaments remboursés à 100 % connaissent une hausse constante de leur part de marché depuis plusieurs années (13,2 % en 2010, 14,1 % en 2011, 15,3 % en 2012, 17,0 % en 2013, 18,4 % en 2014).

Source : LEEM-GERS, traitement DREES.

L'érosion du chiffre d'affaires des médicaments du répertoire se poursuit, notamment sous l'effet des baisses de prix

En plus de leur niveau de remboursement, les médicaments peuvent être distingués selon leur statut : princeps, générique ou hors répertoire. Le princeps désigne le premier médicament breveté, le générique la copie de ce médicament original selon des critères bien établis (cf. encadré 3). Enfin, les médicaments hors répertoire recouvrent l'ensemble des médicaments qui ne peuvent pas encore être génériques. En 2014, ces derniers représentent 71,6 % du marché des médicaments remboursables de France métropolitaine hors rétrocession (cf. tableau 4), les princeps génériques 10,7 % et enfin, les génériques 17,7 %.

Entre 2011 et 2013, le marché des génériques a connu une forte expansion sous l'effet de l'élargissement du répertoire des médicaments génériques. Des molécules réalisant des chiffres de ventes élevés, dites « blockbusters », sont en effet entrées au répertoire des médicaments génériques en 2011, avec commercialisation des génériques associés

dès 2012⁶ (ex. : Tahor®, Pariet®, Co-Aprovel® et Kenzen®). En 2013, le marché des génériques a ainsi bénéficié de l'effet année pleine de ces généralisations.

Par ailleurs, la généralisation du dispositif « tiers payant contre génériques » lors de la signature de la convention pharmaceutique en avril 2012 a eu un effet favorable sur la consommation de génériques. Depuis 2010, les volumes de ventes des génériques, en retenant comme unité d'analyse la boîte de médicaments, ne cessent d'augmenter (excepté une légère baisse en 2011), leur part progressant à la fois dans le répertoire des génériques et dans le marché total des médicaments remboursables (cf. *graphique 2*).

Le chiffre d'affaires des médicaments génériques a en revanche baissé de 0,1 milliard d'euros entre 2013 et 2014, passant de 3,3 à 3,2 milliards d'euros. Les génériques ont ainsi, en 2014, une contribution négative à la croissance totale du marché des médicaments (-0,8 point) alors que celle-ci était positive au cours des années précédentes. En effet, malgré la contribution à la croissance positive (par construction) des génériques entrant sur le marché en 2014 (+0,7 point), les génériques déjà présents sur le marché en 2013 contribuent négativement à la croissance (-1,5 point) du fait d'une politique de baisse de leur prix. D'une part, les baisses de prix en cas de substitution insuffisante au vu des objectifs fixés à 18, 24 et 36 mois ont été poursuivies. D'autre part, dans le cadre de la convergence européenne sur les prix des génériques, des baisses de prix ont été décidées et appliquées en février 2014 sur les médicaments génériques.

La catégorie des princeps généricables⁷ a également connu une baisse de son chiffre d'affaires, qui est passé de 2,2 milliards d'euros en 2013 à 1,9 milliard d'euros en 2014. Cette baisse du chiffre d'affaires s'explique pour 43 % par la baisse des volumes induite par la concurrence des génériques, pour 35 % par la baisse de leurs prix et pour 22 % par un déplacement, entre 2013 et 2014, de la structure de consommation vers des médicaments moins chers de la catégorie des princeps généricables. Le chiffre d'affaires des princeps entrés dans le répertoire en 2014 est de 88 millions d'euros.

Enfin, le chiffre d'affaires de la catégorie « hors répertoire » a augmenté de 100 millions d'euros sur la période. La contribution à la croissance de cette catégorie est positive (+0,5 point). Elle est toutefois inférieure à celle observée lors de la période précédente (+3,5 points entre 2012 et 2013). Le chiffre d'affaires des médicaments présents sur le marché à la fois en 2013 et 2014 dans la catégorie « hors répertoire » est de 12,7 milliards d'euros les deux années ; les médicaments sortis du marché entre 2013 et 2014 représentaient un chiffre d'affaires de 0,2 milliard d'euros en 2013. Les nouvelles présentations représentent, quant à elles, 0,3 milliard d'euros.

Tableau 4 – Caractéristiques du marché du médicament en ville remboursable, hors rétrocession, entre 2010 et 2014 en France métropolitaine selon le statut du médicament

		Génériques	Princeps généricables	Hors répertoire	Total
Volumes de ventes (en milliards de boîtes)	2013	0,77	0,30	1,47	2,55
	2014	0,78	0,31	1,44	2,53
Chiffre d'affaires (en milliards d'euros)	2013	3,3	2,2	12,9	18,4
	2014	3,2	1,9	13,0	18,1
Part de marché (en %)	2013	18,1%	12,1%	69,8%	100%
	2014	17,7%	10,7%	71,6%	100%
Contribution à la croissance (en points de pourcentage, catégorie 2014)		-0,8%	-1,6%	0,5%	-1,9%

Note de lecture : En 2014, les médicaments ne faisant pas partie du répertoire des médicaments généricables et génériques, représentent 12,9 milliards de chiffre d'affaires, soit 71,6 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établit en 2014 à +0,5 point.

Sont considérés comme princeps généricables les médicaments inscrits comme tels au *Journal officiel* ; les génériques de ces médicaments ne sont alors pas forcément déjà commercialisés.

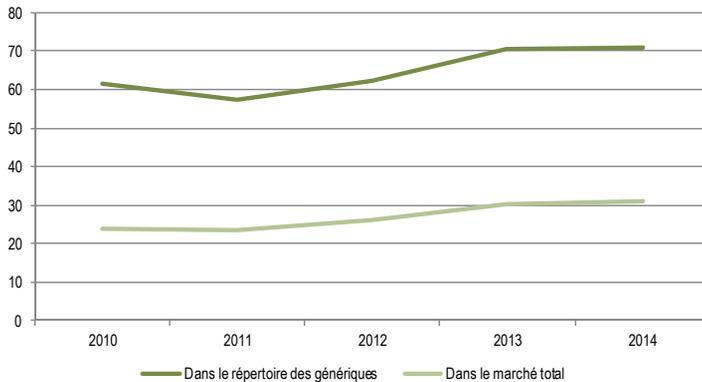
Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. *Référentiel pour déterminer le statut des médicaments* : club CIP.

6 Le Code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

7 Un médicament princeps est dit « généricable » dès lors que son brevet tombe dans le domaine public et que la réalisation de copies de ce médicament est légalement possible.

Graphique 2 – Évolution de la part des volumes de ventes (en nombre de boîtes) des médicaments génériques dans le marché total des médicaments remboursables et dans le répertoire des génériques entre 2010 et 2014

En %



Note de lecture : La part des volumes de ventes des médicaments génériques est en constante augmentation depuis 2011, à la fois dans le répertoire des génériques (57,3 % en 2011, 62,3 % en 2012, 70,6 % en 2013, 70,9 % en 2014) et dans le marché total des médicaments remboursables (23,3 % en 2011, 26,2 % en 2012, 30,3 % en 2013, 30,8 % en 2014).

Source : LEEM-GERS, traitement DREES.

ENCADRÉ 3 : LE POIDS CROISSANT DES GÉNÉRIQUES DANS LE MARCHÉ DE VILLE

Au cours des dernières années, les ventes de médicaments génériques ont considérablement augmenté, à la suite de la fois des récentes chutes de brevets de médicaments à chiffre d'affaires élevé et de la politique volontariste de développement de la prescription des génériques menée par l'assurance maladie, qui incite les pharmaciens à substituer des médicaments du répertoire (*cf. infra*) prescrits par le médecin par la forme générique, sous nom commercial ou sous dénomination commune internationale (DCI = nom du ou des principes actifs qui le composent).

En France, on entend par générique tout médicament ayant le(s) même(s) principe(s) actif(s), le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même « bio-disponibilité » (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament de référence, le princeps, qu'il copie (article L.5121-1 du Code de la santé publique). Un groupe générique est constitué d'un princeps et des spécialités qui en sont génériques ; les différents groupes génériques constituent le répertoire des médicaments génériques (*cf. glossaire*). La définition française rejoint la conception européenne du médicament générique considéré comme « spécialité essentiellement similaire ».

Pour autant, tous les pays d'Europe n'ont pas la même définition du générique ; elle est en général moins stricte qu'en France. La définition d'un groupe générique varie également selon les pays. La France, le Portugal et l'Espagne ont défini des groupes assez fins de produits bio-équivalents ou génériques, tandis que l'Allemagne (*jumbo groups*) et les Pays-Bas s'appuient sur une définition plus large de l'équivalence thérapeutique.

En France, le médicament générique a fait son entrée en 1996, avec l'introduction dans le Code de la santé publique d'une définition légale⁸. La publication, en 1998, d'un répertoire dont l'élaboration et l'actualisation étaient confiées à l'Agence du médicament (désormais ANSM), puis l'instauration d'un droit de substitution pour les pharmaciens, en 1999, accompagnée en 2003 d'un alignement de la marge des médicaments génériques (hors TFR, voir ci-après) sur celle du médicament princeps, ont permis au marché des génériques de prendre son essor. Ces mesures ont été suivies par la mise en place, à partir de 2003, d'un système de régulation de la dépense par le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), pour des spécialités pour lesquelles le taux de substitution est insuffisant⁹. Le TFR, qui est la base de remboursement par l'assurance maladie, est calculé sur la base du prix public TTC qui résulterait d'un alignement du prix fabricant hors taxe du médicament de référence sur celui des génériques correspondants. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). La mise sous TFR s'accompagne d'une liberté des prix des produits concernés mais se traduit généralement par un alignement du prix public TTC sur le TFR. Aujourd'hui sur les 1 040 groupes génériques, environ 30 % sont soumis à un TFR. À l'heure actuelle, la France consomme moins de génériques que ses pays voisins et à un coût plus élevé¹⁰. Le prix fabricant (HT) des médicaments génériques est fixé à 40 % du prix du princeps, sauf très rares exceptions de moindre décote.

8 Une définition du générique avait auparavant été donnée par la Commission de la concurrence. Cette définition, conforme au droit de la propriété industrielle, n'avait que la force d'un avis. Elle exigeait d'être transposée et précisée dans le droit français, afin que le générique ne soit pas une simple copie, mais un médicament dont la bioéquivalence avec la spécialité originale est démontrée.

9 Le Comité de suivi des génériques fixe les seuils en dessous desquels le TFR est appliqué : 60 % de substitution après 12 mois de commercialisation, 65 % après 18 mois, 70 % après 24 mois, 80 % après 36 mois.

10 Une étude de la CNAMTS, en 2011, montre qu'en 2010, le prix moyen par unité standard est de 15 centimes contre 12 centimes en Allemagne, 7 centimes au Royaume-Uni et 5 centimes aux Pays-Bas, plaçant ainsi la France à la deuxième place (*ex æquo* avec l'Italie) du classement des prix moyens de médicaments génériques.

Le prix du princeps est ensuite diminué de 20 % à la commercialisation du générique. À l'issue de douze mois d'exploitation selon le taux de substitution constaté en fin de période, le CEPS propose soit la mise sous TFR du groupe générique, soit la baisse du prix du princeps (-12,5 %) et des génériques correspondants (-7 %). Le taux de substitution est à nouveau contrôlé à 18, 24 et 36 mois, pouvant conduire à la mise sous TFR ou à de nouvelles baisses de prix. En cas de renoncement à l'instauration d'un TFR, en particulier dans le cas d'une offre générique insuffisante, le prix du princeps est baissé afin de permettre d'aboutir à une économie d'effet équivalent à celle qui aurait résulté d'une substitution des génériques de 80%¹¹. En 2013, le CEPS a par ailleurs mis en œuvre la nouvelle orientation ministérielle de « convergence des prix » qui a pour objet, dans des classes pharmacothérapeutiques homogènes disposant d'une substitution générique importante, d'aligner le coût de traitement des génériques d'un côté et celui des princeps de l'autre, vers les prix les plus bas.

Depuis 2012, la pénétration des génériques a de nouveau augmenté grâce à la progression du taux de substitution (passé de 71 % en moyenne sur l'année 2012 à 77 % en moyenne sur l'année 2014) et à l'augmentation des prescriptions des médecins généralistes dans le répertoire. La progression du taux de substitution tient à l'accord partenarial avec les pharmaciens de 2012, qui introduit un nouveau mode de rémunération prenant en compte en particulier le suivi d'objectifs sur la part de génériques délivrés. Les prescriptions dans le répertoire ont notamment progressé à la suite de la mise en œuvre, en 2012, de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) auprès des médecins généralistes. Ces deux dispositifs de paiement à la performance comportent en effet des indicateurs inhérents à la substitution de médicaments princeps au profit de médicaments génériques pour le premier et à la prescription dans le répertoire des génériques pour le deuxième¹². En parallèle, le dispositif « tiers payant contre génériques », qui réserve le tiers payant aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur a porté la mention « non substituable » sur l'ordonnance, a été mis en place en 2006 dans quelques départements ; il a été généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés en juillet 2012.

Seuls les médicaments récents tirent le marché à la hausse

En 2014, les médicaments dont la commercialisation date de moins de 20 ans, qui représentent en valeur 18,8 % du marché total du médicament remboursable, sont les seuls à contribuer de manière positive à la croissance, à hauteur de +4,6 points (cf. *tableau 5*). Cette contribution tient pour 2,7 points aux médicaments déjà présents, pour 0,5 point à l'arrivée de génériques sur le marché et pour 1,4 point aux produits innovants commercialisés en 2014. Sur l'ensemble de la période 2010-2014, les médicaments de moins de 5 ans ont toujours contribué positivement à la croissance du marché des médicaments remboursables.

À l'inverse, les médicaments de plus de 5 ans contribuent négativement à la croissance. Ce sont les médicaments commercialisés depuis 10 à 20 ans qui tirent le plus fortement le marché à la baisse (-3,1 points), en particulier les antidépresseurs (-0,5 point), les antagonistes de l'angiotensine II associés aux diurétiques (-0,2 point), les statines (-0,2 point) et les anti-alzheimer (-0,2 point). Pour ces quatre familles, cette baisse s'explique par la diminution des ventes du médicament princeps, due à sa générication il y a quelques années.

Parmi les 2,5 milliards de boîtes vendues en 2013 et 2014, ce sont logiquement les médicaments les plus anciens (plus de 20 ans) qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (1,42 milliard).

Tableau 5 – Caractéristiques du marché du médicament en ville remboursable, hors rétrocession, entre 2010 et 2014 en France métropolitaine selon l'âge du médicament

		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	Total
Volumes de ventes (en milliards de boîtes)	2013	0,27	0,30	0,57	1,41	2,55
	2014	0,24	0,30	0,57	1,42	2,53
Chiffre d'affaires (en milliards d'euros)	2013	3,3	4,7	5,9	4,5	18,4
	2014	3,4	4,1	6,1	4,5	18,1
Part de marché (en %)	2013	18,0%	25,6%	31,8%	24,6%	100,0%
	2014	18,8%	22,5%	33,9%	24,8%	100,0%
Contribution à la croissance (en points de pourcentage, catégorie 2014)		4,6%	-2,1%	-3,1%	-1,3%	-1,9%

Note de lecture : En 2014, les produits de moins de 5 ans représentent 3,4 milliards de chiffre d'affaires, soit 18,8 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +4,6 points.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. La date de commercialisation des médicaments est issue des données Thériaque et de celles du GERS.

11 Cf. annexe 4 du rapport d'activité du CEPS 2013 sur les méthodes de fixation du prix des médicaments.

12 Depuis 2006, différents objectifs de substitution sont soumis aux pharmaciens (70 % puis 75 % en 2006, 80 % en 2007, 82 % en 2008, 80 % en 2009, 85 % en 2012). En avril 2012, l'objectif de substitution a été accompagné d'un accord entre les pharmaciens et l'assurance maladie introduisant une rémunération à la performance pour les pharmaciens sur des objectifs de substitution individuels et collectifs.

ENCADRÉ 4 : MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE CALCUL DE L'ÂGE DES MÉDICAMENTS

Contrairement aux autres analyses de l'éclairage, réalisées à l'échelle de la présentation, l'âge des médicaments est ici calculé au niveau de la molécule. Ce faisant, on considère comme nouveautés uniquement les nouveaux produits, et non les nouvelles présentations de produits existants, lesquelles se distinguent des présentations déjà sur le marché uniquement en termes de dosage, de forme ou de conditionnement, et ne constituent donc pas des « nouveautés » à proprement parler (en l'absence de nouvelle substance active).

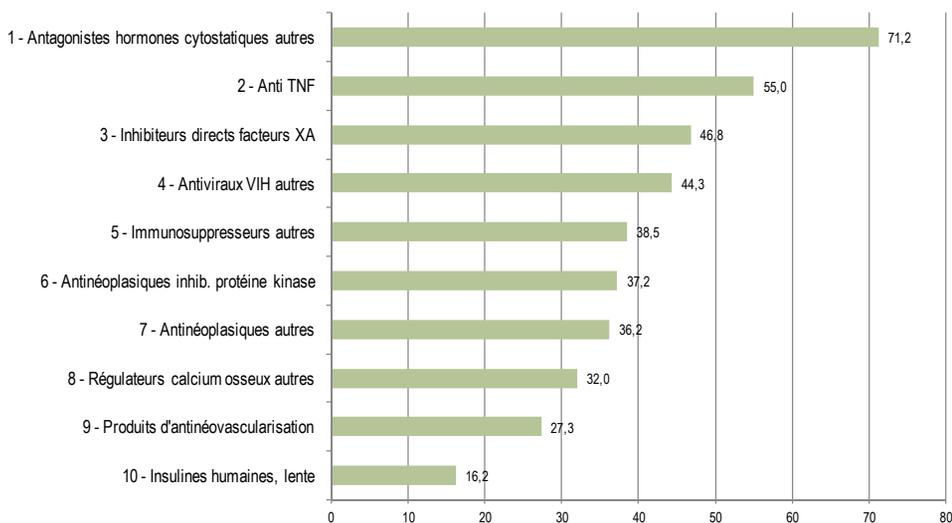
Tous les génériques d'un même produit (indépendamment du dosage, de la forme et du conditionnement) se voient attribuer l'âge du premier générique commercialisé. L'âge des autres médicaments (princeps généricables ou non) est celui de la première présentation commercialisée. Cette méthode de calcul permet de prendre en compte l'arrivée des génériques sur le marché et de la traiter en tant que telle.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 représentent 17 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments en ville remboursables en France métropolitaine, hors rétrocession.

Ces classes sont :

- les cytostatiques hormonaux, dont la croissance est portée par le Xtandi®, nouveau produit dans le traitement du cancer métastatique de la prostate, concurrençant le Zytiga®, jusque-là unique produit de cette classe ;
- les anti-TNF alpha : les indications de cette classe thérapeutique concernent la rhumatologie, mais aussi la dermatologie et la gastro-entérologie ; la croissance de cette classe est tirée essentiellement par Humira® et Simponi® ;
- les inhibiteurs directs facteurs XA, autres nouveaux anticoagulants oraux (NACO), sont des médicaments permettant de traiter les phlébites et embolies pulmonaires et de prévenir les accidents vasculaires cérébraux dans certaines pathologies : la croissance est tirée par le Xarelto® ;
- les anti-rétroviraux autres, dont la croissance est portée majoritairement par l'Eviplera®, commercialisé en septembre 2012 ; le Stribild® contribue également à la croissance de la classe ;
- les immunosuppresseurs, dont la croissance est due au Gilenya® indiqué dans le traitement de la sclérose en plaques ;
- les antinéoplasiques inhibiteurs de la protéine kinase, dont la croissance est portée par le Inlyta®, indiqué dans le traitement du cancer du rein avancé, et le Xalkori®, indiqué dans le traitement du cancer du poumon ;
- les antinéoplasiques autres : la croissance est tirée par le Jakavi®, nouveau médicament de la classe, ainsi que par le Votrient® ;
- les régulateurs calcium osseux autres, dont la croissance est due à l'Xgeva®, indiqué dans la prévention des complications osseuses des tumeurs solides avec métastases osseuses ;
- les produits d'anti-neurovascularisation : la croissance de cette classe thérapeutique traitant la dégénérescence maculaire liée à l'âge est portée par la spécialité Eylea® ;
- la classe des insulines humaines lentes doit sa croissance au Lantus®.

Graphique 3 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Champ : Médicaments de ville hors rétrocession. France métropolitaine.

Note de lecture : Entre 2013 et 2014, le chiffre d'affaires de la classe des antagonistes hormones cytostatiques autres a augmenté de 71,2 millions d'euros.

Source : LEEM-GERS, traitement DREES.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 représentent 10,5 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments de ville, hors rétrocession, remboursables en France métropolitaine.

Trois facteurs permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 : l'apparition récente de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important, les politiques de baisse de prix ainsi que l'arrivée d'un produit innovant dans le traitement de l'hépatite C, disponible uniquement à l'hôpital.

Les classes thérapeutiques suivantes (cf. *graphique 4*) ont ainsi subi l'impact des tombées de brevets de médicaments « *blockbusters* » ; pour certaines d'entre elles, l'assurance maladie et les syndicats de médecins ont d'ailleurs conclu, dans la convention médicale de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), un objectif minimal de prescription dans le répertoire des génériques (médicament princeps génériqué¹³ ou médicament générique dont les statines, les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les IEC-Sartans) :

- les statines, dont Tahor® a été génériqué en 2012 ;
- les antidépresseurs inhibiteurs de recapture sélectifs de la sérotonine, famille de la classe des antidépresseurs, dont Seroplex® a été génériqué en 2013 ;
- les antiagrégants plaquettaires, à travers la mise sur le marché des génériques de Plavix®, en 2010 ;
- les antihypertenseurs :
 - les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), dont l'entrée sur le marché des génériques d'Aprovel® et d'Atacand®, en 2012, ont contribué à une diminution de la croissance de cette classe ;
 - en parallèle, la classe des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), associés aux diurétiques, a connu une baisse du chiffre d'affaires à la suite de la commercialisation des génériques de Coaprovel® et Hytacand® (respectivement en 2013 et 2012) ;
 - les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (seuls), classe génériquée depuis plusieurs années ;
- les anti-alzheimer, à travers l'inscription au répertoire des génériques d'Ebixa® en 2013.

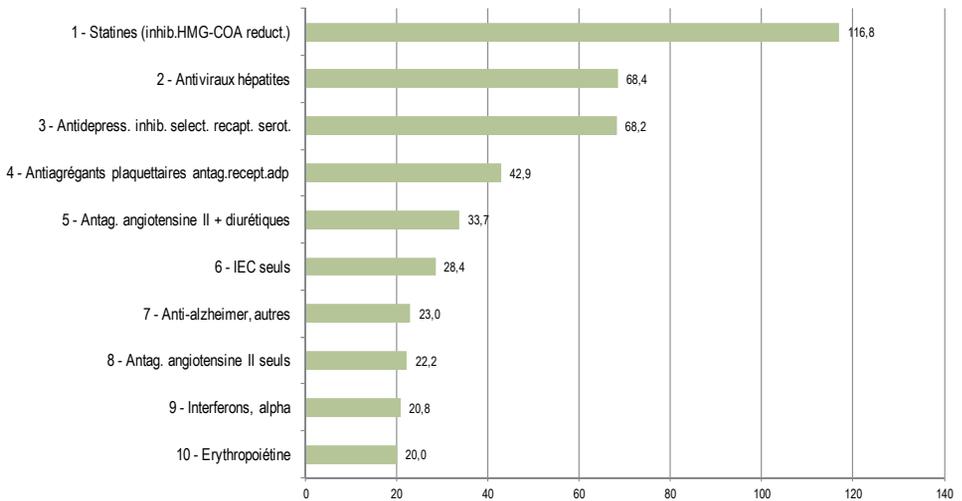
13 Un médicament princeps est dit génériqué dès lors que son brevet est tombé dans le domaine public et que des copies de ce médicament ont été commercialisées.

Quatre de ces classes thérapeutiques étaient également dans le palmarès des plus fortes baisses de chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 (statines, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, seuls et en association, antiagrégants plaquettaires).

La classe des antiviraux prescrits dans le traitement des hépatites et délivrables en ville, touchée par l'arrivée du Sovaldi®, disponible uniquement à l'hôpital (en séjour ou en rétrocession), apparaît également dans le palmarès cette année.

Notons également que plusieurs molécules citées ci-dessus font l'objet d'un suivi spécifique national et individuel dans le cadre de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Graphique 4 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2013 et 2014 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Champ : Médicaments de ville rétrocession. France métropolitaine.

Note de lecture : Entre 2013 et 2014, le chiffre d'affaires de la classe des statines a diminué de 116,8 millions d'euros.

Source : LEEM-GERS, traitement DREES.

Glossaire

Médicament : un médicament désigne toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques (article L. 511 du Code de la santé publique).

Différents niveaux d'analyse peuvent être utilisés pour le médicament :

- la **présentation** est le niveau le plus fin, elle est définie par son code CIP ; elle tient compte de la quantité vendue (nombre de comprimés par boîte ou volume du flacon par exemple) ;
- la **spécialité** tient compte du dosage et de la voie d'administration, mais pas du conditionnement (par exemple, le Doliprane 500 mg en comprimés) ;
- le **nom de marque** d'un médicament regroupe les différents dosages, voies d'administration et conditionnements (par exemple, le Doliprane) ;
- la **molécule** est le principe actif, qui peut être distribué par différents laboratoires, y compris génériqueurs, et donc se décliner en plusieurs noms de marque (par exemple, le paracétamol).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant des pathologies similaires. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui est utilisée ici, autorise 4 niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^e niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^e et 4^e niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). En 2012, la classification EPHMRA compte 16 = groupes principaux de niveau 1 et 413 sous-groupes de niveau 4. 344 concernent les médicaments remboursables en 2011 et 2012 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet éclairage.

Dénomination commune internationale (DCI) : nom de la substance active ou des substances actives qui composent le médicament ; c'est le nom scientifique du produit. Une même substance active peut être présente dans plusieurs médicaments, de noms de marques différents.

Molécules onéreuses : un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital, dont la liste est définie au niveau national, sont remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. [...] Cette liste contient en 2012 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (source : CNAMTS).

Médicaments rétrocedés : les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. [...] L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En 2012, cette liste contenait 209 molécules (source : CNAMTS).

Princeps : on désigne par médicament princeps, le médicament original : c'est le premier prototype breveté.

Médicaments génériques : en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques : le répertoire des groupes génériques présente les spécialités, de référence et génériques, incluses dans chaque groupe générique. En vue de leur inscription au répertoire des groupes génériques, les spécialités génériques sont identifiées, après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché mentionnant la spécialité de référence correspondante, par une décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. À ce stade, il se peut qu'aucun médicament générique de la spécialité inscrite au répertoire ne bénéficie encore d'autorisation de mise sur le marché. En effet, le Code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, ne peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée¹⁴. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique,

¹⁴ En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité sont indiqués son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

Annexe : Quelques éléments de cadrage

Le cadre réglementaire français

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par les pharmacies d'officine et par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées dépendantes. Les établissements de santé qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur délivrent en effet des médicaments à leurs patients qu'ils soient ou non hospitalisés. Dans ce dernier cas, appelé rétrocession¹⁵ (cf. *glossaire*), les établissements de santé se comportent comme une officine de ville pour une liste limitée de médicaments.

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine¹⁶. Le marché de ville regroupe deux types de médicaments : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹⁷ qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la Santé de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS), [figure 1]. Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (par exemple, le paracétamol) ; dans ce cas, les produits achetés ne seront pas remboursés par l'assurance maladie. Cela explique que les médicaments remboursables ne soient pas tous remboursés *in fine*.

Les taux de remboursement, les prix et les tarifs

Les prix des médicaments non remboursables sont libres.

Les prix des médicaments remboursables sont fixés par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Leur taux de remboursement par l'assurance maladie sont, quant à eux, fixés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur la base d'une évaluation médicale effectuée par la Commission de la transparence et, depuis 2014 pour ce qui concerne le prix, d'une évaluation médico-économique, effectuée par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP). La Commission de la transparence, commission intégrée en 2004 à la Haute Autorité de santé, a pour missions de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament, et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la « plus-value » thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres molécules de la même classe thérapeutique. Lorsque qu'un médicament bénéficie d'une ASMR élevée et qu'il est susceptible d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie, la CEESP, créée par la LFSS 2008, émet un avis d'efficience de la prise en charge du produit en se fondant sur l'analyse comparée des alternatives thérapeutiques médicalement justifiées.

Le Comité économique des produits de santé se fonde sur le niveau de l'ASMR et, le cas échéant, sur l'avis d'efficience, pour fixer le prix fabricant du médicament et les conditions commerciales associées à ce prix après négociation avec le laboratoire pharmaceutique (articles L 162-16-4 à 6 du Code de la Sécurité sociale). L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) s'appuie pour sa part sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament vise à traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement *a priori*¹⁸ du

15 Cette étude s'appuie sur les données de vente des laboratoires pharmaceutiques aux pharmacies de ville ; la rétrocession n'est donc pas dans le champ de l'étude.

16 Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

17 Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'ANSM a été mise en place le 1^{er} mai 2012. L'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'AFSSAPS ; elle est également dotée de nouvelles responsabilités (notamment dans le domaine de la recherche, des études de suivi des patients et du recueil des données d'efficacité et de tolérance et de l'encadrement des recommandations temporaires d'utilisation), à la suite du scandale du Médiator.

18 Il faut distinguer le taux de remboursement *a priori* du taux de remboursement *a posteriori*. Le taux de remboursement *a priori* correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Le taux de remboursement *a posteriori* correspond, quant à lui, au taux auquel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations du ticket modérateur. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100 % d'un médicament dont le taux de remboursement *a priori* n'est que de 65 % ou de 30%.

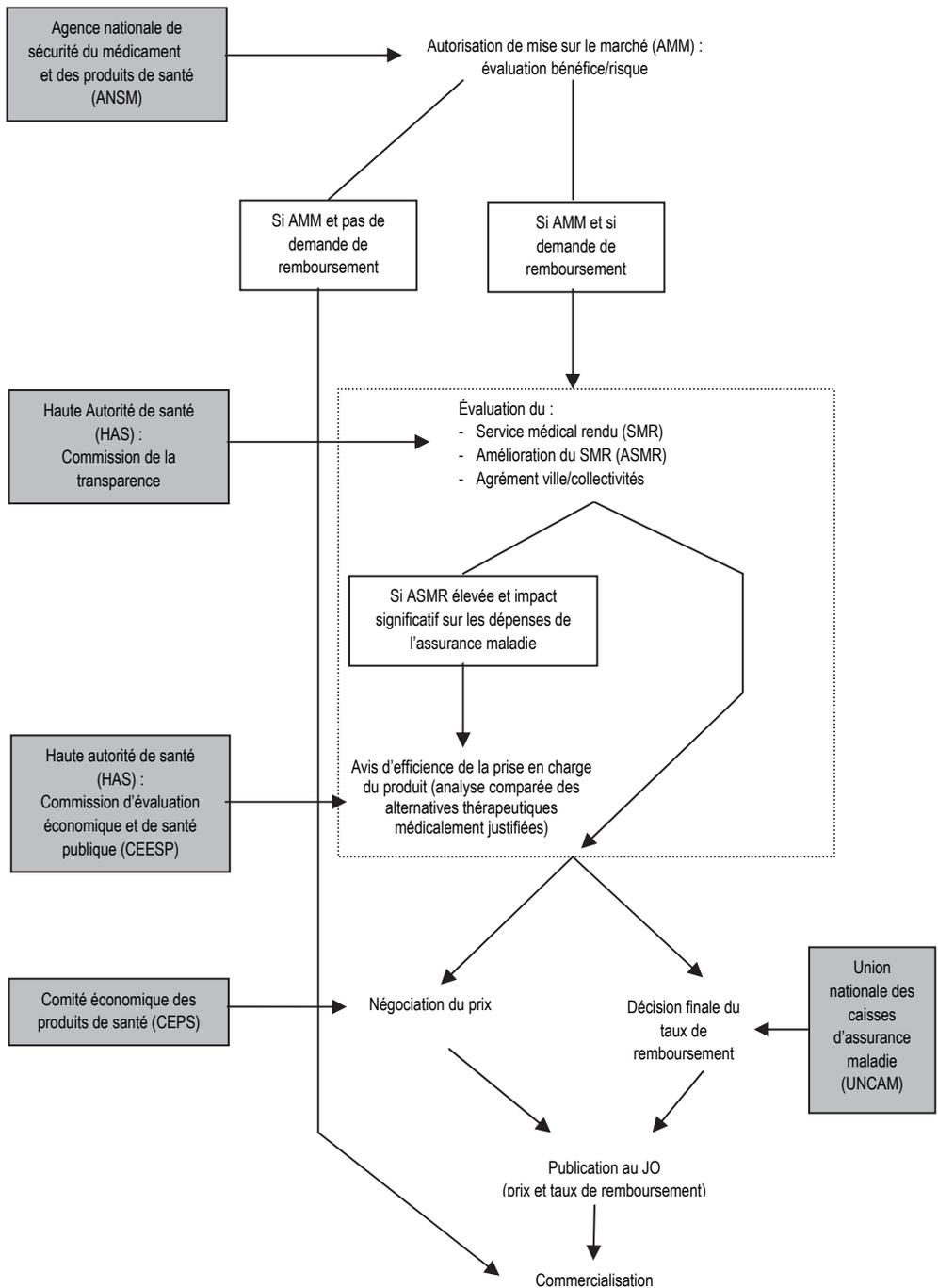
médicament, ou plus exactement du taux de participation de l'assuré. Ce taux permet de distinguer quatre classes de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 30 %, à 65 % ou à 100 % (tableau 1). La publication de l'arrêté de prise en charge, celle de l'avis de taux de participation de l'assuré et celle de l'avis de prix sont concomitantes.

Le prix public des médicaments remboursables, base de la prise en charge par l'assurance maladie, se décompose en prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA.

Chacun de ces éléments est administré, *i.e.* réglementé. Les marges de distribution (grossiste-répartiteur et pharmacien) sont fixées réglementairement (arrêté du 4 août 1987, mis à jour dernièrement en novembre 2014). Pour les grossistes-répartiteurs, celles-ci s'élèvent à 6,68 % du prix fabricant (HT) pour les médicaments dont le prix fabricant est inférieur à 450 euros (avec un seuil de 0,30 euro) et à 30,06 euros (somme forfaitaire) pour les médicaments dont le prix fabricant est supérieur. La rémunération des pharmaciens se compose de différents éléments. Jusqu'à fin 2011, elle comprenait un pourcentage du prix fabricant (HT) du médicament ainsi qu'un forfait par boîte (53 centimes jusqu'en décembre 2014). La nouvelle convention nationale des pharmaciens, signée en 2012, prévoit un nouveau mode de rémunération pour les officines françaises. Désormais, la rémunération prend également en compte l'activité de conseil du pharmacien, en matière de prévention par exemple, de suivi de certains patients (traitements anti-coagulants ou patients asthmatiques par exemple), ainsi que du suivi de certains objectifs, tels que la part de génériques délivrés. En 2014, des avenants à cette convention ont par ailleurs modifié la rémunération à l'acte (« honoraires de dispensation ») afin de la rendre moins dépendante du prix des médicaments, qui connaissent des baisses régulières. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2015, une nouvelle rémunération est entrée en vigueur, avec l'instauration de deux honoraires de dispensation : un honoraire à la boîte (82 centimes par boîte ; 1 euro en 2016), qui remplace le forfait existant, et un honoraire pour ordonnance complexe (celles mentionnant au moins 5 médicaments remboursables différents ; 51 centimes par dispensation). En contrepartie, la marge des pharmaciens sur chaque médicament vendu a été ajustée à la baisse. Cette marge est calculée sur le principe d'une marge dégressive lissée : depuis janvier 2015, elle s'élève à 0 % pour la partie du PFHT inférieur à 82 centimes d'euros, à 25,5 % pour la partie du PFHT comprise entre 1,92 et 22,90 euros, à 8,5 % pour la partie du PFHT comprise entre 22,91 et 150 euros,) 6 % pour la partie du PFHT comprise entre 150 et 1 500 euros et à 0 % pour la partie du PFHT supérieure à 1 500 euros. À cette marge s'ajoute un forfait par boîte.

Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, *cf. glossaire*), un tarif de prise en charge par l'assurance maladie est publié au *Journal officiel*. Un accord entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit, pour ces médicaments, la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé.

Figure 1 – Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans

Claire Marbot, Catherine Pollak (DREES)

Les femmes ont plus recours que les hommes aux arrêts maladie, c'est-à-dire aux arrêts de travail pour raison de santé, hors congés pour cause de maternité ou de paternité, d'accidents du travail ou maladies professionnelles. Elles ont, en moyenne, 4,9 jours d'arrêts maladie indemnisés de plus par an que les hommes, sur le champ des salariés du secteur privé âgés de 21 à 45 ans.

La part des arrêts maladie imputables à la grossesse, en dehors des congés maternité ou pathologique, est isolée précisément : ceux-ci expliquent 37 % de l'écart entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans. Cette part diminue drastiquement avec l'âge : la grossesse n'explique plus qu'un sixième des écarts d'arrêt maladie hommes-femmes au sein des 36-40 ans, alors qu'elle en explique la quasi-totalité pour les plus jeunes âgés de 21 à 25 ans.

Les recours plus fréquents aux arrêts maladie des femmes sont aussi corrélés à leur moindre rémunération. La plus faible représentation des femmes dans les emplois les mieux rémunérés explique en effet 5 % de l'écart moyen entre femmes et hommes de 21 à 45 ans.

Dans la plupart des pays européens, les femmes ont des taux d'absence pour maladie supérieurs aux hommes (Eurofound, 2012). En France, cet écart était de 4,9 jours en 2011 pour les arrêts maladie des salariés du privé (hors secteur agricole)¹ âgés de 21 à 45 ans (*encadré 1*). Les données médico-administratives (*encadré 2*) permettent de distinguer la part attribuable aux grossesses et celle imputable aux différences de salaires. Ces dernières reflètent notamment les conditions de travail des salariés.

ENCADRÉ 1 : LES ARRÊTS DE TRAVAIL DONNANT LIEU À DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les salariés affiliés au régime général peuvent bénéficier, sous certaines conditions, d'indemnités journalières (IJ) versées par l'assurance maladie en cas d'arrêt temporaire de travail. Ils sont liés à trois risques : la maternité (qui comprend les congés maternité, pathologiques et paternité), les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP) et la maladie. Les arrêts qui interviennent au cours d'une grossesse en dehors d'un congé maternité ou d'un congé pathologique sont indemnisés au titre des arrêts maladie.

Les conditions d'éligibilité, les durées maximales de versement et les montants des IJ sont différents selon la nature des arrêts. Le bénéfice des IJ maladie est soumis à une durée minimale de cotisation. Une partie de l'échantillon n'y est donc pas éligible ; d'après l'enquête Emploi en continu de l'INSEE, on estime qu'environ 3 % des salariés ne remplissaient pas les conditions requises en 2011 (200 heures travaillées au cours du dernier trimestre ou 800 heures sur une année). Ces conditions ont été assouplies en janvier 2015, en passant la durée de cotisation requise à 150 heures au cours du dernier trimestre ou 600 heures sur une année.

En cas de maladie, les IJ versées par l'assurance maladie sont perçues après un délai de carence de 3 jours, sauf cas particuliers (arrêts en lien avec une affection de longue durée et arrêts consécutifs espacés de moins de 48 heures). Hormis ces cas particuliers, les arrêts maladie d'une durée inférieure à 3 jours ne sont pas présents dans les données de l'assurance maladie, et donc non comptabilisés dans cette étude². En revanche, pour les arrêts maladie supérieurs à 3 jours, le nombre de jours pris en compte correspond bien aux durées réelles, période de carence comprise.

Tableau 1 – Nombre moyen de jours d'arrêt de travail par salarié selon le risque en 2011

	Ensemble (21-60 ans)			21-45 ans		
	Hommes (A)	Femmes (B)	Écart femmes-hommes (B-A)	Hommes (A)	Femmes (B)	Écart femmes-hommes (B-A)
Maternité, paternité	0,4 jour	6,9 jours	6,5 jours	0,6 jour	10,6 jours	10,0 jours
AT-MP	3,3 jours	2,6 jours	-0,7 jour	2,8 jours	1,9 jour	-0,8 jour
Maladie	9,7 jours	14,2 jours	4,5 jours	7,2 jours	12,0 jours	4,9 jours

Champ : Salariés âgés de 21 à 60 ans, ou de 21 à 45 ans, affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes.

Note : Les hommes ont 0,4 jour d'arrêt par an en moyenne au titre de congés paternité (inclus dans le risque maternité). Ils ont en moyenne 0,7 jour d'arrêt pour AT-MP de plus que les femmes par an. Cette différence est due à leur plus forte exposition aux accidents du travail ; le nombre d'arrêts liés aux maladies professionnelles est similaire pour les hommes et les femmes.

Sources : EGB 2011, DADS 2011.

Les grossesses expliquent 37 % des écarts d'arrêt maladie entre les femmes et les hommes

Une fois décomptés les arrêts maladie liés aux grossesses (c'est-à-dire ceux qui interviennent en dehors des congés maternité et pathologiques, *cf. encadré 3*), l'écart de recours aux arrêts maladie indemnisés entre les femmes et les hommes salariés du privé, âgés de 21 à 60 ans, est réduit de 28 %. Sur les 4,5 jours d'écart entre arrêts indemnisés moyens des hommes et des femmes, 1,3 jour peut ainsi être attribué aux arrêts maladie intervenant au cours des grossesses. Pour les femmes âgées de 21 à 45 ans, les grossesses expliquent même 37 % de l'écart total, soit 1,8 jour sur 4,9. Cet effet a déjà été observé en Suède, où les arrêts liés aux grossesses expliquent la moitié des écarts d'absences supérieures à 7 jours entre les hommes et les femmes âgés de 16 à 44 ans (Alexanderson *et al.*, 1996).

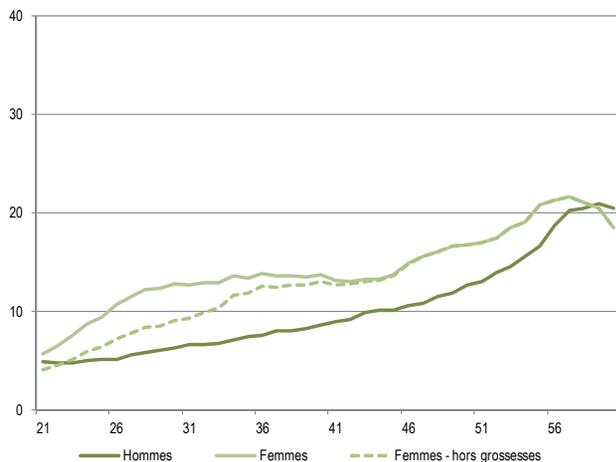
De nombreux motifs peuvent justifier des arrêts en cours de grossesse en dehors du congé maternité : menaces d'accouchement prématuré (pouvant résulter de causes multiples), problèmes ostéo-articulaires (lombalgies, radiculalgies, petits traumatismes). La nécessité d'un arrêt est alors évaluée selon différents paramètres, notamment la nature du travail, la distance domicile-travail et les antécédents de grossesses pathologiques. Cette moyenne cache de fortes différences selon l'âge : en France, les grossesses rendent compte de la quasi-totalité de l'écart entre les

¹ Dans la suite de l'article, afin de faciliter la lecture, on désigne systématiquement par secteur privé le secteur privé non agricole.

² L'absence de ces arrêts pourrait affecter la différence de nombre de jours d'arrêt des femmes et des hommes si les premières prenaient davantage d'arrêts de moins de 3 jours que les seconds, ou l'inverse, ou bien si les femmes ou les hommes bénéficiaient en moyenne de couvertures différentes de ce délai de carence, par effet de structure. Nous ne disposons pas d'éléments sur ces éventuelles différences de pratiques ; nous ne pouvons donc pas prévoir le sens du biais que cela pourrait générer.

femmes et les hommes de 21 à 25 ans, de 61 % de cet écart entre 26 et 30 ans et de 40 % entre 31 et 35 ans (tableau 3). De façon évidente, ce facteur ne joue plus après 45 ans (graphique 1).

Graphique 1 – Nombre de jours d'arrêt maladie indemnisés dans l'année par âge et par sexe en 2011



Champ : Salariés âgés de 21 à 60 ans affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes.

Sources : Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) 2011 2012, déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2011.

De fortes différences hommes-femmes dans la prise d'arrêt maladie indemnisé subsistent à âge et salaire donnés

Le nombre de jours d'arrêt maladie est plus élevé pour les rémunérations intermédiaires (graphiques 2a et 2b). Ce sont les salariés les moins rémunérés, hommes comme femmes, ainsi que ceux les mieux rémunérés, qui recourent le moins souvent aux arrêts maladie. Cela peut s'expliquer par la plus forte proportion de contrats précaires dans cette catégorie. Les salariés en contrat instable, que sont les CDD, les contrats intérimaires ou les CDI recrutés depuis moins d'un an, ont une probabilité plus faible d'avoir des absences au travail (Inan, 2013), bien qu'ils soient davantage exposés aux accidents de travail (Hamon-Cholet, Sandret, 2007) : la crainte des sanctions est en effet plus grande (par exemple, rupture de la période d'essai, non renouvellement de contrat, moindres promotions). La perte de revenus en cas d'arrêt serait par ailleurs plus pénalisante, en raison de leur faible niveau de rémunération et de leurs droits d'indemnisation plus restreints. Les arrêts non indemnisés n'étant pas retracés dans les données disponibles, l'écart entre quartiles pourrait être diminué si le nombre de jours d'absence était rapporté seulement au nombre de salariés éligibles aux indemnités journalières. Pour en bénéficier, il faut en effet justifier d'une certaine ancienneté dans l'emploi (cf. encadré 1), ce qui concerne a priori une moindre proportion de salariés du 1^{er} quartile.

Par ailleurs, les femmes et les hommes se répartissent différemment selon le niveau de salaire (tableaux 2a et 2b). Celles-ci se retrouvent en effet plus de deux fois plus souvent que les hommes parmi les salariés les moins bien rémunérés. En revanche, six hommes sur dix sont dans la moitié la mieux rémunérée, alors que les femmes ne sont que quatre sur dix dans ce cas. Cette répartition salariale différenciée des femmes et des hommes expliquerait 8 % des écarts de prise d'arrêt maladie pour ceux âgés de 21 à 60 ans, et 5 % pour ceux âgés de 21 à 45 ans (tableau 3). À âge et niveau de salaire donnés, une fois le facteur grossesse pris en compte, la prise d'arrêt maladie entre les femmes et les hommes reste toutefois encore fortement différenciée. Près ou plus de la moitié de cet écart reste inexpliqué pour les personnes âgées de 31 ans ou plus.

Femmes et hommes n'exercent en général pas les mêmes activités et sont de ce fait exposés à des conditions de travail différenciées. Les femmes occupent plus fréquemment des emplois peu qualifiés, notamment d'employés : 27 % d'entre elles sont sur des postes peu qualifiés d'employés ou d'ouvriers, contre 15 % des hommes (Minni, 2015). Si les hommes sont globalement plus exposés à la pénibilité physique spécifique au monde industriel (INSEE, 2012), et ont davantage d'accidents de travail, les femmes sont soumises à des pénibilités souvent moins objectivées et à certains risques psychosociaux (manque de marges de manœuvre, de soutien social et de reconnaissance au travail notamment) [Coutrot, Mermilliod, 2010]. Plus souvent en contact avec le public et des personnes en détresse, elles font état de fortes exigences émotionnelles et d'une pression de la demande extérieure plus élevée que les hommes (Amira, 2010 ; Beque, 2014). Près d'une femme sur trois est exposée à la tension au travail, contre un homme sur cinq

(enquête Sumer 2003 ; DREES 2009). Enfin, bien qu'elles aient des horaires moins contraignants que leurs homologues masculins, elles se déclarent plus souvent débordées dans leur travail, en particulier quand elles ont de jeunes enfants, en raison de la difficulté à concilier vies familiale et professionnelle (Amira, 2010).

D'autres éléments d'explication plus directement liés à la santé peuvent être avancés. Les femmes ont en effet une plus grande proximité avec le système de soins (Fourcade *et al.*, 2013) et recourent plus souvent à la prévention. Elles déclarent un moins bon état de santé perçu. À l'inverse, les hommes, se conformant à l'idéal masculin de virilité, rejetteraient les signes de faiblesse dont la maladie fait partie (Gollac, Volkoff, 2002 et 2006). L'homogénéisation des comportements de santé étant plus marquée en haut de l'échelle sociale, cela expliquerait en partie les plus faibles écarts de prise d'arrêt maladie entre hommes et femmes les mieux rémunérés.

L'ensemble de ces raisons pourrait contribuer à expliquer les différences de prise d'arrêt qui subsistent entre les femmes et les hommes à âge et salaire donnés.

Se pose aussi la question de la persistance de ces différences de durée d'arrêt maladie entre les femmes et les hommes lorsqu'on se concentre sur certains types d'arrêts – les arrêts longs, de plus de 30 ou de 90 jours, ou alternativement, les arrêts courts : les écarts femmes-hommes découlent-ils d'un comportement différencié dans la prise d'arrêts longs ou courts ? De premiers résultats montrent qu'à quartile de salaire donné, des différences sexuées demeurent, qu'on analyse les arrêts, hors grossesse, de plus ou de moins de 30 jours, ou de plus ou de moins de 90 jours.

Tableau 2a – Répartition et âge moyen des femmes et des hommes salariés de 21 à 60 ans par quartile de salaire

	Répartition		Âge moyen	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1er quartile	13,6%	32,1%	35,7	38,9
2e quartile	23,0%	28,9%	36,1	38,9
3e quartile	30,6%	21,1%	39,7	40,7
4e quartile	32,8%	17,9%	43,4	43,1
Ensemble	100%	100%	39,6	40

Source : DADS, 2011.

Tableau 2b – Répartition et âge moyen des femmes et des hommes salariés de 21 à 45 ans par quartile de salaire

	Répartition		Âge moyen	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1er quartile	15,1%	32,5%	29,9	31,8
2e quartile	26,3%	30,6%	31,4	32,9
3e quartile	31,0%	21,1%	34,1	34,5
4e quartile	27,5%	15,8%	36,4	36,1
Ensemble	100%	100%	33,4	33,4

Source : DADS, 2011.

Tableau 3 – Écart entre les femmes et les hommes du nombre de jours d'arrêt maladie décomposé en trois facteurs, en 2011

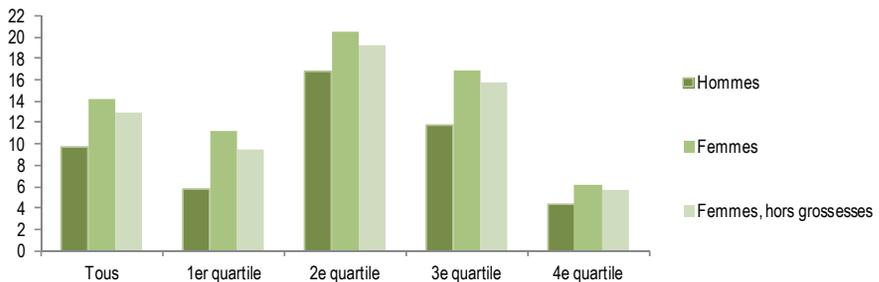
	Total	Grossesse au cours de l'année	Différence de structure par quartile	Différences de recours au sein d'un même quartile
Sur les 21-60 ans				
En nombre de jours	4,5	1,3	0,4	2,9
En pourcentage	100 %	28 %	8 %	64 %
Sur les 21-45 ans				
En nombre de jours	4,9	1,8	0,2	2,8
En pourcentage	100 %	37%	5 %	58 %
Par tranche d'âge				
21-25 ans	100%	89%	-10%	22%
26-30 ans	100%	61%	4%	35%
31-35 ans	100%	40%	8%	53%
36-40 ans	100%	17%	23%	61%
41-45 ans	100%	7%	39%	54%
46-50 ans	100%	0%	38%	62%
51-55 ans	100%	0%	43%	57%
56-60 ans	100%	0%	252%	-152%

Lecture : L'écart de nombre de jours d'arrêts maladie entre femmes et hommes de 31 à 35 ans est lié à 40 % aux grossesses, 8 % à la répartition des hommes et des femmes par quartile de salaires, 53 % à la différence entre femmes et hommes de nombre de jours d'arrêts maladie à quartile de salaire donné (selon une méthode de décomposition présentée dans l'encadré 4).

Champ : Salariés âgés de 21 à 60 ans affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes.

Sources : EGB 2011 2012, DADS 2011

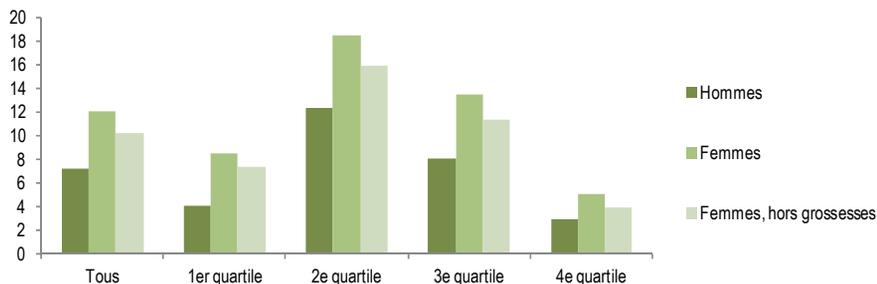
Graphique 2a – Nombre de jours moyen d'arrêts maladie des salariés de 21 à 60 ans, par an selon le sexe et le quartile de salaire, en 2011



Champ : Salariés âgés de 21 à 60 ans affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes.

Sources : Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) 2011 2012, déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2011.

Graphique 2b – Nombre de jours moyen d'arrêts maladie des salariés de 21 à 45 ans, par an selon le sexe et le quartile de salaire, en 2011

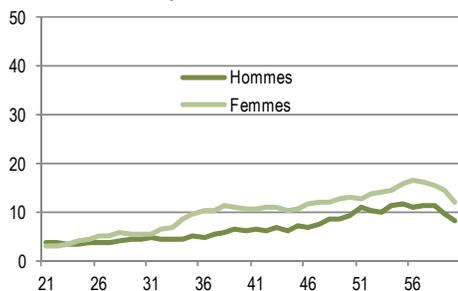


Champ : Salariés âgés de 21 à 45 ans affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes.

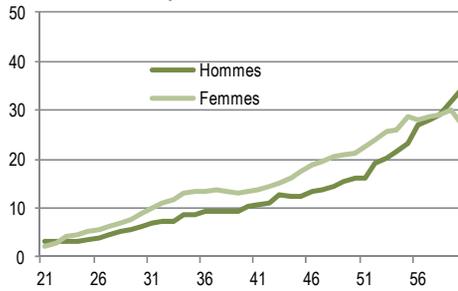
Sources : Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) 2011-2012, déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2011.

Graphique 3 – Nombre de jours d'arrêts maladie (hors arrêts liés à la grossesse) par âge et par quartile de salaire en 2011

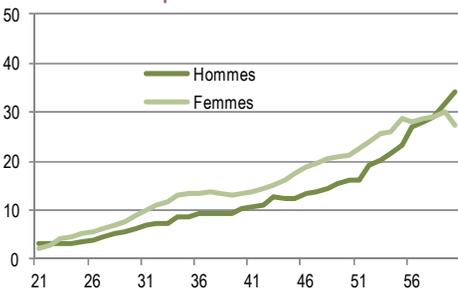
3a. Salariés du 1er quartile



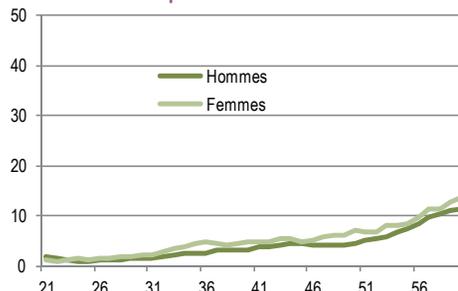
3c. Salariés du 3e quartile



3b. Salariés du 2e quartile



3d. Salariés du 4e quartile



Champ : Salariés âgés de 21 à 60 ans affiliés au régime général, hors sections locales mutualistes, hors arrêts liés à la grossesse.

Note : Les courbes ont été lissées à l'aide de moyennes mobiles sur 5 années d'âge.

Sources : Échantillon généraliste de bénéficiaires EGB 2011-2012, DADS 2011.

ENCADRÉ 2 : LES DONNÉES

Pour dresser un bilan précis du nombre total de jours d'arrêts de travail par âge, sexe, et risque (maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles) pour les salariés du secteur privé (hors secteur agricole), cette étude mobilise des données administratives : l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie pour identifier les arrêts selon leur risque et les grossesses. Pour obtenir un nombre de jours d'arrêts moyen par salarié, le numérateur (nombre de jours total par an) obtenu à partir de ces fichiers est rapporté à un dénominateur (nombre de salariés par âge et sexe, avec une déclinaison par quartile de salaire) calculé à partir des fichiers des Déclarations annuelles de données sociales (DADS). L'analyse porte sur l'année 2011 (soit les données DADS les plus récentes au moment de la réalisation de l'étude).

Les salariés âgés de 21 à 60 ans sont pris en compte. Les personnes en emploi avant 21 ans et après 60 ans ont des caractéristiques particulières et représentent des effectifs limités ; les intégrer compliquerait l'interprétation des résultats.

LES ARRÊTS SONT ISSUS DES DONNÉES DE GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE (2011)

Les données principales sont issues de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), échantillon au 1/97 des bénéficiaires de l'assurance maladie (ouvreurs de droits ou ayants droit). Les données de remboursement de soins relatives à chaque bénéficiaire sont extraites du SNIIRAM (système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie). Les données concernent les bénéficiaires du régime général, en dehors des sections locales mutualistes (SLM) qui gèrent les dossiers des fonctionnaires et des étudiants. Elles n'incluent pas les ressortissants du Régime social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Pour chaque individu sont renseignés son sexe, son âge, le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), ses éventuelles affections de longue durée (ALD), ainsi que les soins ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Sont reportées les périodes d'arrêts de travail relatifs aux trois risques – maladie, maternité, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) – donnant lieu à indemnisation par l'assurance maladie, et les indemnités journalières (IJ) versées à ce titre. Les arrêts maladie de moins de trois jours soumis au délai de carence de l'assurance maladie ne sont pas répertoriés.

Le montant des IJ est directement lié au salaire, ce qui permet de calculer le salaire mensuel des bénéficiaires ayant eu des arrêts. Comme les IJ sont plafonnées, il n'est pas possible d'estimer précisément les salaires les plus élevés (le plafond du salaire pris en compte pour les IJ, soit 2 946 euros mensuels au 1^{er} janvier 2011, est situé entre le 75^e et le 80^e percentile de la distribution). Ceci est sans conséquence dans cette étude, puisque ces salariés sont correctement affectés dans le dernier quartile de salaires.

LES EFFECTIFS SALARIÉS SONT ISSUS DES FICHIERS DES DÉCLARATIONS ANNUELLES DE DONNÉES SOCIALES (2011)

La DADS est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Les fichiers qui en sont issus comportent des informations sur chaque salarié ayant exercé un emploi, même de très courte durée, au cours de l'année. Est ici exploité un échantillon au 1/12 de la population salariée comportant les informations suivantes : la nature de l'emploi et la qualification, les dates de début et de fin de période de paie, le nombre d'heures salariées, la quotité de travail (temps complet, temps partiel), le montant des rémunérations versées. Cette source présente l'avantage, pour cet exercice, de reporter des salaires de manière très fiable et de proposer un échantillon important, qui permet d'estimer le nombre de personnes en emploi en distinguant selon différents critères fins. Afin que son champ soit équivalent à celui de l'EGB (c'est-à-dire les salariés affiliés au régime général hors sections locales mutualistes) les titulaires de la fonction publique, les actifs affiliés à la MSA et au RSI, les stagiaires et les salariés des régimes spéciaux sont exclus.

Pour calculer un nombre de jours moyen d'arrêts par salarié, il faut tenir compte de la probabilité de prendre un arrêt maladie, qui est liée au nombre de jours travaillés dans l'année. Pour cela, le nombre de salariés est proratisé par la durée de présence au cours de l'année. Cela permet de reconstituer un nombre de salariés présents au cours de l'année en « équivalent présents toute l'année », et ainsi de corriger la probabilité d'être en arrêt un jour donné.

ENCADRÉ 3 : DÉCOMPOSITION DE L'ÉCART DE RECOURS AUX ARRÊTS MALADIE ENTRE FEMMES ET HOMMES SALARIÉS DU PRIVÉ

L'écart du nombre moyen de jours d'arrêts maladie entre femmes et hommes salariés du privé peut être décomposé en trois termes qui correspondent à trois facteurs explicatifs : les grossesses, la répartition différente des femmes et des hommes par quartile de salaire, les différences de recours aux arrêts maladie dans chaque quartile de salaire.

Dans un premier temps est calculé le nombre de jours d'arrêt maladie pris par les femmes et celui pris par les hommes. Sont ensuite isolés les arrêts maladie liés à une grossesse.

Pour les isoler, l'enjeu essentiel consiste à identifier les femmes qui ont eu une grossesse pendant l'année considérée (1) et à estimer le nombre de jours moyen d'arrêts maladie qu'elles auraient pris en l'absence de cette grossesse (2).

(1) Les femmes qui ont connu une grossesse au cours de l'année 2011 et qui sont susceptibles d'avoir pris des arrêts maladie sont identifiées à partir des dates de leur congé maternité : il s'agit des femmes dont le congé maternité postérieur à l'accouchement a débuté entre la mi-février 2011 et août 2012. Ces bornes permettent de repérer les femmes en fin de grossesse au début de l'année 2011 (dont le congé maternité prénatal a débuté après le 1^{er} janvier 2011) jusqu'aux femmes dont la grossesse a débuté à la fin de l'année 2011 (qui ont accouché en août 2012). Le fait d'avoir bénéficié d'un congé maternité garantit que la femme est également dans une situation d'activité (salariat ou chômage) lui permettant de prendre des arrêts maladie indemnisés. Notons

que l'on isole ici les femmes ayant mené une grossesse à terme. Le cas des femmes enceintes ayant eu une interruption volontaire ou médicale de grossesse n'est pas considéré dans cette catégorie.

(2) Pour les femmes qui ont eu une grossesse en 2011, les arrêts maladie réellement pris au cours de cette année sont « remplacés » par le nombre moyen de jours d'arrêts des femmes du même âge et du même quartile de salaire n'ayant pas eu de grossesse cette année-là. Le nombre moyen de jours d'arrêts maladie des femmes susceptibles de prendre un arrêt maladie et qui n'ont pas eu de grossesse en 2011 est calculé en rapportant leur nombre total de jours d'arrêts maladie par an au nombre de salariées (calculé à partir des Déclarations annuelles de données sociales, cf. encadré 2) auquel est retranché le nombre de femmes ayant eu un congé maternité à des dates attestant qu'elles ont été enceintes en 2011 (calculé à partir de l'EGB, voir plus haut).

Dans un deuxième temps, l'écart du nombre de jours moyen d'arrêts maladie, hors arrêts liés à une grossesse, est décomposé en deux termes, selon la méthode détaillée ci-dessous.

Le premier terme représente les écarts de nombre de jours d'arrêts maladie liés à une répartition différente des femmes et des hommes par quartile de salaire ; le second, les différences de recours hommes-femmes aux arrêts maladie au sein de chaque quartile de salaire à âge donné.

La différence de moyenne entre femmes et hommes ($n_F - n_H$) peut s'écrire comme la somme de deux termes A et B.

$$n_F - n_H = \sum_{i=1}^4 [n_{iF} * p_{iF} - n_{iH} * p_{iH}]$$

$$= \sum_{i=1}^4 \left[(p_{iF} - p_{iH}) * \frac{(n_{iF} + n_{iH})}{2} \right] + \sum_{i=1}^4 \left[(n_{iF} - n_{iH}) * \frac{(p_{iF} + p_{iH})}{2} \right]$$

Où n_{iH} (n_{iF}) correspondent au nombre de jours moyen des hommes (des femmes) dans le quartile i et pour une même tranche d'âge, et p_{iH} (p_{iF}) à la part des hommes (des femmes) appartenant au quartile i de la distribution des salaires des hommes et des femmes confondus (tableau 1) pour une même tranche d'âge.

Le premier terme (A) reflète la différence de répartition entre femmes et hommes par quartile de salaire :

$\sum_{i=1}^4 \left[(p_{iF} - p_{iH}) * \frac{(n_{iF} + n_{iH})}{2} \right]$. La différence de proportion dans chaque quartile de salaire i est pondérée par la moyenne des nombres de jours moyens d'arrêts par sexe du quartile correspondant.

Le deuxième terme (B) reflète la différence de nombre de jours moyen d'arrêts par quartile de salaire : $\sum_{i=1}^4 \left[(n_{iF} - n_{iH}) * \frac{(p_{iF} + p_{iH})}{2} \right]$.

La différence de moyenne de chaque quartile de salaire i est pondérée par la moyenne des proportions de chaque sexe dans le quartile correspondant.

Pour en savoir plus

Alexanderson K., Sydsjoe A., Hensing G., Sydjoe G., Cartensen J., 1996, "Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence", *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(3): 169-76.

Amira S., 2010, « Les femmes occupent des emplois où le travail semble moins épanouissant », *Dares Analyses*, n°082, décembre.

Beque M., 2014, « Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 », *Dares Analyses*, n°031, avril.

Coutrot T., Mermilliod C., 2010, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *Dares Analyses*, n°081, décembre.

DREES, 2009, *La santé des femmes en France*, coll. Études et Statistiques, La Documentation française.

Eurofound, 2012, *Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey*, Dublin.

Fourcade N., Gonzalez L., Rey S., Husson M., 2013, « La santé des femmes en France », *Études et Résultats, Drees*, n° 834, mars.

Gollac M., Volkoff S., 2002, « La mise au travail des stéréotypes de genre : les conditions de travail des ouvrières », *Travail, genre et sociétés*, 2002/2(8) : 25-53.

Gollac M., Volkoff S., 2006, « La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi (quelques éléments d'analyse statistique) », *Document de travail*, Centre d'études de l'emploi, n° 69.

Hamon-Cholet S., Sandret N., 2007, « Accidents de travail et conditions de travail », *Premières informations, Dares*, n°31.2.

Inan C., 2013, « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », *Dares Analyses*, n°009, février.

INSEE, 2012, *Femmes et hommes – Regards sur la parité*, Insee Références, édition 2012, mars.

Ménard S., Pollak C., « L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie : une évaluation de l'ANI de 2008 », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, à paraître.

Minni C., 2015, « Femmes et hommes sur le marché du travail : les disparités se réduisent mais les emplois occupés restent très différents », *Dares Analyses*, n°017, mars.

La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et en 2014

Engin Yilmaz (DREES)

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats des comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent légèrement en 2014. Malgré un déficit d'environ 200 millions d'euros, ce résultat représentant 0,3 % des produits reste proche de l'équilibre budgétaire.

Ce niveau du déficit reste en effet bien moindre que celui constaté entre 2006 et 2011. La moitié des établissements publics sont déficitaires, mais une quarantaine d'établissements expliquent à eux seuls 50 % du déficit.

La croissance de l'activité des hôpitaux publics en 2014 a permis de limiter le déficit, alors que les tarifs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) restaient stables.

La capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se contracte en 2014 pour atteindre 3,6 milliards d'euros, soit 5,4 % des produits. Elle s'établissait à 3,8 milliards en 2013, soit 5,9 % des produits. L'effort d'investissement mesurant les dépenses d'investissement réalisées au cours de l'année poursuit sa baisse : la part de ces dépenses au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 7,6 % en 2013 pour s'établir à 7,1 % en 2014. Parallèlement, la progression de l'encours de la dette ralentit. Le taux d'indépendance financière, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, atteint 50 %. L'encours de la dette s'établit à 29,3 milliards d'euros.

Les hôpitaux publics sont en déficit de 200 millions en 2014

D'après les données comptables définitives (*encadré 1*), la situation financière des hôpitaux publics redevient déficitaire en 2013 après un excédent en 2012. En 2013, ce déficit avoisine les 100 millions d'euros, ce qui représente 0,2 % de leurs recettes (*tableau 1*). Le redressement de l'année 2012 était dû en partie à des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values des cessions d'actifs, inscription au résultat des aides exceptionnelles versées à certains établissements « proches de la rupture de paiement », opérations de fin d'exercice, notamment une diminution des dotations aux provisions, etc.). La dégradation en 2013 est totalement imputable à la dégradation du budget principal qui présente un déficit de 324 millions d'euros, contre 140 millions en 2012. Ce budget principal retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et de psychiatrie, et représente 88 % du budget total des établissements. Quant au budget annexe¹, l'excédent se stabilise en 2013 : 221 millions d'euros contre 229 millions en 2012.

Les premières estimations pour l'année 2014 mettent à nouveau en évidence une dégradation modérée des comptes des hôpitaux publics. En 2014, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit du budget global de 209 millions d'euros, ce qui représenterait 0,3 % de leurs recettes (*tableau 1*). Toutefois, malgré ces résultats négatifs à la fois en 2013 et en 2014, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

La dégradation en 2014 serait imputable pour moitié à la dégradation du budget principal qui présenterait un déficit de 382 millions d'euros contre 324 millions en 2013, et à celle du budget annexe dont l'excédent s'est réduit à 173 millions d'euros contre 221 millions en 2013.

Tableau 1 – Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2014

	En %												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ***
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	- 0,4 *	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2	-0,3
Les centres hospitaliers régionaux (CHR)													
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 *	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,5
Les autres centres hospitaliers (CH)													
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,4
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,8
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,4
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7	0,7
CH spécialisés (CHS)	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,1

¹ La rentabilité nette des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21 (hors compte de rétrocessions).

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Voir *encadré 2*.

*** Données provisoires.

Note : Le CH est devenu CHR en 2012.

Sources : DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. *encadré 2*).

Malgré la hausse du nombre d'établissements déficitaires, le déficit reste concentré sur un petit nombre d'entre eux

Le nombre d'établissements publics de santé déficitaires continue d'augmenter en 2014 : 454 hôpitaux déficitaires en 2014 contre 420 hôpitaux déficitaires en 2013 et 361 en 2012. Entre 2012 et 2014, la part d'établissements déficitaires est donc passée de 39 % en 2012 à 50 % en 2014 (*graphique 1*) ; ils enregistraient un déficit cumulé de 548 millions d'euros en 2014, contre 476 millions en 2013. Toutefois, comme en 2012 et en 2013, ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2012, en 2013 et en 2014. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'établirait à 339 millions d'euros en 2014, contre 374 millions en 2013.

¹ Ce budget décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Comme en 2013, sur l'ensemble des établissements publics de santé, la moitié ont une rentabilité nette comprise entre -1,2 % et 1,1 % en 2014 (*graphique 2*).

Cette augmentation de la part d'établissements déficitaires concerne toutes les catégories d'établissements hormis les grands centres hospitaliers pour lesquels cette part était déjà importante en 2013 (60 %).

En 2014, davantage de CHR (hors AP-HP) se retrouvent en situation déficitaire (19 en 2014 contre 17 en 2013 et 13 en 2012) : leur déficit représente un peu plus d'un quart du déficit global. Il s'établit ainsi à 87 millions d'euros contre 58 millions en 2013.

ENCADRÉ 1 : LES SOURCES DISPONIBLES POUR ÉVALUER LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Diverses sources d'information (administratives, médicales et comptables) sont disponibles afin d'analyser la situation économique et financière des établissements de santé. Toutes ne couvrent toutefois pas le même champ et ne sont généralement pas disponibles selon le même calendrier.

Données comptables et financières

Les données fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) présentent le budget des entités juridiques¹ des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires²), sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N+1. Des données semi-définitives pour l'année N sont, en outre, disponibles en juillet de l'année N+1.

L'outil ICARE (information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N+2.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. Le directeur de l'établissement établit un état de l'EPRD à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants, et les transmet à l'agence régionale de santé (ARS). Les EPRD correspondent donc à des données provisoires qui permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements.

Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFIP qui permettent de réaliser une analyse sur des données définitives jusqu'en 2013 et semi-définitives pour l'année 2014.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé³. Pour chaque séjour en MCO sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour, selon deux axes : médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).

- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

¹ Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

² Les hôpitaux militaires font partie, en comptabilité nationale, du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

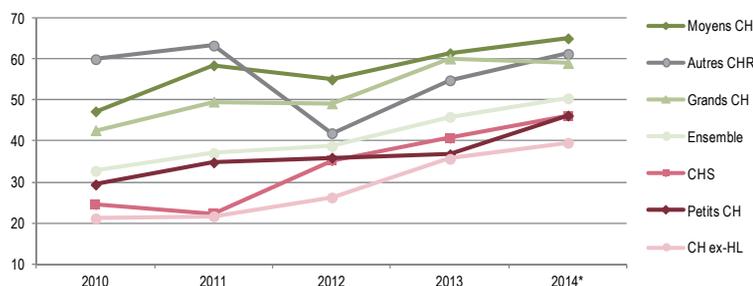
³ Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

Pour les centres hospitaliers de grande taille, contrairement à 2013, malgré une stabilité du nombre d'établissements déficitaires, leurs comptes financiers se seraient détériorés en 2014 après des résultats financiers proches de l'équilibre en 2013 ; le déficit s'établirait à 68 millions d'euros en 2014, soit une rentabilité nette de -0,4 % contre une rentabilité de -0,04 % en 2013 (le déficit s'établissait à 8 millions d'euros). Pour les CH de taille moyenne, la rentabilité reste stable en 2014 à la suite d'une dégradation en 2013 : après avoir enregistré une baisse de la rentabilité en 2013 (-0,7 % contre 0 % en 2012), le déficit de ces établissements s'établirait à 83 millions d'euros en 2014 (contre 72 millions d'euros en 2013). Pour les CH de petite taille, malgré une baisse, leur résultat net comptable resterait globalement excédentaire et représenterait 0,4 % des produits, soit 15 millions d'euros en 2014.

Après un déficit en 2013, la situation des centres hospitaliers spécialisés redevient excédentaire en 2014. L'excédent représente 0,1 % des produits. Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL), la situation se stabilise malgré une baisse de la rentabilité nette, leur situation financière reste excédentaire en 2013 après une stabilisation en 2012.

Graphique 1 – Part des établissements déficitaires entre 2010 et 2014

En %

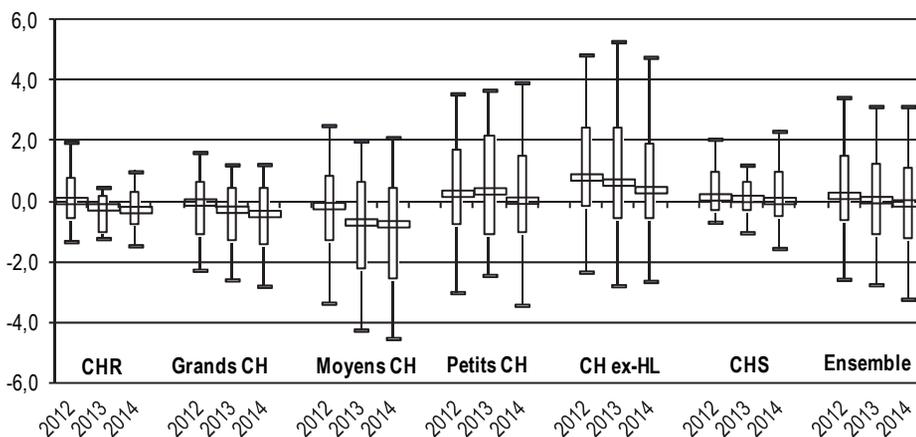


* Données provisoires.

Sources : DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 2 – Dispersion de la rentabilité nette des hôpitaux publics entre 2012 et 2014*

En %



Lecture : La boîte contient 50 % des hôpitaux publics ayant une rentabilité nette comprise entre le premier quartile et le troisième quartile. La barre horizontale correspond à la médiane. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est inférieure à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est supérieure à ce seuil.

* Données provisoires.

Sources : DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

En 2014, la marge brute d'exploitation se maintient

En 2014, cette détérioration modérée du résultat global s'explique en grande partie, comme en 2013, par la dégradation du résultat d'exploitation². En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat

² Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

d'exploitation en 2014 continuerait de diminuer comme en 2013 (*tableau 2*). Le résultat d'exploitation enregistrerait un excédent de 602 millions d'euros contre 850 millions d'euros en 2013, alors que parallèlement le résultat exceptionnel³ dégagerait un excédent de 259 millions d'euros contre un excédent de 129 millions en 2013 (*graphique 3*). La hausse du résultat exceptionnel serait liée à la baisse des charges exceptionnelles, et notamment les charges sur exercices antérieurs. Le caractère provisoire des données 2014, notamment sur ce type d'écritures, doit conduire à interpréter ces résultats avec prudence. Le résultat financier⁴ resterait dégradé en 2014 en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élèverait à 1,1 milliard d'euros en 2014.

Tableau 2 – Évolution du compte de résultat du budget global des hôpitaux publics entre 2012 et 2014

	2013 (en milliards d'euros)	2014* (en milliards d'euros)	2012-2013 (en %)	2013-2014 (en %)
Résultat d'exploitation	0,852	0,602		
Produits d'exploitation	71,7	73,5	+2,3	+2,5
70 Ventes de marchandises et production vendue	3,4	3,5	+2,0	+3,2
71 Production stockée	0,0	0,0	-	-
72 Production immobilisée	0,0	0,0	+2,4	+24,4
73 Production de l'activité	63,2	64,5	+0,5	+2,1
74 Subventions d'exploitation et participations	2,9	3,0	+82,2	+4,2
75 Autres produits de gestion courante	1,6	1,7	0,0	+5,6
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,6	0,7	-5,9	+23
79 Transferts de charges d'exploitation	0,0	0,0	-	-
Charges d'exploitation	70,8	72,9	+3	+2,9
60 Achats	10,5	10,7	+3,3	+1,1
61-62 Services extérieurs et autres	6,8	7,1	+1,4	+3,5
63 Impôts, taxes et versements assimilés	4,3	4,4	+2,8	+2,3
64 Charges de personnel	44,0	45,2	+3,1	+2,8
65 Autres charges de gestion courante	0,7	0,8	+15,4	+8,5
68 Dotations aux amortissements et dépréciations	3,8	3,8	+5	+1,7
68 Dotations aux dépréciations (actif circulant)	0,2	0,2	+15,1	-2,7
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges)	0,4	0,7	-13,9	+59
Résultat financier	-1,083	-1,069		
Produits financiers	0,0	0,1	-0,5	+111,6
Charges financières	1,1	1,2	+7,6	+3,3
Résultat exceptionnel	0,129	0,259		
Produits exceptionnels	1,7	1,5	-10,2	-10,6
Charges exceptionnelles	1,6	1,3	-25,5	-19,6
Résultat net	-0,102	-0,209		
Produits totaux	73,4	75,1	+2,0	+2,3
Charges totaux	73,6	75,3	+2,3	+2,4

* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Toutefois, la marge brute⁵ des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante et ne prenant pas en compte les résultats exceptionnels et financiers et les comptes de dotations et provisions, se maintient à un niveau proche de 2013 à 4,6 milliards d'euros, soit un taux⁶ à 6,4 % en 2014, contre 6,6 % en 2013 et 7,3 % en 2012.

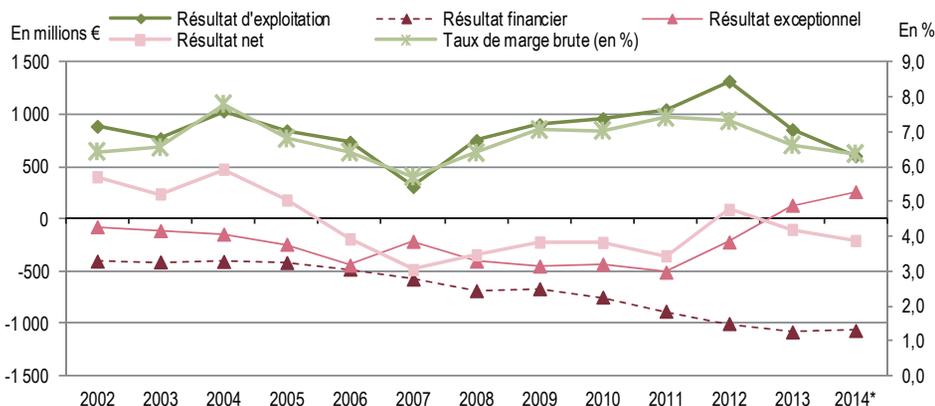
3 Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

4 Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

5 Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production. Dans cette étude et afin d'être à méthodologie constante, le calcul de cet indicateur ne prend pas en compte l'ajout dans le plan comptable, depuis 2012, du compte 7722 correspondant aux « produits sur exercices antérieurs ».

6 Le taux de marge brute est égal à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante. Ces produits sont calculés à partir des comptes 70 à 75 de la nomenclature M21.

Graphique 3 – Compte de résultat et taux de marge brute des hôpitaux publics entre 2002 et 2014



* Données provisoires.

Ordonnées de droite pour le taux de marge brute, c'est-à-dire la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante (cf. note de bas de page n° 6).
Sources : DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Une croissance des recettes dynamique

En 2014, sur le budget global, les produits totaux⁷ hors rétrocession de médicaments poursuivent leur progression dynamique (+2,3 % en 2014 et +2,0 % en 2013). Ces produits atteindraient 75,1 milliards d'euros, dont 66 milliards seraient imputables au budget principal (encadré 2).

La hausse des produits en 2014 est tirée par les recettes liées à l'activité hospitalière correspondant au titre 1 et au titre 2 du budget principal.

Ainsi, les recettes versées par l'assurance maladie pour le compte du budget principal (titre 1) progressent de +2,3 % en 2014, alors qu'elles se sont stabilisées en 2013 (graphique 4). Ces recettes constituant l'essentiel de ce budget (77 %) s'élèveraient à 51,1 milliards d'euros (tableau 3). Cette croissance des recettes s'explique par le dynamisme de l'activité des hôpitaux publics sur le champ MCO mesurée en nombre de séjours (+2,5 %⁸), alors que les tarifs MCO sont restés stables en 2014 pour les hôpitaux publics.

Contrairement aux années précédentes, la croissance des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) est inférieure à celle des produits du titre 1 (+1,5 % en 2014 contre +3,6 % en 2013 pour le budget principal) [graphique 4]. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages), ceux versés au titre des conventions internationales et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteindrait 5,6 milliards d'euros pour le compte du budget principal (tableau 3).

Les évolutions brutes entre 2012 et 2013 étaient difficilement interprétables dans la mesure où des transferts d'enveloppe ont eu lieu entre les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), classées en titre 1, et le fonds d'intervention régional (FIR)⁹, classé en titre 3 pour l'année 2012. Ainsi, en ne retenant que l'enveloppe hors MIGAC afin de neutraliser l'effet de ce transfert, la progression des produits du titre 1 resterait dynamique et constante (+2,9 % en 2014 contre +2,7 % en 2013 et +2,8 % en 2012) [graphique 4].

⁷ Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

⁸ Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée de juin 2015, à paraître.

⁹ Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

ENCADRÉ 2 : CHAMP DE L'ÉTUDE

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (hors hôpitaux militaires). Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD).

Titres de produits :

Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;

Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non assurés sociaux en France) ;

Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

Titre 1 : charges de personnel ;

Titre 2 : charges à caractère médical ;

Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général ;

Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes¹. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2013 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 932 en 2012, 920 en 2013 et 900 en 2014.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories².

- L'AP-HP.
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

¹ La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2013, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,4 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 5 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage baisse à 2,1 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

² Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements avec lesquels ils sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Tableau 3 – Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2012 et 2014

	2012 (en milliards d'euros)	2013 (en milliards d'euros)	2014* (en milliards d'euros)	2012-2013 (en %)	2013-2014 (en %)
Produits					
Budget global	72,0	73,5	75,1	+2,0	+2,3
dont budget principal	63,2	64,5	66,0	+2,1	+2,5
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie**	49,9	49,9	51,1	0,0	+2,3
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat.	5,4	5,6	5,6	+3,6	+1,5
dont titre 3 : autres produits	7,9	9,0	9,4	+14,3	+3,9
Charges					
Budget global	71,9	73,6	75,3	+2,3	+2,4
dont budget principal	63,3	64,8	66,4	+2,3	+2,5
dont titre 1 : charges de personnel	41,7	42,9	44,1	+2,8	+2,7
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,5	8,8	9,2	+3,7	+4,1
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,4	6,6	6,6	+3,2	+0,9
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,7	6,5	6,5	-3,4	+0,7
Résultat de l'exercice					
Budget global	0,089	-0,102	-0,209	-	-
dont budget principal	-0,140	-0,324	-0,382	-	-
dont budget annexe	0,229	0,221	0,173	-	-

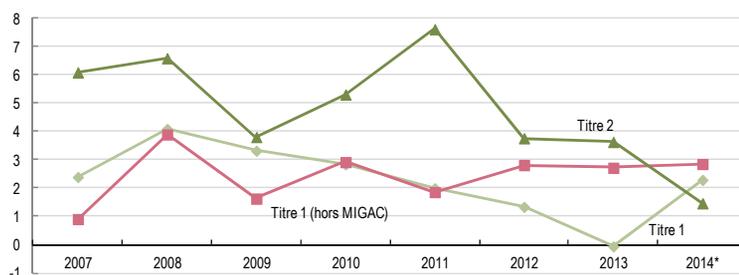
* Données provisoires.

** L'évolution et le montant ne tiennent pas compte de l'effet du « transfert de l'enveloppe MIGAC (titre1) au FIR (titre3) ». Hors effets du transfert, le taux de croissance des produits du titre 1 s'établirait à 2,7 % en 2013 et à 2,9 % en 2014 (cf. p. 210).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 4 – Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2014

En %



Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 : Produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.

* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Relative maîtrise des dépenses de personnel

Comme en 2013, on observerait en 2014 une progression plus importante des charges du secteur hospitalier par rapport aux produits (+2,4 % pour les charges contre +2,3 % pour les produits). Les charges du secteur hospitalier s'élèveraient à 75,3 milliards d'euros en 2014, contre 73,6 milliards d'euros en 2013 dont 88 % au titre du budget principal.

Cette progression en 2014 s'expliquerait par une augmentation des charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses (graphique 5). Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèveraient à 44,1 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de +2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013 (tableau 3). La plus forte augmentation en 2013 s'expliquait en partie par celle liée aux cotisations de Sécurité sociale et de prévoyance, et

notamment le relèvement, en 2013, de 1,35 point du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)¹⁰. Ainsi, en 2013, l'augmentation des cotisations de Sécurité sociale pour le personnel non médical et médical expliquait pour un peu plus d'un tiers la progression des charges de personnel contre un quart en 2012 (*graphique 6*). Pour autant, la maîtrise de la croissance de la masse salariale du budget principal des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait en 2014. Les charges de personnel liées aux rémunérations du personnel médical et du personnel non médical auraient augmenté de 2,3 % en 2014 contre 2,5 % en 2012 et 2013. Et ces charges auraient aussi augmenté moins vite en 2014 que les produits de l'activité médicale¹¹ – hors MIGAC – (+2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013 et +2,9 % en 2012).

Cette maîtrise des charges de personnel s'explique par l'évolution des salaires dans la fonction publique hospitalière (FPH), alors que la croissance des effectifs reste relativement dynamique. Ainsi, le salaire brut a augmenté de 1 % entre 2012 et 2013 et les effectifs ont augmenté de 1,7 %.

En revanche, le rythme de progression des charges à caractère médical en 2014 (titre 2 du budget principal) serait plus soutenu (+4,1 % en 2014 contre +3,7 % en 2013 et +4,7 % en 2012) [*tableau 3*]. Et, comme en 2013, la progression de ces dépenses serait supérieure à celle des produits de l'activité médicale. Elles atteindraient 9,2 milliards d'euros pour le seul budget principal et représenteraient 14 % de ce budget.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) seraient, elles aussi, moins dynamiques en 2014 (+0,9 % en 2014 contre +3,2 % en 2013).

Quant aux charges liées aux amortissements et provisions (titre 4 du budget principal), elles progressent de +0,7 % en 2014 pour atteindre 6,5 milliards d'euros.

Les capacités d'autofinancement baissent en 2014

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)¹² mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement continuerait de diminuer en 2014 pour atteindre 3,6 milliards d'euros. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits de l'activité hospitalière, continuerait de baisser en 2014 (5,4 % en 2014 contre 5,9 % en 2013) [*tableau 4*].

La baisse des investissements prévue dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement se poursuit, les investissements représentant 4,8 milliards d'euros en 2014. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière s'établirait à 7,1 % en 2014 contre 7,6 % en 2013 (*graphique 7*). Ces dépenses représentent les opérations d'investissement réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations¹³). Cette évolution se traduit par un ralentissement du rythme de renouvellement des équipements : celui-ci s'établirait en moyenne à 21 années en 2014, contre 12 en 2009 (*tableau 4*). Comme en 2013, cette baisse des investissements permet ainsi d'atténuer la baisse de la capacité d'autofinancement en 2014 : la CAF représente toujours en effet trois quarts des investissements en 2013 et en 2014 contre 60 % en 2012.

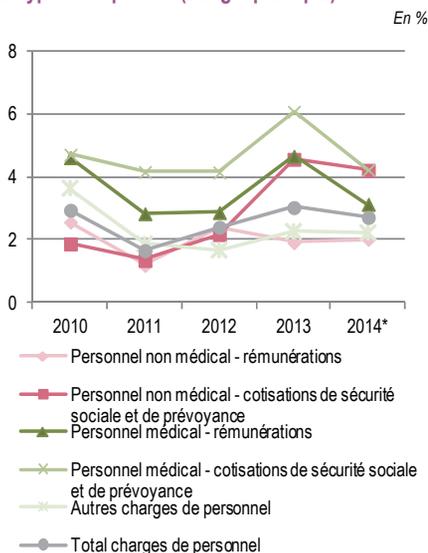
10 www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf

11 Les produits de l'activité correspondent aux produits du titre 1 et du titre 2.

12 Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

13 Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

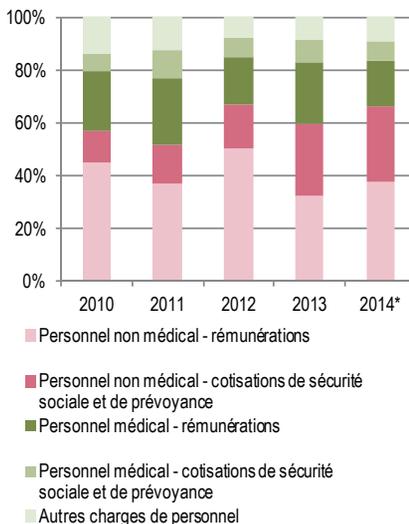
Graphique 5 – Évolution des dépenses de personnel des établissements publics, par type de dépenses (budget principal)



* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 6 – Contribution de chaque catégorie de dépenses de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel (budget principal)



* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Tableau 4 – Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2014

	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	5,9	6,5	3,5
2003	5,9	7,1	3,5
2004	7,2	8,0	3,1
2005	6,0	8,0	3,9
2006	5,4	8,1	4,6
2007	5,1	7,9	5,6
2008	5,8	8,2	5,6
2009	6,7	8,1	5,4
2010	6,3	7,5	6,2
2011	6,7	6,7	6,2
2012	6,4	6,1	6,8
2013	5,9	5,1	7,6
2014*	5,4	4,7	8,1

Note de lecture :

– La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

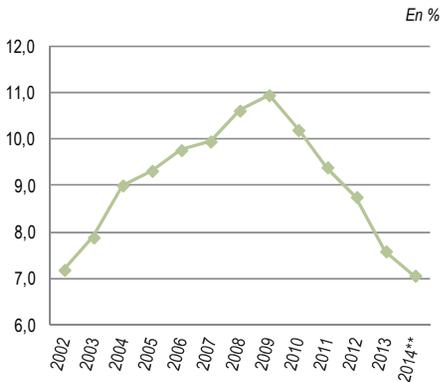
– Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 5,1 % en 2013 signifie qu'il faut 19,6 années (100 / 5,1) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

– La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

(*) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 7 – Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2014

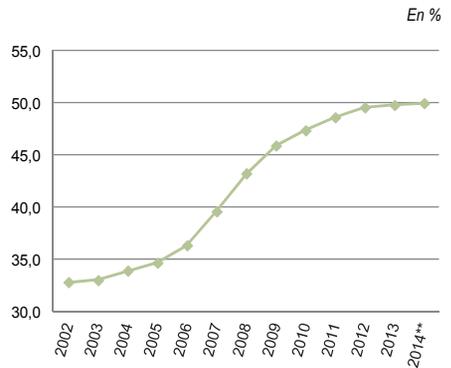


* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

** Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Graphique 8 – Évolution du taux d'indépendance financière* des hôpitaux publics entre 2002 et 2014



*Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.

**Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

L'encours de la dette en voie de stabilisation

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics continuerait de ralentir pour atteindre 29,3 milliards d'euros en 2014, contre 29,1 milliards en 2013, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Ainsi, le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est passé de 47,5 % en 2010 à 49,8 % en 2013 (*graphique 8*). Ce taux se stabiliserait autour de 50 % en 2014.

Avec la diminution des capacités d'autofinancement, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, continuerait de se dégrader en 2014. Ce ratio s'établirait à 8,1 années en 2014 contre 7,6 années en 2013 et 6,8 années en 2012 (*tableau 4*).

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et 2014 », *Comptes nationaux de la santé*, Coll. Études et Statistiques, DREES .

Rapport de la Cour des Comptes, juin 2013, La situation et les perspectives des finances publiques.

Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée de juin 2015, à paraître.

« L'emploi dans la fonction publique – au 31 décembre 2013 (premiers résultats) », coll. Informations rapides, INSEE, 18 décembre 2014, n° 289.

« Les salaires dans la fonction publique en 2013 (premiers résultats) », coll. Informations rapides, INSEE, 27 avril 2015 – n° 101.

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2013

Engin Yilmaz (DREES)

En 2013, la rentabilité nette des cliniques privées à but lucratif est estimée à 2,2 % de leur chiffre d'affaires. Elle s'accroît de 0,4 point par rapport à 2012. L'augmentation du résultat net en 2013 s'explique par une baisse des cotisations sociales liée à la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), dont les effets positifs pour les cliniques privées ont été progressivement atténués puis annulés *via* des baisses de tarifs entre 2013 et 2015.

La situation économique et financière des cliniques privées reste contrastée selon leur secteur d'activité. Dans le secteur le plus important, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité nette atteint, en 2013, 1,5 % contre 1,2 % en 2012. Parallèlement à la diminution des cotisations sociales, la capacité d'autofinancement repart à la hausse pour atteindre 4,9 % du chiffre d'affaires contre 3,8 % en 2012. Après plusieurs années de baisse, l'effort d'investissement se stabilise en 2013 à environ 4 %. L'endettement des cliniques en MCO diminue de 2 points environ (43,4 % en 2013 contre 45,4 % en 2012).

La rentabilité nette des cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation continue d'augmenter en 2013 et atteint 3,9 % du chiffre d'affaires contre 3,2 % en 2012 et 2,9 % en 2011. Les cliniques psychiatriques enregistrent les meilleurs résultats, avec une rentabilité nette de 6,1 %.

Le secteur hospitalier français se répartit en établissements publics, établissements privés à but non lucratif et, enfin, établissements privés à but lucratif plus communément appelés cliniques privées à but lucratif. Ces dernières représentent, en 2012, environ un quart des lits et places du secteur hospitalier¹ et, en 2013, 5,5 des 13,6 millions de patients hospitalisés².

Cette étude s'intéresse à la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2013, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes des 777 cliniques sur les 1 039 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [cf. encadré 1] afin d'inférer la situation économique de l'ensemble. Elle couvre à la fois la Métropole et les DOM.

ENCADRÉ 1 : CHAMP DE L'ÉTUDE ET MÉTHODE UTILISÉE POUR LE REDRESSEMENT DES DONNÉES TENANT COMPTE DE LA NON-RÉPONSE

Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entités figurant dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2013 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises (NAF). Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment une société d'exploitation et une société civile immobilière (SCI). Cette étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui lui sont rattachées.

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, environ 25 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait au moment de l'étude, et on ne dispose d'aucune information économique et financière les concernant. Aussi, afin de garantir la qualité et la représentativité des résultats, on redresse les données en s'appuyant sur les informations contenues dans la SAE. Celle-ci permet de couvrir l'ensemble du champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, des créations ou des restructurations) et de rapporter les réponses disponibles à la population complète de l'étude (tableau ci-dessous).

Nombre de cliniques privées à but lucratif et « taux de comptes disponibles »

	Nombre de cliniques privées	Nombre de cliniques privées ayant déposé leurs comptes	Le pourcentage de comptes disponibles
Ensemble	1 039	777	74,8
Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)	622	484	77,8
Cliniques pluridisciplinaires	304	249	81,9
Cliniques spécialisées	186	159	85,5
Radiothérapie*	50	17	34,0
Dialyse	53	43	81,1
Hospitalisation à domicile	29	16	55,2
Soins de suite et de réadaptation	284	211	74,3
Psychiatrie	133	82	61,7

Note : En raison du pourcentage limité de comptes disponibles en HAD et en radiothérapie, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

* Le nombre de cliniques de radiothérapie présent dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) n'est pas exhaustif en raison d'une non-réponse importante dans la SAE pour l'année 2013.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE, y compris Mayotte.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2013 provisoire, calculs DREES.

Méthodologie

Le redressement des données des cliniques est réalisé à l'aide d'un calage sur marges afin que les établissements ayant déposé leurs comptes (qui constituent l'échantillon) deviennent représentatifs de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif présentes dans la SAE. Le redressement est effectué à l'aide de données relatives à l'activité des établissements (journées, venues et séances) calculées par discipline (médecine, psychiatrie, etc.) et taille d'établissements. On part de l'hypothèse que si l'échantillon est représentatif pour ces variables, il l'est aussi en termes de données économiques et financières.

1 Le Panorama des établissements de santé – édition 2014, coll. Études et Statistiques, DREES.

2 www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles2013.pdf

Le résultat d'exploitation des cliniques augmente en 2013 sous l'effet du CICE

En 2013, le chiffre d'affaires total des cliniques privées à but lucratif s'établit à 13,9 milliards d'euros (*tableau 1*). Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) réalisent plus des trois quarts de ce chiffre d'affaires (77 %). Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui s'occupent, selon la définition donnée par l'ATIH, de « maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime, rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, post-cures pour alcooliques », couvrent, quant à elles, 17 % du chiffre d'affaires total. Enfin, les cliniques psychiatriques n'en représentent que 6 %.

La rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée, en 2013, à 2,2 %, soit une hausse de 0,4 point par rapport à 2012. Ce niveau de rentabilité est assez stable depuis 2008 : l'année 2011 a cependant fait exception à la suite des cessions immobilières de certaines cliniques en MCO, qui ont ponctuellement augmenté leur résultat net.

Pour l'année 2013, l'amélioration du résultat net est la conséquence d'une augmentation de l'excédent brut d'exploitation (EBE) mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement. L'EBE se calcule à partir du chiffre d'affaires dont on déduit notamment les charges de personnel, les impôts liés à l'exploitation, *i.e.* l'activité, et les achats-fournitures qui lui sont nécessaires en dehors de l'amortissement. L'EBE traduit donc la capacité d'une entreprise à générer des ressources de trésorerie du seul fait de son activité, sans tenir compte de sa politique de financement ou d'amortissement.

Contrairement aux années précédentes, l'EBE enregistre une augmentation en 2013 de 0,9 point : il est estimé à 6,5 % en moyenne en 2013, contre 5,6 % en 2012, 5,7 % en 2011 et 6,1 % en 2010 (*tableau 1*). Cette hausse de l'EBE s'explique en grande partie par une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel : celles-ci représentent 11,7 % du chiffre d'affaires en 2013 contre 12,8 % les années précédentes, alors même que les frais de personnel, hors cotisations sociales, c'est-à-dire les salaires bruts, sont en augmentation en 2013. Ces salaires hors cotisations sociales représentent 31,6 % du chiffre d'affaires en 2013 contre 31,2 % en 2012. Au total, les frais de personnels représentent donc 43,3 % du chiffre d'affaires en 2013 contre environ 44 % les trois années précédentes.

Cette baisse de cotisations sociales est liée à la mise en place en 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui correspond à un avantage fiscal pour les entreprises³. Considérant que les cliniques privées sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis neutralisé cet effet en 2015, *via* des baisses tarifaires des séjours hospitaliers⁴.

Il est difficile d'estimer l'effet seul du CICE sur la rentabilité des cliniques privées en 2013. En effet, au-delà du pur effet comptable de l'allègement de cotisations, cet avantage a aussi pu modifier les décisions de gestion, comme le suggère la hausse de la masse des salaires bruts⁵. Toutefois, sous l'hypothèse simplificatrice qu'en l'absence de CICE, les frais de personnels (salaires bruts + charges sociales) auraient représenté, en 2013, la même proportion du chiffre d'affaires que les trois années précédentes, toutes autres choses étant égales par ailleurs, alors l'excédent brut d'exploitation du secteur serait resté à un niveau comparable à celui de 2012 et la rentabilité nette aurait baissé par rapport à 2012 en raison de la progression des charges exceptionnelles.

Ainsi, la progression de la rentabilité nette des cliniques privées en 2013 (2,2 % contre 1,8 % en 2012) s'expliquerait entièrement par l'effet du CICE.

3 www.impots.gouv.fr/portal/deploiement/p1/fichedescriptive_6603/fichedescriptive_6603.pdf

4 Une plainte de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) contestant juridiquement cette décision a été rejetée par le Conseil d'État le 24 février 2015 (n°367961).

5 L'exploitation des Déclarations annuelles de données sociales 2013, disponibles à l'été 2015, permettront d'éclairer plus finement les raisons de cette évolution.

Tableau 1 – Compte de résultat des cliniques privées

	2010	2011	2012	2013
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (en milliards d'euros)	12 508	13 050	13 583	13 938
Nombre de cliniques dans la population	1 084	1 076	1 064	1 039
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	11,5	12,1	12,8	13,2
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,0 %	-45,3 %	-45,2%	-44,8%
dont achats consommés	-17,7 %	-17,4 %	-17,2%	-16,7%
dont autres achats et charges externes	-27,3 %	-27,9 %	-28,0%	-28,1%
dont variation de stocks	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0%
Frais de personnel (en % du CA)	-44,0 %	-43,9 %	-43,9%	-43,3%
dont salaires bruts	-31,2 %	-31,0 %	-31,2%	-31,6%
dont charges sociales	-12,8 %	-12,9 %	-12,8%	-11,7%
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0 %	-5,1 %	-5,3%	-5,3%
dont impôts, taxes et versements assimilés	-5,7 %	-5,7 %	-6,0%	-5,9%
dont subvention d'exploitation	0,7 %	0,6 %	0,6%	0,6%
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,1 %	5,7 %	5,6%	6,5%
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0 %	0,1 %	0,1%	0,0%
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8 %	-2,1 %	-2,2%	-2,2%
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	4,4 %	3,7 %	3,5%	4,3%
RÉSULTAT FINANCIER	-0,4 %	-0,3 %	-0,3%	-0,4%
produits financiers	0,6 %	1,0 %	0,9%	0,6%
charges financières	-1,1 %	-1,3 %	-1,2%	-0,9%
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	4,0 %	3,4 %	3,2%	4,0%
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	-0,2 %	1,1 %	0,1%	-0,5%
produits exceptionnels	2,5 %	3,0 %	2,1%	2,1%
charges exceptionnelles	-2,6 %	-1,9 %	-2,0%	-2,7%
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4 %	-0,4 %	-0,3%	-0,4%
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4 %	-1,5 %	-1,2%	-0,9%
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,0 %	2,6 %	1,8%	2,2%

Note de lecture : Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à un chiffre.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2010-2013, calculs DREES.

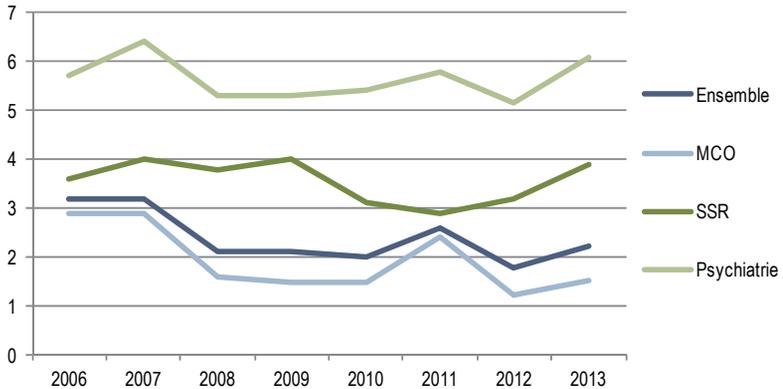
Les cliniques psychiatriques affichent la rentabilité la plus élevée, devant les cliniques en SSR et MCO

En 2013, l'augmentation de la rentabilité nette s'observe, grâce au CICE, pour tous les secteurs d'activité des cliniques privées à but lucratif. Toutefois, les niveaux de rentabilité restent très variables selon le secteur d'activité. La rentabilité des cliniques en MCO (1,5 %) augmente de 0,3 point par rapport à 2012 et atteint un niveau identique à ceux observés entre 2008 et 2010 : en l'absence des avantages procurés par le CICE en 2013, la rentabilité des cliniques privées MCO aurait poursuivi sa diminution.

En revanche, pour les cliniques psychiatriques (6,1 %, +0,9 point) et les cliniques de SSR (3,9 %, +0,7 point) [graphique 1], la rentabilité était déjà bonne en moyenne, et elle s'est encore améliorée grâce aux baisses de charges du CICE.

Graphique 1 – Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du CA

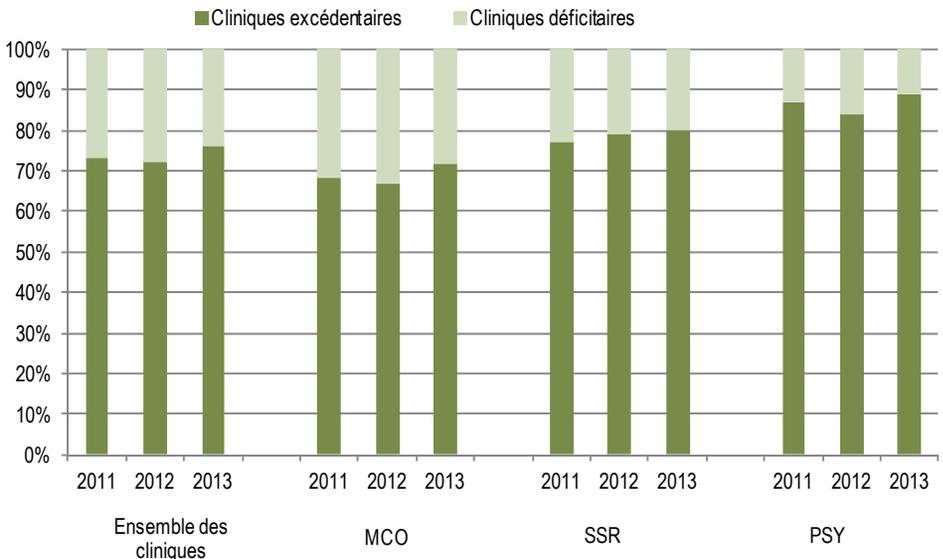


Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

En 2013, le nombre de cliniques déficitaires diminue

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2013, un quart des cliniques privées sont en déficit. Toutefois, qu'elles soient en SSR, MCO ou PSY, cette part est en légère diminution (24 % en 2013 contre 28 % en 2012), bien que celle des cliniques en MCO déficitaires reste encore élevée à 28 % (cf. graphique 2).

Graphique 2 – Répartition des cliniques privées déficitaires et excédentaires entre 2011 et 2013

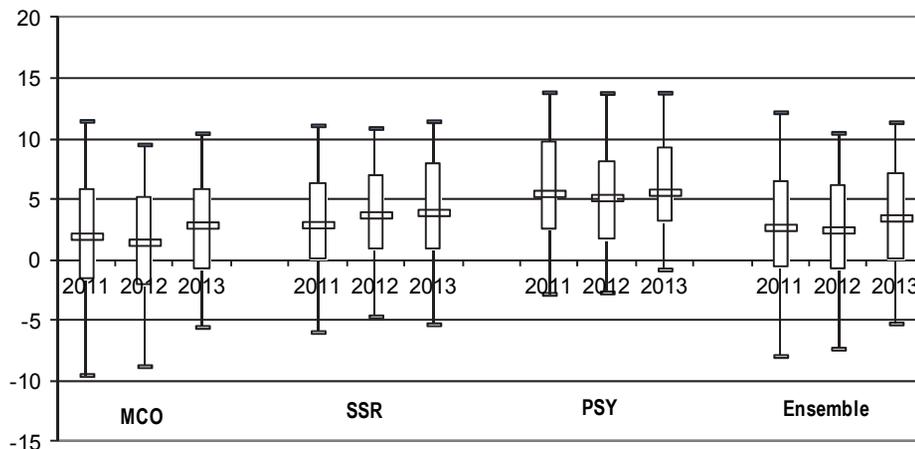


Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Les résultats économiques des cliniques privées restent très différenciés, mais les écarts ont tendance à se resserrer légèrement. Ainsi, sur l'ensemble des cliniques, depuis 2010, l'écart entre le niveau de rentabilité des 10 % de cliniques les plus rentables et celui des 10 % des moins rentables s'est réduit (graphique 3), et ce constat reste valide pour les cliniques PSY et MCO. En revanche, les écarts entre les cliniques en SSR les plus et les moins rentables ont augmenté en 2013.

Graphique 3 – Dispersion de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2011 et 2013

En %



Lecture : La boîte contient 50 % des cliniques ayant une rentabilité nette comprise entre le premier quartile et le troisième quartile. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire que 10 % des cliniques ont une rentabilité économique inférieure à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile, c'est-à-dire que 10 % des cliniques ont une rentabilité économique supérieure à ce seuil.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2011-2013, calculs DREES.

Au sein des cliniques en MCO, si on considère les établissements selon leur discipline (cf. *tableau 2*), la plupart des catégories enregistrent une hausse de leur rentabilité nette en 2013. Pour les cliniques spécialisées, qui représentent près de 20 % du chiffre d'affaires des cliniques en MCO, elle passe de 0,5 % en 2012 à 1,8 % en 2013. Pour les cliniques de radiothérapie et en hospitalisation à domicile (HAD), leur rentabilité nette passe respectivement de 1,3 % en 2012 à 5,9 % en 2013, et de 3 % en 2012 à 6,1 % en 2013. La forte hausse pour les cliniques de radiothérapie est à prendre avec précaution en raison du défaut d'exhaustivité de la SAE pour l'année 2013 (cf. *encadré 1*). Concernant les cliniques de dialyse, leur rentabilité nette reste stable et demeure élevée (12,5 % en 2013). On constate au contraire une baisse de la rentabilité nette pour les cliniques pluridisciplinaires, qui représentent trois quarts du chiffre d'affaires total des cliniques en MCO : la rentabilité nette passe de 1 % en 2012 à 0,8 % en 2013 en raison des charges exceptionnelles d'un établissement pluridisciplinaire de taille importante.

Tableau 2 – Rentabilité nette des cliniques en MCO suivant leurs disciplines

En %

	2009	2010	2011	2012	2013
Total MCO	1,5	1,5	2,4	1,2	1,5
Cliniques pluridisciplinaires	1,2	1,2	2,1	1,0	0,8
Cliniques spécialisées*	1,1	1,1	1,7	0,5	1,8
Radiothérapie	1,0	2,9	0,6	1,3	5,9
Dialyse	10,0	11,5	15,9	12,6	12,5
HAD	7,4	6,5	11,1	3,0	6,1

* Chirurgie, médecine, obstétrique et odontologie.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2013, calculs DREES.

ENCADRÉ 2 : RÉPARTITION PAR DISCIPLINE

Pour les besoins de l'étude, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée pour chaque grand domaine, en considérant le nombre de journées et de venues pour la chirurgie, la médecine, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et le nombre de séances pour la dialyse et la radiothérapie. Les choix de classification sont les suivants :

Secteur de MCO :

- cliniques pluridisciplinaires : cliniques à dominante MCO pour lesquelles aucune spécialité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ne représente à elle seule plus de 80 % du total d'activité ;
- cliniques spécialisées : cliniques du secteur de MCO dont une des spécialités parmi la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie représente à elle seule au moins 80 % de l'activité de la clinique ;
- dialyse : cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse) ;
- radiothérapie : cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie) ;
- hospitalisation à domicile (HAD) : selon le décret du 2 octobre 1992, « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

Secteur hors MCO :

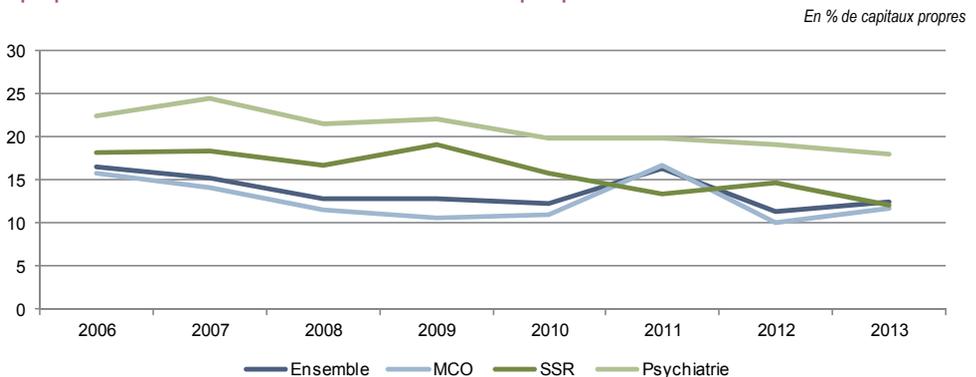
SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite et de réadaptation.

PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

Une rentabilité financière qui reste élevée

La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé dans cette étude que sur cette partie de l'échantillon (soit 83 % des cliniques étudiées).

En 2013, la rentabilité financière des cliniques dans leur ensemble augmente pour atteindre 12,5 %. Cette augmentation est tirée par celle des cliniques en MCO. À l'inverse, la rentabilité financière des cliniques en SSR et PSY diminue malgré des résultats nets en hausse : elle baisse de plus d'un point pour les cliniques de psychiatrie et de plus de 2,5 points pour les établissements de SSR entre 2012 et 2013. Cette baisse s'explique par l'évolution de la structure financière du secteur, avec une hausse de leurs capitaux propres, et s'accompagne d'une diminution du taux d'endettement (*voir plus loin*).

Graphique 4 – Évolution de la rentabilité financière des cliniques privées

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

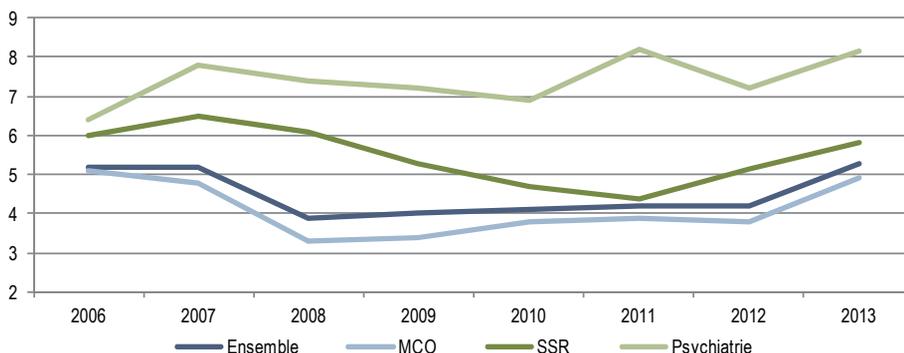
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

La capacité d'autofinancement en progression

Après plusieurs années de stagnation, la capacité d'autofinancement (CAF)⁶, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, progresse en 2013 de près d'un point pour atteindre 5,3 % du chiffre d'affaires (contre 4,2 % en 2012 et 2011). Cette augmentation concerne à la fois les cliniques de MCO, de SSR et de psychiatrie. La CAF des cliniques de SSR atteint 5,8 % du chiffre d'affaires, et celle des cliniques psychiatriques reste à un niveau élevé (8,1 % du CA) [graphique 5].

Graphique 5 – Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées

En % du CA



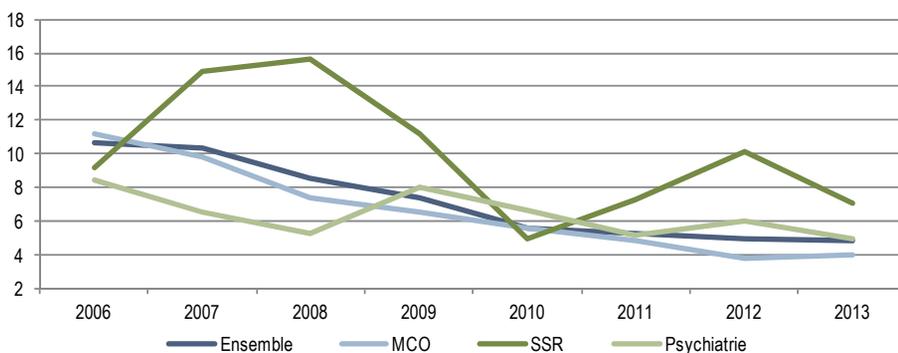
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

L'endettement des cliniques en forte diminution

Globalement, l'effort d'investissement⁷ des cliniques privées continue son ralentissement observé depuis 2009 : en 2013, l'investissement représente 4,8 % du chiffre d'affaires contre 5,0 % en 2012 (graphique 6). L'effort d'investissement du secteur de MCO se stabilise à environ 4,0 % en 2013 après des années de baisse successive. Les secteurs de SSR et de psychiatrie, en revanche, connaissent une diminution de leur taux d'investissement (7,1 % après 10,1 % pour les SSR et 5 % après 6,1 % pour le secteur de la psychiatrie).

Graphique 6 – Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées

En % du CA



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

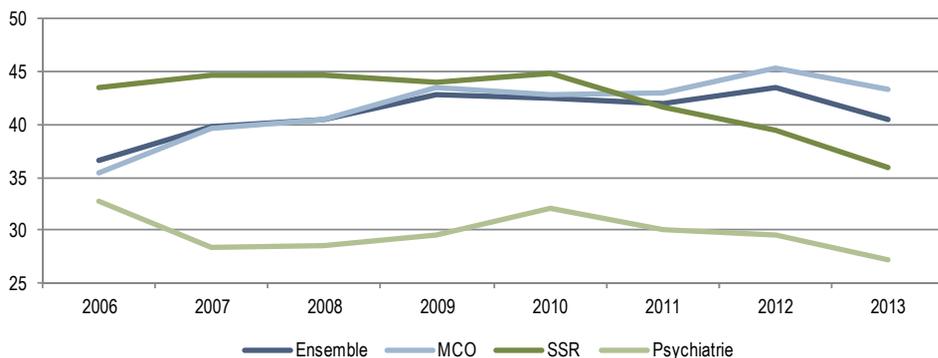
⁶ Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

⁷ L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours : l'effort d'investissement correspond à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le chiffre d'affaires (encadré 3).

À la suite de la baisse des investissements, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, diminue en 2013 pour atteindre 40,4 % des capitaux permanents contre 43,4 % en 2012. Cette diminution concerne les trois secteurs : l'endettement pour les cliniques en MCO représente 43,4 % des capitaux permanents en 2013 contre 45,4 % en 2012. Celui des cliniques de SSR et de psychiatrie continue de baisser en 2013 : il s'établit respectivement à 35,8 % et à 27,2 % en 2013, contre respectivement 39,5 % et 29,5 % en 2012 (graphique 7).

Graphique 7 : Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

en % de capitaux permanents



Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

Encadré 3 : Définitions et formules de calcul des indicateurs :

Indicateurs	Formules et définitions
Chiffre d'affaires	Il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).
Résultat net comptable	Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière.
Rentabilité nette	$\frac{\text{Résultat net comptable}}{\text{chiffre d'affaires}}$ Elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	$\frac{\text{Résultat net comptable}}{\text{capitaux propres}}$ Elle mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.
Taux de marge brut d'exploitation	$\frac{\text{Excédent brut d'exploitation (EBE)}}{\text{chiffre d'affaires}}$ Il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financières, d'amortissement et de distribution des revenus.
Taux d'endettement	$\frac{\text{Dettes financières}}{\text{capitaux permanents}}$ Il mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables.
Capacité d'autofinancement	$\frac{(\text{EBE} + \text{autres produits et charges d'exploitation} + \text{opérations en commun} + \text{produits financiers} - \text{charges financières} - \text{reprises sur provisions et transfert de charges (financier)} + \text{dotations financières aux amortissements et provisions} +/ - \text{produits et charges exceptionnels sur op. de gestion} - \text{participation des salariés aux résultats de l'entreprise} - \text{impôts sur les bénéfices} + \text{dont transf. charges})}{\text{chiffre d'affaires}}$ Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.
Capacité de remboursement	$\frac{\text{Dettes financières}}{\text{capacité d'autofinancement}}$ Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
Effort d'investissement	$\frac{(\text{Total des immobilisations: acquisitions, créations} + \text{immobilisations corporelles en cours})}{\text{chiffre d'affaires}}$ Il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013

Marion Bouvet¹ (DREES)

Dans les Comptes de la santé, les soins publics hospitaliers, évalués selon les méthodes de la comptabilité nationale, s'élèvent à 66,8 milliards d'euros en 2013 sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ils progressent de 2,9 % par rapport à 2012, après 2,6 % en 2012 et 2011. Les soins du secteur public hospitalier sont financés à près de 93 % par des financements publics — en quasi-totalité, par l'assurance maladie —, les ménages et les organismes complémentaires assurant une couverture santé se partagent les 7 % restants.

En comptabilité nationale, le besoin de financement du secteur public hospitalier atteint 1,5 milliard d'euros en 2013, tandis que le résultat comptable en comptabilité générale s'établit à -0,1 milliard d'euros. Si ces deux soldes sont déficitaires, leur écart est principalement dû à la différence de traitement de la formation et de la dépréciation du capital entre ces deux types de comptabilité.

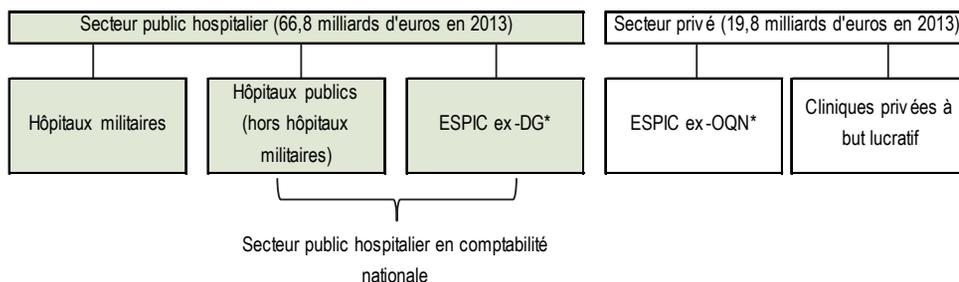
Après plusieurs années de creusement, le besoin de financement des hôpitaux publics se résorbe en 2013, en raison notamment d'une baisse des investissements hospitaliers.

¹ L'auteur remercie l'INSEE et la DGFIP pour la fourniture des données.

Le secteur public hospitalier joue un rôle central dans l'organisation du système de santé, par son importance dans la délivrance des soins (il fournit plus du tiers de la consommation de soins et de biens médicaux, CSBM) et par les spécificités de ses missions. Le secteur public hospitalier a reçu 9,0 millions de séjours en 2012 en hospitalisation complète et 10,3 millions en hospitalisation partielle.

En comptabilité nationale, les hôpitaux du secteur public (hors hôpitaux militaires) forment une unité institutionnelle à part entière, rattachée au secteur des administrations de Sécurité sociale (ASSO). Cette unité est composée des hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires²) et des établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Cet éclairage précise, d'une part, l'articulation entre la comptabilité générale et la comptabilité nationale sur le champ hospitalier et, d'autre part, analyse les évolutions du secteur public hospitalier au sens de la comptabilité nationale.



* Les ESPIC ex-DG correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale. Les ESPIC ex-OQN correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif à but lucratif.

Note de lecture : Le secteur public hospitalier dans les Comptes de la santé représente 66,8 milliards d'euros en 2013. Le secteur privé représente 19,8 milliards d'euros.

Le déficit du secteur public hospitalier³ s'élève, en comptabilité générale, à 0,1 milliard d'euros en 2013

En comptabilité générale (CG), le résultat net des hôpitaux publics est égal à la différence entre les produits et les charges (*annexe 1*). Il s'élève à -0,1 milliards d'euros en 2013, alors qu'il était à l'équilibre l'année précédente (cf. *tableau 1*). Ce déficit reste toutefois moins important que ceux enregistrés sur la période 2009-2011 (-0,2 à -0,5 milliards d'euros). La dégradation de 2013 est imputable aux hôpitaux publics *stricto sensu* ; le résultat net des ESPIC ex-DG, établissements privés à but non lucratif, est en revanche à l'équilibre depuis 2011.

Tableau 1 – Évolution des charges et des produits du secteur public hospitalier

Montants en milliards d'euros – Évolution en %

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2013-2012
Hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires)						
Charges	-67,7	-69,5	-71,8	-73,4	-74,7	1,8
<i>Budget principal</i>	-59,9	-61,4	-63,4	-64,8	-65,9	1,8
<i>Budgets annexes</i>	-7,8	-8,1	-8,4	-8,6	-8,7	1,8
Produits	67,5	69,3	71,4	73,4	74,6	1,6
<i>Budget principal</i>	59,5	61,0	63,0	64,7	65,8	1,6
<i>Budgets annexes</i>	8,0	8,2	8,5	8,7	8,8	1,6
Solde des hôpitaux publics hors hôpitaux militaires	-0,2	-0,2	-0,4	0,0	-0,1	
ESPIC (ex-DG)						
Charges	-9,3	-9,5	-9,9	-10,1	-10,1	0,0
Produits	9,3	9,3	9,9	10,1	10,1	0,1
Solde des ESPIC ex-DG	0,0	-0,3	0,0	0,0	0,0	
Solde du secteur public hospitalier *	-0,2	-0,5	-0,4	0,0	-0,1	

* Le secteur public hospitalier comprend les hôpitaux publics et les ESPIC (ex-dotation globale).

Note de lecture : Les budgets annexes sont composés des unités de soins de longue durée, des instituts de formation des personnels paramédicaux et des autres budgets (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maison de retraite et services de soins infirmiers à domicile).

Champ : Secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires).

Sources : DGFIP, calculs DREES.

2 En comptabilité nationale, les hôpitaux militaires font partie du secteur de l'État.

3 Hors hôpitaux militaires, exclus de ces analyses qui se concentrent sur l'unité institutionnelle des comptes nationaux.

Au sein des hôpitaux publics *stricto sensu*, c'est le déséquilibre du budget principal, c'est-à-dire du cœur de l'activité santé, qui explique intégralement le déficit de 2013. En effet, le déficit du budget principal s'établit à -0,2 milliard d'euros alors que les budgets annexes (activité médico-sociale, de soins de longue durée, etc.) présentent un résultat positif de 0,1 milliard d'euros.

À lui seul, le budget principal représente environ 78 % des charges et des produits du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires), les budgets annexes en représentent 10 % et les ESPIC ex-DG 12 %.

Le passage à une notion de besoin de financement au sens de la comptabilité nationale aboutit à un montant plus élevé de déficit du secteur public hospitalier

La comptabilité nationale offre un cadre comptable qui permet de représenter, dans une nomenclature harmonisée d'opérations, ou *transactions* dans le langage commun, l'ensemble du fonctionnement de l'économie nationale et de ses échanges avec le reste du monde. La comptabilité nationale traite donc les opérations sur les biens et les services d'une manière différente de celle de la comptabilité générale : le résultat net de la seconde recouvre la différence entre les produits et les charges ; la capacité ou besoin de financement de la première retrace l'argent qui peut être investi ou qui doit être emprunté pour que l'entité puisse fonctionner. Ces différences renvoient aux finalités et aux méthodes mises en œuvre dans les deux systèmes comptables (*encadré 1*). Deux types de traitement sont effectués pour passer de l'un à l'autre : d'une part, le changement du champ des opérations (étape A), d'autre part, des calages et corrections (étape B).

Pour les hôpitaux publics *stricto sensu*, les emplois et ressources non repris en comptabilité nationale représentent un montant de 4,6 milliards d'euros (*tableau 2*, étape A1), et -0,1 milliard d'euros pour les ESPIC ex-DG.

Les postes non repris concernent essentiellement du côté des *emplois*, les comptes de dotations aux amortissements, dépréciations et provisions et, du côté des *ressources*, les reprises sur amortissements, dépréciations et provisions et les transferts de charges (*encadré 1*). Par exemple, les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions prennent en compte le fait qu'un bien de production acheté l'année t se détériore au cours du temps, en raison de son usure ou de son obsolescence. Ce dernier perd donc de la valeur, il se déprécie, ce que la comptabilité générale prend en compte dans le résultat de l'entreprise. Ne donnant pas lieu à des échanges, la comptabilité nationale, elle, ne le comptabilise pas.

Ne sont pas non plus comptabilisés les achats de médicaments pour revente (appelés rétrocession de médicaments), car ceux-ci ne figurent pas dans les comptes des hôpitaux en comptabilité nationale ni en achat, ni en vente. D'autres opérations des comptes de classes 6 et 7⁴ de la comptabilité générale sont en revanche reprises par les comptes nationaux, mais retracées dans le tableau des opérations financières⁵, sans impact sur la capacité de financement des hôpitaux.

ENCADRÉ 1 : LA COMPTABILITÉ GÉNÉRALE ET LA COMPTABILITÉ NATIONALE : DEUX APPROCHES DIFFÉRENTES DES COMPTES

La comptabilité générale et la comptabilité nationale retiennent des optiques différentes.

La **comptabilité générale** a une fonction essentiellement microéconomique. Elle a pour but de mesurer le gain obtenu ou les pertes subies à l'occasion des opérations économiques dans lesquelles l'établissement considéré est engagé ; elle suit également les évolutions de son patrimoine et de sa santé financière. Un principe général de prudence s'applique ainsi en comptabilité générale, principe qui renvoie à l'une des finalités de cette optique qui est de mesurer la viabilité économique des organismes. Le principe de prudence correspond au fait d'enregistrer des transferts qui ne sont pas encore comptabilisés. Les provisions en sont un exemple.

La **comptabilité nationale** a pour sa part une vocation macroéconomique. Elle fournit un état complet, détaillé et cohérent des relations entre les grands types d'agents économiques en décrivant les interactions qui s'opèrent entre eux. Les concepts, définitions, nomenclatures et règles de comptabilisation qu'elle retient sont ceux approuvés au plan international, permettant ainsi des comparaisons entre pays.

4 Respectivement comptes de charges et de produits ; les différentes classes de la comptabilité générale sont rappelées en annexe 1.

5 Au-delà des comptes courants qui retracent les emplois et ressources courants et aboutissent à la capacité ou au besoin de financement, il existe en comptabilité nationale des comptes financiers en flux et des comptes financiers en encours (cf. annexes 1 et 2 du rapport des *Comptes nationaux de la santé 2012, édition 2013*).

Si ces deux optiques comptables répondent à des besoins différents, elles peuvent néanmoins être rapprochées. En effet, la comptabilité générale des hôpitaux sert de base à la construction des agrégats de comptabilité nationale relatifs au secteur public hospitalier. Parmi les traitements les plus importants qui concernent ce secteur, il faut noter ceux relatifs aux dépréciations, aux provisions et aux reprises des provisions qui ne sont repris qu'en comptabilité générale (cf. *annexe 2*).

De façon générale, pour passer du résultat net comptable de la comptabilité d'entreprise à la capacité (ou au besoin) de financement au sens de la comptabilité nationale, il convient notamment :

- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions ;
- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissement en valeur brute, ainsi que les dotations en capital ;
- de ne pas reprendre les plus-values – ou les moins-values – sur cessions d'immobilisations financières.

La comptabilité nationale intègre en revanche certains éléments du bilan de la comptabilité générale qui ne concourent pas au résultat net en comptabilité générale, mais qui contribuent en revanche au calcul de la capacité (ou du besoin) de financement de la comptabilité nationale (*tableau 2*, étape A2).

En emplois, les postes repris sont essentiellement intégrés en formation brute de capital. Ils concernent la variation des immobilisations corporelles et incorporelles nettes de la comptabilité générale. Cela inclut en particulier les concessions, brevets et licences (notamment sur logiciels), les terrains, constructions, le matériel de transport, le mobilier, les installations techniques. *En ressources*, les postes repris des comptes de bilan concernent uniquement des apports et des subventions d'équipements.

Les emplois et ressources repris des comptes de bilan dans la comptabilité nationale représentent, au total, un montant de -6,8 milliards d'euros pour les hôpitaux publics *stricto sensu*.

Enfin, d'autres traitements sont effectués entre certains postes de comptabilité nationale (*tableau 2*, étape B). Il s'agit essentiellement de corrections et calages pour assurer la cohérence globale du compte des administrations publiques. En 2013, les corrections ont été réalisées uniquement sur la formation brute de capital fixe.

Tableau 2 : Principaux éléments de passage du résultat net de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale du secteur public hospitalier en 2013*

En milliards d'euros

Étape	Type	Hôpital public <i>stricto sensu</i>	ESPIC ex-DG	Total secteur public hospitalier
Résultat comptable		-0,1	0,0	-0,1
A-Changelement du champ des opérations de la comptabilité générale	A1-Éléments des comptes de classe 6 et 7 de la comptabilité générale ne participant pas au besoin de financement de la comptabilité nationale	4,6	-0,1	4,6
	A2-Éléments des comptes de classe 1, 2 et 3 de la comptabilité générale entrant dans le besoin de financement de la comptabilité nationale	-6,8	0,0	-6,8
Total A-Changelement du champ des opérations de la comptabilité générale		-2,2	-0,1	-2,2
B-Calages et corrections comptabilité nationale		0,9	0,0	0,9
Total B-Calages et corrections en comptabilité nationale		0,9	0,0	0,9
Besoin de financement en comptabilité nationale		-1,4	-0,1	-1,5

* Cf. tableau détaillé pour les hôpitaux publics en annexe 2.

Champ : Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budgets principaux et budgets annexes et ESPIC ex-DG.

Source : DGFIP – retraitement DREES.

Le besoin de financement du secteur public hospitalier en comptabilité nationale s'améliore en 2013 en raison de moindres investissements

Le besoin de financement du secteur hospitalier en comptabilité nationale correspond à la contribution de ce secteur au déficit des administrations publiques au sens de Maastricht.

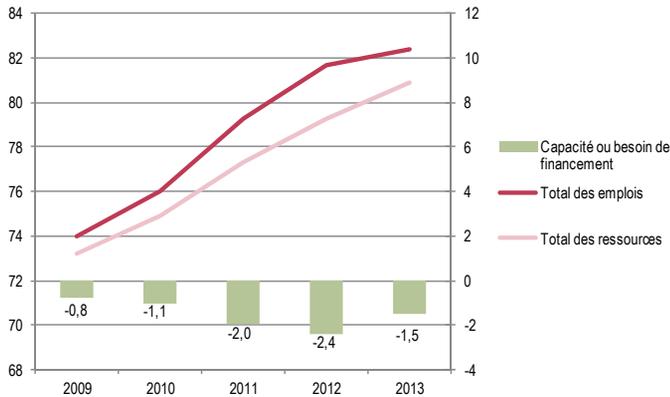
Il s'établit en 2013 à 1,4 milliard d'euros pour les hôpitaux publics *stricto sensu*. Pour les ESPIC ex-DG, le besoin de financement en comptabilité nationale s'élève à 0,1 milliard d'euros. Ainsi, le besoin de financement du secteur public hospitalier s'élève au total à 1,5 milliard d'euros en 2013 (*graphique 1*), ce qui représente un sixième du besoin de financement de l'ensemble des administrations de Sécurité sociale (ASSO – 9,1 milliards d'euros). Il s'agit donc d'un

niveau assez proche de celui représenté par ce secteur au sein des ASSO. Les dépenses du secteur public hospitalier en comptabilité nationale représentent en effet un peu moins de 15 % de la dépense des ASSO.

Sur les cinq années étudiées, le besoin de financement du secteur public hospitalier a été de l'ordre du milliard en 2009 et 2010, il s'est détérioré ensuite en 2011 (-2,0 milliards d'euros) pour atteindre un point bas en 2012 (-2,4 milliards d'euros). Il se résorbe désormais en 2013. Ces fluctuations du besoin de financement sont essentiellement dues aux emplois dont le rythme de progression est plus fluctuant que celui des ressources, en raison de la variabilité de la dépense d'investissement : ainsi, la dégradation du déficit en 2011 est principalement liée à l'augmentation de la formation brute de capital fixe (FBCF⁶, +20,7 %), et l'amélioration du solde en 2013 à la diminution de ce même poste (-12,4 %). Pour autant, avec 7,4 milliards d'euros en 2013, la FBCF ne représente que le troisième poste des emplois, loin derrière les consommations intermédiaires⁷ (19,6 milliards) et la rémunération des salariés (49,1 milliards).

Graphique 1 – Emplois, ressources et besoin de financement du secteur public hospitalier de 2009 à 2013

Montants en milliards d'euros



Lecture : Les emplois et les ressources sont associés à l'échelle de gauche, le besoin de financement est associé à l'échelle de droite.
 Champ : Secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires).
 Source : INSEE, comptes nationaux.

Tableau 3 – Emplois et ressources du secteur public hospitalier de 2009 à 2013

Montants en milliards d'euros et évolution en %

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution			
						10/09	11/10	12/11	13/12
Total des emplois	74,0	76,0	79,3	81,7	82,4	2,7	4,3	3,0	0,9
Consommation intermédiaire	16,7	17,5	18,4	19,0	19,6	4,7	4,7	3,3	3,5
Rémunération des salariés	45,0	45,9	46,9	47,9	49,1	2,1	2,2	2,2	2,4
Formation brute de capital fixe	6,5	6,6	8,0	8,4	7,4	2,0	20,7	4,9	-12,4
Impôts sur la production moins subventions	3,6	3,7	3,8	3,8	3,9	1,8	2,2	-0,4	4,5
Autres transferts courants	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	-1,7	4,6	8,7	0,9
Autres emplois	1,1	1,2	1,2	1,5	1,3	8,5	-2,8	25,2	-13,1
Total des ressources	73,2	74,9	77,3	79,3	80,9	2,4	3,2	2,6	2,0
Ventes résiduelles	10,0	10,5	11,1	11,3	11,4	5,6	5,0	2,4	1,0
Transferts courants des administrations publiques	57,4	58,6	59,9	61,2	62,2	2,1	2,3	2,2	1,7
Paiements partiels des ménages	4,1	4,3	4,6	4,8	4,9	5,5	7,0	3,5	2,6
Autres transferts courants	0,4	0,4	0,5	0,7	0,9	3,8	19,6	45,7	28,7
Autres ressources	1,3	1,0	1,2	1,2	1,4	-20,7	14,4	2,3	13,0
Besoin de financement	-0,8	-1,1	-2,0	-2,4	-1,5				

Le poste « autres emplois » retrace notamment les intérêts, les prestations sociales autres que les transferts sociaux en nature, les autres acquisitions moins les cessions d'actifs non financiers et le capital.

Le poste « autres ressources » contient notamment la production pour emploi final propre, les intérêts, les revenus de la propriété autres que les intérêts, les cotisations sociales nettes et les transferts en capital.

Source : INSEE, base 2010.

6 La formation brute de capital fixe représente les acquisitions nettes des cessions d'actifs fixes, corporels ou incorporels, utilisés de façon répétée ou continue pendant au moins un an. Il s'agit par exemple de l'achat de scanner pour l'hôpital.

7 La consommation intermédiaire à l'hôpital représente la valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production de soins par l'hôpital, comme le chauffage de l'hôpital ou encore la consommation de pansements sur place.

À elle seule, la rémunération des salariés représente près de 60 % des emplois tandis que les transferts courants reçus des administrations publiques, représentent près de 77 % des ressources. Entre 2009 et 2012, ces deux postes évoluent à un rythme similaire sur toutes les années (aux environs de 2,2 % en moyenne), à l'inverse de 2013. Les transferts reçus n'augmentent que de 1,7 % en 2013 alors que les rémunérations des salariés augmentent plus fortement (+2,4 %). Cet écart entre les rythmes de croissance est cependant plus que compensé par la diminution des investissements hospitaliers, qui explique à elle seule la réduction du déficit.

Au sens des Comptes de la santé, le rythme de la dépense des hôpitaux publics reste stable jusqu'en 2012 et s'accélère en 2013

Dans une optique différente, les Comptes de la santé ne s'intéressent pas au résultat net ou au besoin de financement des hôpitaux mais à leur contribution à la dépense totale de santé. Évaluer cette dépense totale de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation de médicaments, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour les chiffrer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ».

La valeur de la production totale des hôpitaux publics est obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nets des subventions, et consommation de capital fixe (c'est-à-dire la dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). Ainsi, la production totale des établissements hospitaliers publics s'élève à 77,9 milliards d'euros en comptabilité nationale en 2013 (tableau 4).

À cette production sont retirées les ventes résiduelles⁸, c'est-à-dire ce qui est vendu à un prix connu et déterminé comme les chambres individuelles ou conventions internationales (11,4 milliards d'euros), et la production pour emploi final propre (0,1 milliard d'euros). Pour finir, puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire (cf. encadré 2), la production non marchande non sanitaire, telle que la formation, est retirée, et diverses corrections sont opérées.

Ainsi, les soins fournis par le secteur public hospitalier s'élèvent à 66,3 milliards d'euros en 2013, auxquels s'ajoute la production en santé des hôpitaux militaires (0,5 milliards d'euros) [tableau 5] qui entrent également dans le champ des Comptes de la santé, soit un total de 66,8 milliards d'euros en 2013 (cf. fiche A3).

Tableau 4 – Passage de la comptabilité nationale aux soins de santé des hôpitaux publics hors hôpitaux militaires en 2013

<i>En milliards d'euros</i>	
	2013
Facteurs de production tirés des emplois	
Consommation intermédiaire	19,6
Rémunération des salariés	49,1
Impôts sur la production nets des subventions	3,9
Autre facteur de production	
Consommation de capital fixe	5,2
Production totale	77,9
Production vendue ou réutilisée	
Ventes résiduelles	-11,4
Production pour emploi final propre	-0,1
Production non marchande de services non sanitaires et corrections	0,0
Soins de santé	66,3

Sources : INSEE, traitement DREES, base 2010.

⁸ Les ventes résiduelles comprennent un certain nombre de rubriques, parmi lesquelles on peut citer la mise à disposition de personnel facturé, la majoration pour chambre particulière ou encore le produit des prestations au titre des conventions internationales.

Comme précisé au *tableau 5*, la dépense des hôpitaux publics se décompose ainsi : 61,4 milliards d'euros de financement de l'assurance maladie, 0,5 milliard d'euros de contributions de l'État et 4,9 milliards d'euros de contribution des ménages et des organismes complémentaires (correspondant aux paiements partiels des ménages en comptabilité nationale du *tableau 3*). Ces derniers financements représentent ainsi environ 7 % de la consommation hospitalière totale. Leur progression était plus rapide en 2010-2011 (respectivement +5,5 % et +7,0 %) que sur les deux dernières années (+3,5 % et +2,6 %), notamment en lien avec la baisse de l'évolution du nombre de séjours et l'absence de nouvelle augmentation du forfait journalier hospitalier depuis le 1^{er} janvier 2010.

Hormis en 2013, l'évolution de la dépense totale des soins hospitaliers publics dans les Comptes de la santé est relativement stable à partir de 2009 (+ 2,6% en moyenne depuis cette date) puisque le rythme de progression de la rémunération des salariés, principal coût de production (49,1 milliards d'euros en 2013), est lui-même assez stable, comme rappelé au *tableau 3*. La rémunération des salariés croît de +2,2 % par an en moyenne, ce qui tend à modérer l'évolution de la consommation hospitalière. En revanche, la consommation intermédiaire, qui constitue le deuxième facteur de coût de production (19,6 milliards d'euros en 2013), progresse beaucoup plus rapidement (+4,1 % par an avec une croissance particulièrement marquée de 2009 à 2011), en lien notamment avec le dynamisme des consommations de médicaments et de certains dispositifs médicaux.

Tableau 5 – La dépense des hôpitaux publics de 2009 à 2013 dans la CSBM

Montants en milliards d'euros et évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution				
						10/09	11/10	12/11	13/12	TCAM
Soins du secteur public hospitalier	59,8	61,2	62,8	64,4	66,3	2,4	2,6	2,6	2,9	2,6
Financement public	55,7	56,9	58,2	59,7	61,4	2,2	2,2	2,5	2,9	2,5
Financement des OC et des ménages	4,1	4,3	4,6	4,8	4,9	5,5	7,0	3,5	2,6	4,7
Soins des hôpitaux militaires	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	7,4	3,7	2,5	0,3	3,4
Financement public	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	8,0	1,9	0,8	0,4	2,7
Financement des OC et des ménages	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	2,3	20,0	15,4	-0,6	8,9
Total Hôpitaux publics	60,2	61,7	63,3	65,0	66,8	2,5	2,6	2,6	2,9	2,6

Source : DREES, base 2010.

ENCADRÉ 2 : ACTIVITÉS NON SANITAIRES DU SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER

Le reste des activités du secteur public hospitalier (environ 10 % de la dépense du secteur public hospitalier, qui correspondent aux budgets annexes en comptabilité nationale) est inclus dans la dépense courante de santé, et non dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Il s'agit :

- des activités d'enseignement (environ 1 % de la dépense du secteur public hospitalier), opérées par les budgets annexes des instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes, qui sont retracées dans le poste « formation » de la dépense courante de santé ;
- des activités médico-sociales (environ 9 % de la dépense du secteur public hospitalier) retracées dans le poste « soins de longue durée » de la dépense courante de santé : activités des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA[D]), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et des unités de soins de longue durée (USLD).

Annexe 1 : Les différentes classes de comptes de la comptabilité générale

La comptabilité générale est organisée de manière à suivre l'évolution du résultat et du patrimoine de chaque établissement, à travers ses créances et ses dettes. Cette optique « patrimoniale » explique l'organisation du plan comptable en sept classes : les comptes de capital (classe 1), les comptes d'immobilisations (classe 2), les comptes de stocks et d'encours (classe 3), les comptes de tiers (classe 4), les comptes financiers (classe 5), les comptes de charges (classe 6) et les comptes de produits (classe 7).

Les comptes de charges (classe 6) et de produits (classe 7) contribuent à dégager le résultat de l'exercice annuel. Les comptes de capital (classe 1) et d'immobilisations (classe 2) enregistrent notamment les variations de capital. Les comptes de stocks et d'encours (classe 3), qui retracent notamment la production non vendue et les achats non consommés, résultent du décalage qui existe entre le moment de la vente et celui de la production, ou encore entre le moment de l'achat et celui de la consommation (ou de la revente en ce qui concerne la rétrocession des médicaments). Les autres comptes sont les comptes de tiers (classe 4) qui retracent les opérations financières faites pour le compte d'un tiers et les comptes de classe 5 qui enregistrent les opérations de trésorerie.

Annexe 2 : Principaux éléments de passage du résultat net de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale des hôpitaux publics *stricto sensu*

En milliards d'euros

Étape	Type	Opération de CN	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat comptable	1-Charges (comptes de classe 6)		-67,7	-69,5	-71,8	-73,4	-74,7
	2-Produits (comptes de classe 7)		67,5	69,3	71,4	73,4	74,6
Résultat comptable			-0,2	-0,2	-0,4	0,0	-0,1
A-Changement du champ des opérations de la comptabilité générale	A1 : Éléments des comptes de classe 6 et 7 de la CG non repris dans le calcul du besoin de financement de la CN						
	1a-Comptes de classe 6 non repris (hors rétrocession)		4,8	4,9	5,5	5,3	5,2
	1b-Rétrocession de médicaments (charges annulées)		2,0	1,9	1,5	1,6	1,6
	2-Comptes de classe 6 repris en TOF		0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
	3a-Comptes de classe 7 non repris (hors rétrocession)		-0,6	-0,7	-0,9	-1,1	-1,2
	3b-Rétrocession de médicaments (produits annulés)		-2,0	-1,9	-1,5	-1,6	-1,6
	4-Comptes de classe 7 repris en TOF		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5-Comptes de classe 7 repris en TOF actif		-0,1	0,0	-0,6	-0,3	0,0
	A2 : Éléments des comptes de classe 1, 2 et 3 de la CG repris dans le calcul du besoin de financement de la CN						
	6-Éléments de bilan repris en ressources des comptes non financiers	D92	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5
		D999	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
	7-Éléments de bilan repris en emplois des comptes non financiers	K21	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,0
		P2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
		P511	-5,0	-8,8	-6,4	-8,9	-7,0
		P512	-0,1	-0,2	-0,2	-0,3	-0,2
Total A-Changement du champ des opérations de la comptabilité générale			-0,4	-4,1	-1,7	-4,3	-2,2
B-Calages et corrections comptabilité nationale	1-Corrections	P511-P512	0,0	3,5	0,3	1,8	0,9
	2-Comptabilité nationale	P2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
		P51	-0,1	-0,1	-0,4	0,0	0,0
	3-Calages	D73	-0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,0
		D92	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	0,0
Total B-Calages et corrections en comptabilité nationale			-0,2	3,2	-0,3	2,0	0,9
Besoin de financement en comptabilité nationale			-0,8	-1,1	-2,3	-2,2	-1,4

- (1a) dont : 681 – Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges d'exploitation (4,4 milliards d'euros)
687 – Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges exceptionnelles (0,7 milliard d'euros)
- (2) dont : 654 – Pertes sur créances irrécouvrables (0,2 milliard d'euros)
673 – Titres annulés (sur exercices antérieurs) (0,4 milliard d'euros)
- (3a) dont : 781 – Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (0,6 milliard d'euros)
787 – Reprises sur dépréciations et provisions (0,4 milliard d'euros)
- (6) dont : 131 – Subventions d'équipements reçues (0,4 milliard d'euros)
- (7 : OP511) dont : 213 – Constructions sur sol propre (5,1 milliards d'euros)
215 – Installations techniques, matériel et outillage industriel (1,2 milliard d'euros)
218 – Autres immobilisations corporelles (0,6 milliard d'euros)
231 – Immobilisations corporelles en cours (-1,0 milliard d'euros)
- (7 : OP512) dont : 205 – Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires (0,2 milliard d'euros)

TOF : Tableau des opérations financières.

Champ : Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal et budgets annexes.

Source : DGFiP.

ANNEXES

1. Les agrégats des Comptes de la santé

1 a La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services consommés sur le territoire national par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine – POH).

1 b La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat global des Comptes de la santé, la dépense courante de santé est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe – FBCF).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et indemnités journalières (maladie, maternité et AT-MP) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficultés sociales.

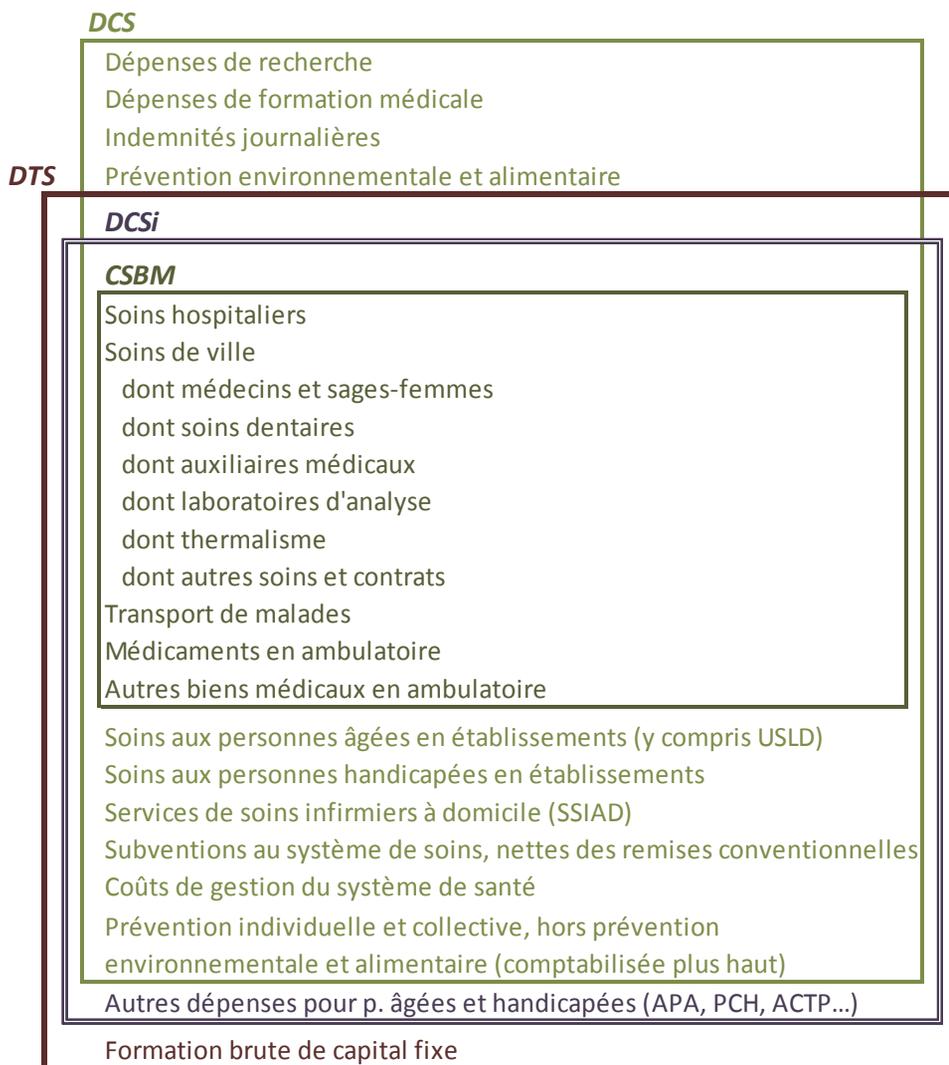
1 c La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

Les Comptes de la santé servent de base à la réponse de la France au System of Health Accounts (SHA), base de données internationale sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS au sens français diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale, et augmentée de certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap...).

C'est le concept de DCSi qui prime désormais sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour effectuer des comparaisons internationales. Toutefois, certains pays membres de l'OCDE n'étant pas à même d'isoler les dépenses d'investissement en capital au titre de leur système de soins (qui, ajoutées à la DCSi, donnent la DTS) continuent à ce stade d'employer le concept de DTS.

Schéma 1 – Imbrication des concepts de DTS, DCS et DCSi



2. Les révisions des Comptes de la santé 2014

Les Comptes de la santé sont passés en base 2010 lors de l'exercice provisoire 2013 réalisé en 2014. Cette révision, portant sur les concepts et l'évaluation de l'ensemble des séries, a été effectuée en parallèle du changement de base opéré par les Comptes nationaux de l'INSEE. Pour plus d'informations sur les modifications induites par le passage en base 2010, se reporter à l'ouvrage *Les Comptes de la santé en 2013 – édition 2014*.

Dans cette édition, afin d'élargir le champ et d'accroître la précision des Comptes de la santé, quelques améliorations méthodologiques ont été apportées. Les révisions opérées ont été appliquées sur l'ensemble de la période 2006-2014 afin de disposer d'une série homogène. Pour l'année 2013, elles s'ajoutent aux révisions usuelles, liées à l'intégration des données définitives. Les révisions de nature méthodologique concernent les postes détaillés ci-dessous.

2 a Révisions de la CSBM

Utilisation de taux moyens de remboursements plus précis sur les soins ambulatoires

Pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable, les comptes de la santé utilisent des taux moyens de remboursement (TMR – cf. *annexe 1*). Les comptes publiés dans cet ouvrage sont établis en utilisant des TMR plus précis que lors des publications précédentes : d'une part, les nouveaux TMR sont calculés sur des ensembles de soins plus fins et donc plus homogènes, d'autre part, ils sont calculés en distinguant le Régime social des indépendants (RSI) et la Mutualité sociale agricole (MSA) des autres régimes d'assurance maladie obligatoire. Auparavant, les TMR, déduits des données du seul régime général (CNAMTS), étaient appliqués à l'ensemble des régimes.

Création du poste « Autres soins et contrats »

Les rémunérations forfaitaires des médecins et autres professionnels de santé, qui étaient auparavant comptabilisées au sein des soins concernés, sont désormais regroupées dans le poste « Autres soins et contrats ». Ce nouveau poste comprend :

- les honoraires des autres professionnels de santé ;
- la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) des médecins généralistes et spécialistes ;
- la ROSP des pharmaciens ;
- la permanence de soins en ambulatoire (financée depuis 2012 par le fonds d'intervention régional – FIR) ;
- les forfaits IVG des médecins de ville ;
- les rémunérations sur contrat des professionnels de santé (notamment les contrats incitatifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national).

En 2013, les dépenses déplacées dans le nouveau poste « Autres soins et contrats » représentent 729 millions d'euros.

2 b Révisions des autres postes de la DCS

Recherche

Les dépenses de recherche des laboratoires pharmaceutiques étaient auparavant retranchées de la DCS pour motif de double compte vis-à-vis de la consommation de médicaments. Le coût de la recherche pharmaceutique étant répercuté sur le long terme dans la consommation de médicaments, il s'agit d'un double-compte intertemporel, qui ne peut être neutralisé de manière satisfaisante sur une année donnée. Les dépenses de recherche pharmaceutique sont désormais comptabilisées sans double-compte. Pour cette raison, la DCS est revue à la hausse de 3,6 milliards d'euros en 2013, toutes choses restant égales par ailleurs.

Prévention institutionnelle

La méthodologie de l'estimation des dépenses de prévention a été affinée. Notamment, les coûts de gestion de la prévention ont été mieux séparés des dépenses de prévention au sens strict. Sur l'année 2013, il en résulte une révision à la baisse de 57 millions d'euros sur la dépense totale de prévention.

Remises conventionnelles

Les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de biens médicaux versent aux caisses de Sécurité sociale des remises, en application de clauses conventionnelles. Ces accords sont fondés sur une logique économique ou de santé publique, fixant par exemple un volume annuel de vente maximal, une posologie à respecter ou encore un coût de traitement journalier moyen (CTJ) à ne pas dépasser. Les montants de ces remises conventionnelles, qui réduisent le coût des biens médicaux pour l'assurance maladie obligatoire, sont retracés depuis cette année dans les subventions au système de soins en tant que moindre dépense. La révision à la baisse de la DCS en 2013 qui en résulte est de 428 millions d'euros.

Autres dépenses en faveur des malades

Ce nouveau poste comprend les dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et les soins aux personnes en difficultés sociales (centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres de soins spécialisés aux toxicomanes et appartements de coordination thérapeutique). En 2013, les autres dépenses en faveur des malades représentent 628 millions d'euros.

3. La méthodologie des Comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation de soins ambulatoires, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

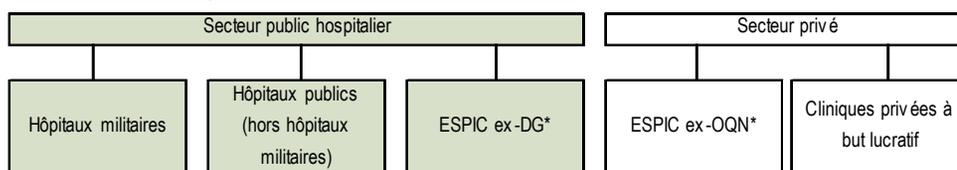
3 a Les soins hospitaliers

Dans les Comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés, d'intérêt collectif, anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG), participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale.

Le secteur privé est quant à lui composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour le régime conventionnel ;
- des établissements privés à but lucratif.



* Les ESPIC ex-DG correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale. Les ESPIC ex-OQN correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif à but lucratif.

Les Comptes de la santé retracent dans la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en EHPA[D]...) ne concourent pas au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé. Ils sont donc intégrés dans la dépense courante de santé (DCS) et non dans la CSBM.

Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...) et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, tels que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées.

Facteurs de production tirés des emplois

- Consommation intermédiaire
- Rémunération des salariés
- Impôts sur la production nets des subventions
- Consommation de capital fixe

- Production vendue ou réutilisée

- Ventes résiduelles
- Production pour emploi final propre
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

= Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

Les établissements de santé du secteur privé

Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

3 b Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les Comptes de la santé reposent à l'origine sur les tableaux comptables de données centralisées (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI, MSA et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les remboursements effectués par l'assurance maladie aux assurés, aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA renseignant à la fois les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques du système national inter-régimes (SNIR) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins et les autres professionnels de santé. Elles retracent également les honoraires des médecins non conventionnés.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont fournies par les entreprises du médicament (LEEM), et celles de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). Les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM)

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales par exemple) et réévaluées périodiquement.

¹ Cf. Éclairage dans cet ouvrage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

4. Les indices de prix et de volume des Comptes de la santé

4 a Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agrèger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : $Valeur^i = Quantité^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{p\grave{a}p}$) qui n'est autre que l'agrégation des produits valorisés aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des coûts à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de natures différentes. C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$Valeur = Volume_{p\grave{a}p} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $n-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année n .

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et $n-1$:

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît). Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens médicaux consommés.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output).

Dans d'autres cas, les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas, on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

4 b L'indice de volume des soins hospitaliers publics

L'indice de volume de la production est élaboré en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des données d'activité du court séjour fournies par l'ATIH. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements.

4 c Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses).

4 d Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins et de sages-femmes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas le forfait médecin traitant non facturé aux ménages et en charge par l'assurance maladie. Cette rémunération forfaitaire est dès lors implicitement incluse dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins et de sages-femmes libéraux, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des Comptes de la santé (*i.e.* hors honoraires en cliniques privées).

4 e Le prix des « autres soins et contrats »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « autres soins et contrats » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

4 f Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE, qui comptabilise tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'INSEE : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans *Insee Première*, n° 1408, publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

4 g Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAMTS¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

¹ La décomposition effectuée par la CNAMTS couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

5. Liste des sigles utilisés

A

- ABM** : Agence de biomédecine
- AcBUS** : Accord de bon usage des soins
- ACPR** : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
- ACS** : Aide au paiement d'une complémentaire santé
- ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne
- ADELI** : Automatisation des listes
- AFIPA** : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
- AFSSAPS** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)
- AIS** : Actes infirmiers de soins
- AIVQ** : Activités instrumentales de la vie quotidienne
- ALD** : Affection de longue durée
- AMC** : Assurance maladie complémentaire
- AME** : Aide médicale de l'État
- AMI** : Actes médicaux infirmiers
- AMK** : Actes de masso-kinésithérapie
- AMM** : Autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
- AMO** : Assurance maladie obligatoire
- AMY** : Actes d'orthoptie
- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance
- ANR** : Agence nationale de la recherche
- ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS** : Agence régionale de santé
- ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AT-MP** : Accidents du travail – Maladies professionnelles
- AVQ** : Activités de la vie quotidienne

C

- CAHT et CATTc** : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
- CAMIEG** : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
- CAMSP** : Centre d'action médico-sociale précoce
- CAPI** : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
- CCAM** : Classification commune des actes médicaux
- CCSS** : Commission des comptes de la Sécurité sociale
- CCMSA** : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CEPS : Comité économique des produits de santé

CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)

CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNETh : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : Comptes nationaux de la santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNSE : Centre national des soins à l'étranger

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGH : Dotation globale hospitalière

DMI : Dispositifs médicaux implantables

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la Sécurité sociale

DTS : Dépense totale de santé

E

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EJDS : Établissement pour jeunes déficients sensoriels

EP : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EPHRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)

EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle (de la CNAMTS)

FAM : Foyers d'accueil médicalisés

FBCF : Formation brute de capital fixe

FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »

FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FIR : Fonds d'intervention régionale

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

G

GERs : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)

GHM : Groupe homogène de malades (en établissement de santé)

GHS : Groupe homogène de séjours (en établissement de santé)

GIR : Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

IEM : Institut d'éducation motrice

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IJ : Indemnités journalières

IME : Institut médico-éducatif

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INTS : Institut national de la transfusion sanguine

InVS : Institut national de veille sanitaire

IP : Institution de prévoyance

IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : Maisons d'accueil spécialisées

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »

MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique

OGD : Objectif global de dépenses (médico-sociales)

OMAR : Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales

ONDPS : Observatoire national des professions de santé

OQN : Objectif quantifié national

P

PCH : Prestation de compensation du handicap

PIB : Produit intérieur brut

PJP : Prix de journée préfectoral

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PPA : Parités de pouvoir d'achat

PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS)

PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES

PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'assurance maladie)

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

SHA : System of Health Accounts

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : Service de santé des armées

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger

6. Glossaire

Aide à la télétransmission : Subvention versée aux professionnels et établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé. Aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

ADELI : Automatisation des listes. Système d'information national dénombant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

AME : Aide médicale de l'État. Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. A été créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des Comptes de la santé.

Autres biens médicaux : Optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine (sang, plasma, etc.).

CMU-C : La couverture maladie universelle complémentaire est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Comptes de la santé : Compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la

prévention et au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : cf. annexe 1.

Forfait CAPI : Rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP à compter de 2012.

Générique : Médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

Hospitalisation complète : Séjours de plus d'un jour.

Hospitalisation partielle : Venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Lits de soins aigus : Lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

LPP : Liste des produits et prestations. Répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- Titre I Dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- Titre II Orthèses et prothèses externes ;
- Titre III Dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- Titre IV Véhicules pour handicapés physiques.

Depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Organismes complémentaires : Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance assurant une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Personnel soignant (hôpital) : Sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

PPA : Parité de pouvoir d'achat. C'est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services.

PRADO : Programme de retour à domicile organisé, permettant d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Prévention institutionnelle : Fraction des dépenses totales de prévention, résultant principalement de programmes organisés. Elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Reste à charge des ménages : Part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique. Ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre en 2012. Elle est versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, en fonction du degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portent notamment sur la délivrance de médicaments génériques. Dans les Comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel elle a été versée.

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé. Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes ; il remplace le répertoire ADEL1 depuis novembre 2011.

Secteur hospitalier public : Il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits PSPH) et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits ex-PJP), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : Il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

SILC : Statistic on Income and Living Conditions ou, en France, SRCV (Statistique sur les revenus et conditions de vie). Enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs

structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Soins de ville : Au sens des Comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

SNIR : Système national inter-régimes. Système d'information mis en place par la CNAMTS permettant de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

SPA : Standards de pouvoir d'achat. Unité monétaire artificielle qui élimine les différences de niveaux de prix entre les pays. Cette unité permet des comparaisons des indicateurs économiques entre les pays. Ces indicateurs, exprimés en SPA, sont calculés en divisant les agrégats à prix courant et en monnaie nationale, par les parités de pouvoir d'achat (PPA).

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité. Tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'assurance maladie sur la base du prix du générique.

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...)

TABLEAUX DÉTAILLÉS

2006-2014

Consommation de soins et de biens médicaux

Valeur (en millions d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
Hôpitaux du secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
Hôpitaux du secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
2-Soins ambulatoires	83 120	86 891	89 463	91 643	93 358	96 003	97 683	99 288	102 063
● Soins de ville	39 474	41 270	42 429	43 583	44 345	45 948	47 350	48 683	49 963
Soins de médecins et de sages-femmes	17 280	18 018	18 337	18 660	18 487	19 190	19 315	19 633	20 064
- Médecins généralistes	7 970	8 319	8 397	8 444	8 178	8 573	8 510	8 558	8 687
- Médecins spécialistes	9 181	9 572	9 803	10 068	10 149	10 444	10 616	10 857	11 135
- Sages-femmes	128	127	137	148	161	172	189	218	242
Soins d'auxiliaires médicaux	8 726	9 396	9 940	10 513	11 038	11 532	12 319	13 102	13 814
- Infirmiers	4 107	4 452	4 781	5 227	5 581	5 909	6 358	6 787	7 166
- Masseurs-kinésithérapeutes	3 850	4 140	4 300	4 388	4 508	4 632	4 912	5 192	5 468
- Autres	769	804	859	899	950	991	1 049	1 123	1 180
Soins de dentistes	9 063	9 318	9 504	9 658	9 992	10 284	10 485	10 601	10 595
Analyses	3 882	3 994	4 068	4 150	4 210	4 319	4 260	4 259	4 241
Cures thermales (forfait soins)	305	318	315	316	325	328	349	360	382
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	218	225	265	287	293	295	623	729	866
● Transports de malades	3 118	3 252	3 407	3 612	3 793	3 851	4 072	4 287	4 396
● Médicaments en ambulatoire	31 147	32 249	32 972	33 505	33 661	34 013	33 586	33 021	33 903
● Autres biens médicaux en ambulatoire	9 381	10 120	10 656	10 942	11 560	12 191	12 674	13 296	13 800
Optique	4 311	4 571	4 697	4 903	5 142	5 443	5 581	5 741	5 752
Orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine	1 750	1 876	1 959	1 999	2 103	2 220	2 304	2 424	2 640
Matériels, aliments et pansements	3 319	3 673	3 999	4 041	4 314	4 528	4 789	5 131	5 408
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
3-Médecine préventive	3 006	3 148	3 244	3 381	3 331	3 357	3 364	3 512	3 506
Prévention individuelle primaire	2 495	2 599	2 708	2 823	2 791	2 800	2 807	2 928	2 947
Prévention individuelle secondaire	512	549	536	558	540	557	557	583	559
Consommation médicale totale (1+2+3)	156 661	162 920	168 006	173 281	176 901	181 730	185 543	189 421	194 142

Source : DREES, Comptes de la santé.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de valeur

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	103,3	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,3
Hôpitaux du secteur public	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,9	102,2
Hôpitaux du secteur privé	103,0	104,3	104,0	102,6	103,0	102,5	101,3	102,6
2-Soins ambulatoires	104,5	103,0	102,4	101,9	102,8	101,7	101,6	102,8
• Soins de ville	104,6	102,8	102,7	101,7	103,6	103,1	102,8	102,6
Soins de médecins et de sages-femmes	104,3	101,8	101,8	99,1	103,8	100,7	101,6	102,2
- Médecins généralistes	104,4	100,9	100,6	96,9	104,8	99,3	100,6	101,5
- Médecins spécialistes	104,3	102,4	102,7	100,8	102,9	101,6	102,3	102,6
- Sages-femmes	99,2	107,7	108,4	108,2	107,3	109,9	115,5	110,7
Soins d'auxiliaires médicaux	107,7	105,8	105,8	105,0	104,5	106,8	106,4	105,4
- Infirmiers	108,4	107,4	109,3	106,8	105,9	107,6	106,8	105,6
- Masseurs-kinésithérapeutes	107,5	103,9	102,0	102,7	102,8	106,1	105,7	105,3
- Autres	104,6	106,8	104,6	105,6	104,4	105,8	107,1	105,1
Soins de dentistes	102,8	102,0	101,6	103,5	102,9	102,0	101,1	99,9
Analyses	102,9	101,8	102,0	101,4	102,6	98,7	100,0	99,6
Cures thermales (forfait soins)	104,2	99,0	100,2	102,9	101,0	106,2	103,4	106,0
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	103,0	117,8	108,4	102,2	100,8	210,7	117,1	118,8
• Transports de malades	104,3	104,8	106,0	105,0	101,5	105,7	105,3	102,6
• Médicaments en ambulatoire	103,5	102,2	101,6	100,5	101,0	98,7	98,3	102,7
• Autres biens médicaux en ambulatoire	107,9	105,3	102,7	105,6	105,5	104,0	104,9	103,8
Optique	106,0	102,8	104,4	104,9	105,8	102,5	102,9	100,2
Orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine	107,2	104,5	102,0	105,2	105,6	103,8	105,2	108,9
Matériels, aliments et pansements	110,7	108,9	101,0	106,8	104,9	105,8	107,1	105,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	104,0	103,1	103,1	102,2	102,8	102,1	102,0	102,5
3-Médecine préventive	104,7	103,1	104,2	98,5	100,8	100,2	104,4	99,8
Prévention individuelle primaire	104,2	104,2	104,3	98,9	100,3	100,3	104,3	100,6
Prévention individuelle secondaire	107,3	97,7	104,0	96,8	103,3	100,0	104,7	95,8
Consommation médicale totale (1+2+3)	104,0	103,1	103,1	102,1	102,7	102,1	102,1	102,5

Source : DREES, Comptes de la santé.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de prix

Indices de prix : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	102,0	100,5	100,8	99,8	99,9	100,0	100,6	99,9
Hôpitaux du secteur public	102,1	100,4	100,9	99,5	99,8	100,0	100,9	100,0
Hôpitaux du secteur privé	101,4	100,9	100,5	100,5	100,6	100,3	99,7	99,9
2-Soins ambulatoires	100,0	100,1	99,7	99,6	99,9	99,5	99,0	99,0
• Soins de ville	101,8	101,5	100,8	100,6	101,1	100,9	100,8	100,3
Soins de médecins et de sages-femmes	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1	100,2
Soins d'auxiliaires médicaux	100,8	101,7	101,8	100,7	100,0	101,9	102,2	100,0
Soins de dentistes	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9	100,8	101,1
Analyses	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cures thermales (forfait soins)	106,4	103,2	102,7	102,1	102,7	102,7	101,8	101,8
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	100,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Transports de malades	101,6	101,5	103,3	100,9	100,8	101,7	101,9	101,4
• Médicaments en ambulatoire	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,8	95,6	96,3
• Autres biens médicaux en ambulatoire	100,5	101,5	101,1	100,5	100,5	100,5	100,4	100,3
Optique	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8	100,5	100,7
Orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine	100,1	100,5	100,2	100,8	100,2	99,5	100,2	100,0
Matériels, aliments et pansements	100,4	102,0	101,7	100,8	101,1	100,7	100,5	100,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	100,9	100,3	100,2	99,7	99,9	99,7	99,7	99,4

Source : DREES, Comptes de la santé.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de volume

Indices de volume : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	101,3	102,8	103,1	102,7	102,7	102,5	101,9	102,3
Hôpitaux du secteur public	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0	102,2
Hôpitaux du secteur privé	101,6	103,4	103,4	102,0	102,5	102,2	101,7	102,7
2-Soins ambulatoires	104,5	102,9	102,8	102,3	102,9	102,3	102,6	103,8
• Soins de ville	102,7	101,3	101,9	101,1	102,5	102,1	102,0	102,3
Soins de médecins et de sages-femmes	101,2	100,3	101,6	98,7	101,7	100,2	101,5	102,0
Soins d'auxiliaires médicaux	106,8	104,0	103,9	104,3	104,5	104,9	104,1	105,4
Soins de dentistes	101,5	100,2	100,4	102,2	101,8	101,0	100,3	98,8
Analyses	102,9	101,8	102,0	101,4	102,6	98,7	100,0	99,6
Cures thermales (forfait soins)	97,9	96,0	97,5	100,8	98,4	103,5	101,6	104,1
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	102,7	117,8	108,4	102,2	100,8	210,7	117,1	118,8
• Transports de malades	102,7	103,2	102,7	104,1	100,8	104,0	103,3	101,2
• Médicaments en ambulatoire	106,2	104,6	104,3	102,7	103,1	102,0	102,8	106,6
• Autres biens médicaux en ambulatoire	107,4	103,7	101,5	105,1	105,0	103,4	104,5	103,5
Optique	105,3	101,2	103,3	104,7	105,8	101,7	102,4	99,5
Orthèses et prothèses externes, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine	107,0	104,0	101,9	104,4	105,3	104,3	105,0	108,9
Matériels, aliments et pansements	110,2	106,8	99,3	105,9	103,8	105,0	106,6	105,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	103,1	102,8	102,9	102,5	102,8	102,4	102,3	103,1

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépense courante de santé

Valeur (en millions d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
Hôpitaux du secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
Hôpitaux du secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
2-Soins ambulatoires	83 120	86 891	89 463	91 643	93 358	96 003	97 683	99 288	102 063
• Soins de ville	39 474	41 270	42 429	43 583	44 345	45 948	47 350	48 683	49 963
• Transports de malades	3 118	3 252	3 407	3 612	3 793	3 851	4 072	4 287	4 396
• Médicaments en ambulatoire	31 147	32 249	32 972	33 505	33 661	34 013	33 586	33 021	33 903
• Autres biens médicaux en ambulatoire*	9 381	10 120	10 656	10 942	11 560	12 191	12 674	13 296	13 800
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
3-Soins de longue durée	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 181	19 658
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291
4-Indemnités journalières	10 748	11 001	11 594	12 144	12 619	12 827	12 764	12 816	13 342
5-Autres dépenses en faveur des malades	307	381	413	433	469	538	588	628	639
6-Prévention	5 227	5 406	5 643	6 397	5 700	5 704	5 700	5 789	5 757
Prévention individuelle	3 006	3 148	3 244	3 381	3 331	3 357	3 364	3 512	3 506
Prévention collective	2 220	2 258	2 399	3 017	2 369	2 347	2 336	2 277	2 251
7-Dépenses en faveur du système de soins	10 447	10 500	11 201	11 241	11 418	11 651	11 812	12 205	11 904
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 092	1 715	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
Subventions au système de soins	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 500
Remises conventionnelles	-185	-359	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Formation	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012
8-Coût de gestion de la santé	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 276	14 794	14 947
Dépense courante de santé (1+...+8)	205 194	213 109	221 563	229 902	234 559	241 022	245 810	251 323	256 882

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépense courante de santé

Indices de valeur

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1-Soins hospitaliers	103,3	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,3
Hôpitaux du secteur public	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,9	102,2
Hôpitaux du secteur privé	103,0	104,3	104,0	102,6	103,0	102,5	101,3	102,6
2-Soins ambulatoires	104,5	103,0	102,4	101,9	102,8	101,7	101,6	102,8
• Soins de ville	104,6	102,8	102,7	101,7	103,6	103,1	102,8	102,6
• Transports de malades	104,3	104,8	106,0	105,0	101,5	105,7	105,3	102,6
• Médicaments en ambulatoire	103,5	102,2	101,6	100,5	101,0	98,7	98,3	102,7
• Autres biens médicaux en ambulatoire*	107,9	105,3	102,7	105,6	105,5	104,0	104,9	103,8
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	104,0	103,1	103,1	102,2	102,8	102,1	102,0	102,5
3-Soins de longue durée	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,7	102,5
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1	104,6	101,7
Soins aux personnes âgées en établissement	109,0	114,3	115,5	105,6	103,9	104,5	104,0	102,4
Soins aux personnes handicapées en établissement	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6	103,4	102,7
4-Indemnités journalières	102,4	105,4	104,8	103,9	101,6	99,5	100,4	104,1
5-Autres dépenses en faveur des malades	123,8	108,6	104,7	108,3	114,8	109,3	106,8	101,7
6-Prévention	103,4	104,4	113,4	89,1	100,1	99,9	101,6	99,5
Prévention individuelle	104,7	103,1	104,2	98,5	100,8	100,2	104,4	99,8
Prévention collective	101,7	106,2	125,7	78,5	99,1	99,5	97,5	98,9
7-Dépenses en faveur du système de soins	100,5	106,7	100,4	101,6	102,0	101,4	103,3	97,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	82,0	112,5	104,0	107,3	104,0	106,6	107,8	93,1
Subventions au système de soins	91,1	105,6	101,7	107,7	106,9	106,0	110,5	116,6
Remises conventionnelles	194,1	72,4	84,6	111,4	132,2	101,9	129,7	258,4
Recherche médicale et pharmaceutique	103,0	105,1	97,9	99,6	101,4	99,6	102,0	98,1
Formation	116,8	107,7	107,4	103,4	102,4	102,3	102,9	101,2
8-Coût de gestion de la santé	102,7	104,9	103,3	102,7	103,7	101,3	103,6	101,0
Dépense courante de santé (1+...+8)	103,9	104,0	103,8	102,0	102,8	102,0	102,2	102,2

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.
Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2006

En millions d'euros

Financements	Publics			Privés				TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	64 910	803	1 859	830	419	1 714		70 534
Hôpitaux du secteur public	50 331	737	1 357	572	289	1 098		54 385
Hôpitaux du secteur privé	14 579	66	502	257	130	615		16 150
2-Soins ambulatoires	53 131	1 306	9 895	3 582	3 133	12 073		83 120
• Soins de ville	25 011	738	4 770	1 879	1 643	5 434		39 474
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	11 623	323	1 747	780	660	2 208		17 341
Soins d'auxiliaires (3)	7 088	83	702	233	167	698		8 971
Soins de dentistes	3 233	254	1 799	651	693	2 432		9 063
Laboratoires d'analyses	2 851	78	522	215	123	92		3 882
Autres soins et contrats	215					3		218
• Transports de malades	2 891	24	77	32	14	80		3 118
• Médicaments en ambulatoire	21 321	467	3 276	1 104	758	4 222		31 147
• Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 908	78	1 773	568	717	2 337		9 381
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	118 041	2 109	11 755	4 412	3 552	13 786		153 655
3-Soins de longue durée	12 938							12 938
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016							5 016
Soins aux personnes handicapées en établissement	6 904							6 904
4-Indemnités journalières	10 748							10 748
5-Autres dépenses en faveur des malades	307							307
6-Prévention	676	3 269					1 282	5 227
Prévention individuelle	400	1 362					1 244	3 006
Prévention collective	276	1 906					38	2 220
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 105	4 321				50	3 972	10 447
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 092							2 092
Subventions au système de soins	2 277							2 277
Remises conventionnelles	-185							-185
Recherche médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035
Formation	13	1 223				50	33	1 320
8-Coût de gestion de la santé	6 439	652	2 620	1 518	589	28	25	11 873
Dépense courante de santé (1+...+8)	151 255	10 350	14 375	5 930	4 141	13 865	5 279	205 194

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2007

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	66 929	814	2 004	929	474	1 730		72 881
Hôpitaux du secteur public	51 979	746	1 443	632	322	1 118		56 241
Hôpitaux du secteur privé	14 950	68	561	297	152	612		16 640
2-Soins ambulatoires	55 558	1 348	10 202	3 815	3 307	12 660		86 891
● Soins de ville	26 123	783	4 901	1 974	1 735	5 754		41 270
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 109	327	1 796	810	679	2 361		18 082
Soins d'auxiliaires (3)	7 622	86	703	241	179	819		9 651
Soins de dentistes	3 279	291	1 838	691	736	2 483		9 318
Laboratoires d'analyses	2 891	79	564	232	141	88		3 994
Autres soins et contrats	221					3		225
● Transports de malades	3 013	27	82	35	16	79		3 252
● Médicaments en ambulatoire	22 123	458	3 371	1 133	765	4 398		32 249
● Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 299	80	1 848	673	791	2 430		10 120
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	122 487	2 162	12 207	4 745	3 781	14 391		159 772
3-Soins de longue durée	13 852							13 852
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissement	5 466							5 466
Soins aux personnes handicapées en établissement	7 279							7 279
4-Indemnités journalières	11 001							11 001
5-Autres dépenses en faveur des malades	381							381
6-Prévention	701	3 382					1 323	5 406
Prévention individuelle	401	1 464					1 283	3 148
Prévention collective	300	1 918					41	2 258
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 729	4 555				52	4 163	10 500
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 715							1 715
Subventions au système de soins	2 074							2 074
Remises conventionnelles	-359							-359
Recherche médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243
Formation	14	1 439				52	35	1 542
8-Coût de gestion de la santé	6 607	684	2 650	1 607	609	18	24	12 198
Dépense courante de santé (1+...+8)	156 757	10 783	14 856	6 351	4 390	14 461	5 510	213 109

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2008

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	69 140	844	2 069	1 052	495	1 698		75 299
Hôpitaux du secteur public	53 522	772	1 489	716	337	1 103		57 939
Hôpitaux du secteur privé	15 618	72	579	337	158	595		17 360
2-Soins ambulatoires	56 384	1 288	10 534	4 164	3 466	13 626		89 463
• Soins de ville	26 635	760	5 159	2 179	1 811	5 884		42 429
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 226	321	1 869	877	684	2 423		18 400
Soins de dentistes (3)	8 000	87	764	266	187	889		10 192
Soins de dentistes	3 269	277	1 923	773	796	2 467		9 504
Laboratoires d'analyses	2 881	75	603	264	145	101		4 068
Autres soins et contrats	260					5		265
• Transports de malades	3 132	27	90	42	17	99		3 407
• Médicaments en ambulatoire	22 021	421	3 339	1 168	764	5 258		32 972
• Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 596	80	1 946	775	873	2 385		10 656
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	125 524	2 133	12 603	5 217	3 961	15 324		164 762
3-Soins de longue durée	15 154							15 154
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissement	6 246							6 246
Soins aux personnes handicapées en établissement	7 697							7 697
4-Indemnités journalières	11 594							11 594
5-Autres dépenses en faveur des malades	413							413
6-Prévention	732	3 522					1 389	5 643
Prévention individuelle	403	1 500					1 342	3 244
Prévention collective	330	2 022					47	2 399
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 944	4 954				55	4 248	11 201
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 929							1 929
Subventions au système de soins	2 189							2 189
Remises conventionnelles	-260							-260
Recherche médicale et pharmaceutique		3 401					4 210	7 611
Formation	15	1 553				55	38	1 660
8-Coût de gestion de la santé	7 023	705	2 664	1 737	620	27	21	12 797
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 384	11 314	15 267	6 954	4 581	15 407	5 658	221 563

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2009

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	71 851	904	2 155	1 100	500	1 748		78 258
Hôpitaux du secteur public	55 597	829	1 562	748	340	1 134		60 211
Hôpitaux du secteur privé	16 254	75	593	352	160	613		18 047
2-Soins ambulatoires	57 631	1 299	10 778	4 424	3 614	13 897		91 643
● Soins de ville	27 298	773	5 243	2 312	1 894	6 064		43 583
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 317	326	1 905	923	695	2 556		18 723
Soins d'auxiliaires (3)	8 484	87	807	280	201	907		10 766
Soins de dentistes	3 278	284	1 927	840	834	2 495		9 658
Laboratoires d'analyses	2 938	76	604	269	164	100		4 150
Autres soins et contrats	280					7		287
● Transports de malades	3 328	29	92	47	20	96		3 612
● Médicaments en ambulatoire	22 412	413	3 429	1 223	767	5 261		33 505
● Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 594	83	2 014	842	933	2 476		10 942
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	129 482	2 203	12 933	5 524	4 114	15 644		169 901
3-Soins de longue durée	16 561							16 561
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissement	7 214							7 214
Soins aux personnes handicapées en établissement	8 035							8 035
4-Indemnités journalières	12 144							12 144
5-Autres dépenses en faveur des malades	433							433
6-Prévention	954	4 009					1 435	6 397
Prévention individuelle	462	1 533					1 386	3 381
Prévention collective	493	2 475					49	3 017
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 022	5 018				57	4 144	11 241
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 006							2 006
Subventions au système de soins	2 226							2 226
Remises conventionnelles	-220							-220
Recherche médicale et pharmaceutique		3 344					4 108	7 451
Formation	16	1 675				57	36	1 784
8-Coût de gestion de la santé	7 340	733	2 662	1 812	625	35	18	13 225
Dépense courante de santé (1+...+8)	168 936	11 963	15 595	7 336	4 739	15 736	5 597	229 902

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2010

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	73 400	954	2 353	1 253	534	1 719		80 212
Hôpitaux du secteur public	56 833	872	1 694	852	363	1 087		61 701
Hôpitaux du secteur privé	16 566	82	659	401	171	632		18 511
2-Soins ambulatoires	58 834	1 322	10 717	4 785	3 696	14 004		93 358
• Soins de ville	27 777	787	5 251	2 500	1 922	6 108		44 345
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 261	323	1 866	980	687	2 435		18 552
Soins de dentistes (3)	8 939	90	811	311	214	934		11 298
Soins de dentistes	3 307	297	1 954	917	863	2 654		9 992
Laboratoires d'analyses	2 983	77	621	291	159	79		4 210
Autres soins et contrats	288					6		293
• Transports de malades	3 491	32	103	53	20	95		3 793
• Médicaments en ambulatoire	22 677	417	3 265	1 294	759	5 249		33 661
• Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 890	86	2 098	938	995	2 552		11 560
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	132 234	2 276	13 070	6 038	4 230	15 722		173 570
3-Soins de longue durée	17 205							17 205
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissement	7 617							7 617
Soins aux personnes handicapées en établissement	8 255							8 255
4-Indemnités journalières	12 619							12 619
5-Autres dépenses en faveur des malades	469							469
6-Prévention	761	3 499					1 439	5 700
Prévention individuelle	415	1 524					1 392	3 331
Prévention collective	346	1 975					47	2 369
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 169	5 231				58	3 960	11 418
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 152							2 152
Subventions au système de soins	2 397							2 397
Remises conventionnelles	-245							-245
Recherche médicale et pharmaceutique		3 498					3 923	7 421
Formation	16	1 732				58	37	1 844
8-Coût de gestion de la santé	7 274	761	2 873	1 912	669	61	28	13 578
Dépense courante de santé (1+...+8)	172 730	11 767	15 943	7 950	4 899	15 842	5 427	234 559

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2011

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	75 114	1 014	2 385	1 318	615	1 924		82 370
Hôpitaux du secteur public	58 084	927	1 729	896	424	1 233		63 294
Hôpitaux du secteur privé	17 030	86	656	422	191	691		19 075
2-Soins ambulatoires	60 342	1 379	10 928	5 187	3 901	14 268		96 003
● Soins de ville	28 777	824	5 493	2 720	2 030	6 105		45 948
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 734	339	1 998	1 088	737	2 359		19 256
Soins d'auxiliaires (3)	9 335	95	851	340	224	950		11 795
Soins de dentistes	3 360	311	2 006	982	902	2 723		10 284
Laboratoires d'analyses	3 055	78	638	310	168	70		4 319
Autres soins et contrats	294					1		295
● Transports de malades	3 583	34	100	57	19	58		3 851
● Médicaments en ambulatoire	22 889	426	3 065	1 324	760	5 550		34 013
● Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 092	95	2 269	1 086	1 093	2 557		12 191
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	135 456	2 393	13 312	6 505	4 515	16 193		178 373
3-Soins de longue durée	17 843							17 843
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissement	7 914							7 914
Soins aux personnes handicapées en établissement	8 531							8 531
4-Indemnités journalières	12 827							12 827
5-Autres dépenses en faveur des malades	538							538
6-Prévention	753	3 482					1 469	5 704
Prévention individuelle	415	1 526					1 416	3 357
Prévention collective	338	1 956					53	2 347
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 254	5 264				60	4 072	11 651
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 238							2 238
Subventions au système de soins	2 562							2 562
Remises conventionnelles	-324							-324
Recherche médicale et pharmaceutique		3 490					4 035	7 525
Formation	17	1 774				60	37	1 888
8-Coût de gestion de la santé	7 253	808	3 046	2 137	769	41	34	14 086
Dépense courante de santé (1+...+8)	176 923	11 946	16 358	8 641	5 284	16 293	5 575	241 022

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2012

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	76 975	1 023	2 460	1 276	663	2 099		84 496
Hôpitaux du secteur public	59 563	928	1 783	868	458	1 352		64 952
Hôpitaux du secteur privé	17 412	95	676	408	206	747		19 544
2-Soins ambulatoires	61 591	1 391	11 102	5 520	3 967	14 110		97 683
• Soins de ville	29 821	838	5 596	2 877	2 046	6 173		47 350
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	12 830	342	2 062	1 121	706	2 324		19 384
Soins d'auxiliaires (3)	9 972	101	880	367	223	1 054		12 598
Soins de dentistes	3 385	318	2 057	1 077	939	2 710		10 485
Laboratoires d'analyses	3 013	77	597	312	177	84		4 260
Autres soins et contrats	621					1		623
• Transports de malades	3 790	36	112	53	19	63		4 072
• Médicaments en ambulatoire	22 655	416	2 946	1 320	725	5 524		33 586
• Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 325	101	2 448	1 270	1 178	2 351		12 674
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	138 565	2 414	13 562	6 797	4 631	16 209		182 178
3-Soins de longue durée	18 491							18 491
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	8 267							8 267
Soins aux personnes handicapées en établissement	8 755							8 755
4-Indemnités journalières	12 764							12 764
5-Autres dépenses en faveur des malades	588							588
6-Prévention	764	3 479					1 457	5 700
Prévention individuelle	413	1 543					1 408	3 364
Prévention collective	351	1 936					49	2 336
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 403	5 437				62	3 911	11 812
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 386							2 386
Subventions au système de soins	2 716							2 716
Remises conventionnelles	-330							-330
Recherche médicale et pharmaceutique		3 620					3 874	7 494
Formation	17	1 816				62	37	1 932
8-Coût de gestion de la santé	7 236	846	3 209	2 157	790	0	39	14 276
Dépense courante de santé (1+...+8)	180 812	12 175	16 771	8 953	5 421	16 271	5 407	245 810

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2013

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	78 924	1 102	2 511	1 373	698	2 015		86 622
Hôpitaux du secteur public	61 279	999	1 821	947	474	1 300		66 821
Hôpitaux du secteur privé	17 644	103	691	426	223	714		19 801
2-Soins ambulatoires	62 848	1 477	11 101	5 565	4 201	14 096		99 288
● Soins de ville	30 848	901	5 667	2 900	2 156	6 211		48 683
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	13 082	360	2 084	1 133	741	2 305		19 705
Soins d'auxiliaires (3)	10 617	112	929	401	233	1 099		13 390
Soins de dentistes	3 401	345	2 078	1 061	994	2 721		10 601
Laboratoires d'analyses	3 019	83	577	305	188	85		4 259
Autres soins et contrats	729					0		729
● Transports de malades	3 984	40	113	56	18	76		4 287
● Médicaments en ambulatoire	22 359	426	2 764	1 290	691	5 491		33 021
● Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 658	110	2 557	1 319	1 335	2 317		13 296
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	141 771	2 579	13 612	6 938	4 898	16 110		185 909
3-Soins de longue durée	19 181							19 181
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 538							1 538
Soins aux personnes âgées en établissement	8 595							8 595
Soins aux personnes handicapées en établissement	9 049							9 049
4-Indemnités journalières	12 816							12 816
5-Autres dépenses en faveur des malades	628							628
6-Prévention	781	3 476					1 532	5 789
Prévention individuelle	417	1 615					1 481	3 512
Prévention collective	364	1 862					51	2 277
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 590	5 543				63	4 009	12 205
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 573							2 573
Subventions au système de soins	3 001							3 001
Remises conventionnelles	-428							-428
Recherche médicale et pharmaceutique		3 673					3 971	7 644
Formation	17	1 871				63	38	1 988
8-Coût de gestion de la santé	7 410	898	3 380	2 284	784	0	39	14 794
Dépense courante de santé (1+...+8)	185 177	12 497	16 992	9 222	5 682	16 173	5 580	251 323

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Dépenses de santé par type de financement en 2014

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Instituts de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
1-Soins hospitaliers	80 672	1 117	2 542	1 382	740	2 121		88 573
Hôpitaux du secteur public	62 638	1 012	1 843	953	503	1 318		68 267
Hôpitaux du secteur privé	18 034	105	699	428	237	803		20 306
2-Soins ambulatoires	65 405	1 585	11 105	5 659	4 255	14 054		102 063
● Soins de ville	31 928	966	5 699	2 908	2 220	6 242		49 963
Soins de médecins et de sages-femmes (3)	13 472	380	2 121	1 134	761	2 273		20 141
Soins d'auxiliaires (3)	11 148	126	939	429	248	1 230		14 120
Soins de dentistes	3 446	371	2 058	1 034	1 017	2 670		10 595
Laboratoires d'analyses	3 001	89	581	311	194	65		4 241
Autres soins et contrats	862					4		866
● Transports de malades	4 088	42	112	58	18	79		4 396
● Médicaments en ambulatoire	23 415	450	2 651	1 294	689	5 404		33 903
● Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 975	128	2 643	1 399	1 327	2 328		13 800
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	146 077	2 702	13 647	7 041	4 994	16 175		190 636
3-Soins de longue durée	19 658							19 658
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 563							1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	8 804							8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement	9 291							9 291
4-Indemnités journalières	13 342							13 342
5-Autres dépenses en faveur des malades	639							639
6-Prévention	711	3 490					1 556	5 757
Prévention individuelle	389	1 615					1 501	3 506
Prévention collective	322	1 874					55	2 251
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 412	5 497				63	3 932	11 904
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 394							2 394
Subventions au système de soins	3 500							3 500
Remises conventionnelles	-1 106							-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique		3 602					3 895	7 497
Formation	17	1 895				63	37	2 012
8-Coût de gestion de la santé	7 227	946	3 444	2 440	890	0	0	14 947
Dépense courante de santé (1+...+8)	190 066	12 635	17 091	9 481	5 884	16 238	5 488	256 882

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine.

Source : DREES, Comptes de la santé.

