

comptes nationaux
de la *santé*
2013

édition 2014



MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

comptes nationaux

de la **santé**

2013

Sous la direction de
Catherine Zaidman, Romain Roussel

Coordination
Julie Solard, Myriam Mikou, Marie-Anne Le Garrec



Production des comptes
Marie-Anne Le Garrec, Marion Bouvet

Contributions
Audrey Baillot, Timothée Barnouin, Bénédicte Boisguérin, Rosalinda Coppoletta, Elise Coudin, Vincent Le Palud, Anne Pla, Céline Pilorge, Thierry Prost, Anne-Laure Samson, Engin Yilmaz



Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction
Sabine Boulanger, Laurence Grivet

Progiciel de maquettage
Laurent Gaillard



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 des organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera toutefois 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, l'ATIH, la direction générale des finances publiques, l'INSEE et la CNAMTS, mais aussi l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère de l'Éducation nationale, 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 sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2010 » de la Comptabilité nationale qui se substitue cette année à la précédente « base 2005 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2013, aux données semi-définitives de l'année 2012 et aux données définitives des années 2006 à 2011.

Ces comptes 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.

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

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégagant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2013.

Une deuxième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques regroupées en cinq chapitres consacrés respectivement à la consommation de soins et de biens médicaux, à la dépense courante de santé, à la dépense totale de santé en comparaison internationale, au financement de la santé en France et au lien entre les Comptes de la santé et ceux de l'assurance maladie.

La troisième partie comprend un dossier sur la régulation des tarifs et les comportements d'offre de soins des médecins généralistes.

La quatrième partie comprend sept éclairages : le premier porte sur l'opinion des Français sur les dépenses de santé et l'assurance maladie, les deux suivants présentent des analyses plus ciblées (respectivement sur les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011 et sur l'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013). Les trois suivants sont des études de nature sectorielle sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et 2013, sur celle des cliniques privées à but lucratif en 2012 et sur l'évolution du marché des médicaments remboursables entre 2012 et 2013. Le dernier éclairage présente une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012.

Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques retenus pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2006 à 2013.

SOMMAIRE

Comptes nationaux de la santé 2013

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	27
A. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)	31
A1 La Consommation de soins et de biens médicaux	32
A2 L'évolution de la CSBM depuis 1950	34
A3 La consommation de soins hospitaliers	36
A4 L'offre hospitalière	38
A5 L'activité hospitalière	40
A6 La consommation de soins de médecins	42
A7 Les effectifs de médecins	44
A8 Les chirurgiens-dentistes	46
A9 Les sages-femmes	48
A10 Les infirmiers	50
A11 Les masseurs-kinésithérapeutes	52
A12 Les autres auxiliaires médicaux	54
A13 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	56
A14 La consommation de médicaments en ville	58
A15 Le marché des médicaments	60
A16 Les autres biens médicaux	62
A17 Les transports de malades	64
A18 Les échanges extérieurs	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. Des Comptes de la santé aux comptes de la Sécurité sociale	99
D1 De la dépense remboursée par la Sécurité sociale à la consommation totale	100
D2 La CSBM, la DCS et l'ONDAM	102
E. La Dépense Totale de Santé (DTS)	105
E1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé	106
E2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	108
E3 Comparaisons internationales sur les médecins	110
E4 Comparaisons internationales sur les médicaments	112
E5 Les soins de longue durée (Long-term care)	114
E6 Comparaisons des besoins de soins non satisfaits	116

Dossier	119
Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2.....	121
Éclairages	135
Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ?.....	137
Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011	147
L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013	155
La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013.....	173
La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012	185
L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013.....	195
Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012	209
Annexes	213
1. Les agrégats des Comptes de la santé	214
2. La production des établissements de santé.....	219
3. Des indices spécifiques au secteur de la santé	221
4. Liste des sigles utilisés.....	225
Tableaux détaillés 2006-2013.....	227
Consommation de soins et de biens médicaux	228
Consommation de soins et de biens médicaux	229
Consommation de soins et de biens médicaux	230
Consommation de soins et de biens médicaux	231
Dépense courante de santé	232
Dépense courante de santé	233

VUE D'ENSEMBLE

Vue d'ensemble

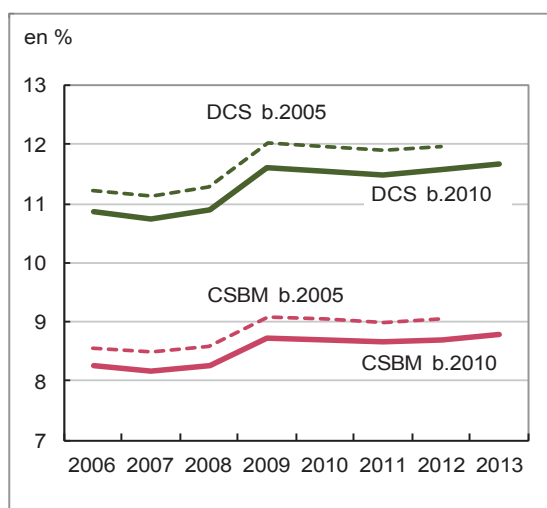
Les Comptes nationaux de la santé, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Ils en décrivent également le mode de financement.

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; elle a conduit à une hausse d'environ 3 % du niveau du PIB en base 2010, principalement due à la prise en compte de la recherche et développement (R&D) dans la valeur ajoutée des entreprises. À l'occasion de la publication de cette nouvelle base dite « base 2010 », le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été également revus (cf. encadré 1).

En base 2010, la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** est évaluée à 186,7 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 2 843 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 8,8 % du PIB en 2013 ; ce pourcentage est stable depuis 2009 (graphique 1). Par rapport à la base précédente, la part de la CSBM dans le PIB diminue : pour l'année 2011, dernière année définitive comparable, elle s'élève à 8,7 % contre 9,0 % en base 2005. Cette diminution est principalement due à la réévaluation de 3 % du niveau du PIB en base 2010, conjuguée à la légère réduction du niveau de la CSBM liée au changement de base.

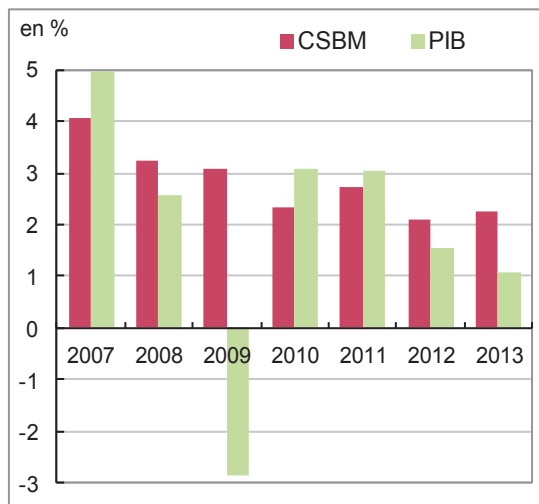
Quant à la **dépense courante de santé (DCS)** au sens français, elle s'élève à 247,7 milliards d'euros en 2013, soit 11,7 % du PIB.

Graphique 1 - CSBM et DCS en % du PIB



Sources : DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2010.

Graphique 2 - Taux de croissance en valeur de la CSBM et du PIB



Sources : DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2010.

Le ralentissement de la progression de la CSBM, amorcé en 2008, se confirme en 2013, avec un rythme très proche de celui déjà observé en 2012. En effet, sa croissance reste sensiblement inférieure à 3 % par an depuis quatre ans : +2,2 % en 2013 après +2,1 % en 2012, +2,7 % en 2011 et +2,3 % en 2010. Ces évolutions sont nettement plus faibles que celles observées au début des années 2000. Les mesures d'économie et de régulation prises à partir des années 2005 ont permis un ralentissement durable de la croissance de la CSBM. De l'ordre de 5 % à 6 % par an au début des années 2000, ce rythme est passé à 4 % environ dès 2005, puis sous les 3 % à partir de 2010. Ainsi, la part de la CSBM dans le PIB apparaît relativement stable sur la dernière décennie, contrastant avec sa dynamique antérieure. La forte hausse de la part de la CSBM en 2009 est uniquement due à la contraction du PIB observée cette année-là : -2,8 % en valeur (graphique 2). Le retour à une croissance positive en 2010, conjugué à une faible progression de la CSBM, a permis de stabiliser ce ratio deux années durant (en 2010 et 2011), puis de contenir sa croissance en 2012 et 2013 suite au nouveau ralentissement économique observé sur la période récente.

La DCS progresse elle aussi de 2,2 % par rapport à 2012. 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 un rythme proche de celui de la CSBM.

ENCADRÉ 1 - LE PASSAGE DES COMPTES DE LA SANTÉ DE LA BASE 2005 À LA BASE 2010

Le changement de base des Comptes nationaux n'induit pas de changement notable de champ ni de concept dans les Comptes de la santé. Les modifications apportées portent principalement sur les évaluations des séries et sont essentiellement dues à l'utilisation de nouvelles sources de données. Outre les données statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la base 2010 mobilise ainsi les données comptables issues des TCDC (tableaux centralisés des données comptables, exprimés en droits constatés) des régimes d'assurance maladie obligatoires ainsi que des données des professionnels du médicament (en particulier, l'automédication en médicaments remboursables est révisée à la baisse grâce à l'utilisation des données du LEEM et de l'AFIPA). Les Comptes de la santé bénéficient aussi de la révision du compte des hôpitaux publics opérée en base 2010. Au final, pour l'année 2011, dernière année définitive comparable, l'évaluation de la CSBM est revue à la baisse d'environ 700 millions d'euros entre la base 2005 et la base 2010, soit 0,3 % de la CSBM.

Les différentes corrections apportées au montant de la dépense ont, en outre, un impact sur la répartition du financement de la CSBM entre les différents agents économiques, impact renforcé par la prise en compte en base 2010 des remboursements complémentaires de la CAMIEG créée en 2007, qui n'avaient pu être pris en compte en base 2005¹. De ce fait, la part de la CSBM prise en charge par l'assurance maladie est réévaluée en 2011 de 0,26 point par rapport à la base 2005, s'établissant ainsi à 75,7 % en 2011.

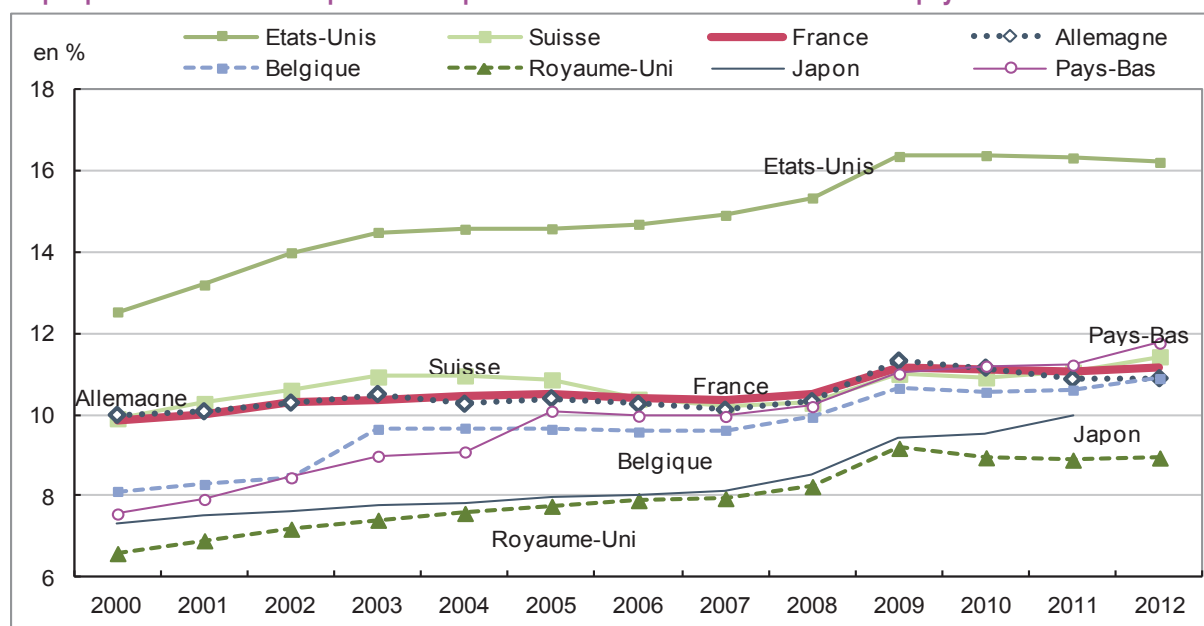
Pour cette même année 2011, le reste à charge s'établit à 9,2 % en base 2010 au lieu de 9,6 % en base 2005. Cette baisse du niveau du reste à charge entre les deux bases résulte de la révision à la baisse de l'automédication, par définition entièrement supportée par les ménages, conjuguée à la révision à la hausse de la part de l'Assurance maladie.

Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 ; la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB a donc augmenté mécaniquement.

Les comparaisons de la dépense totale de santé entre pays doivent être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, 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). En Suisse et en Belgique en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue leurs positions selon l'OCDE.

C'est la raison pour laquelle il est plus pertinent d'effectuer les comparaisons avec la **dépense courante de santé au sens international**, égale à la dépense totale de santé (DTS, concept habituellement retenu pour les comparaisons internationales, cf. encadré 2) hors dépense en capital (graphique 3), qui présente l'avantage de neutraliser cet effet de champ. Avec une DCS au sens international qui atteint 11,2 % du PIB en 2012 en base 2005, la France se place en 4^{ème} position derrière les États-Unis (16,2 %), la Suisse (11,4 %) et les Pays-Bas (11,2 %) et devant l'Allemagne et la Belgique (10,9 %), le Danemark (10,6 %), l'Autriche et le Canada (10,4 %).

Graphique 3 - Évolution de la part de la dépense courante de santé dans le PIB des pays de l'OCDE

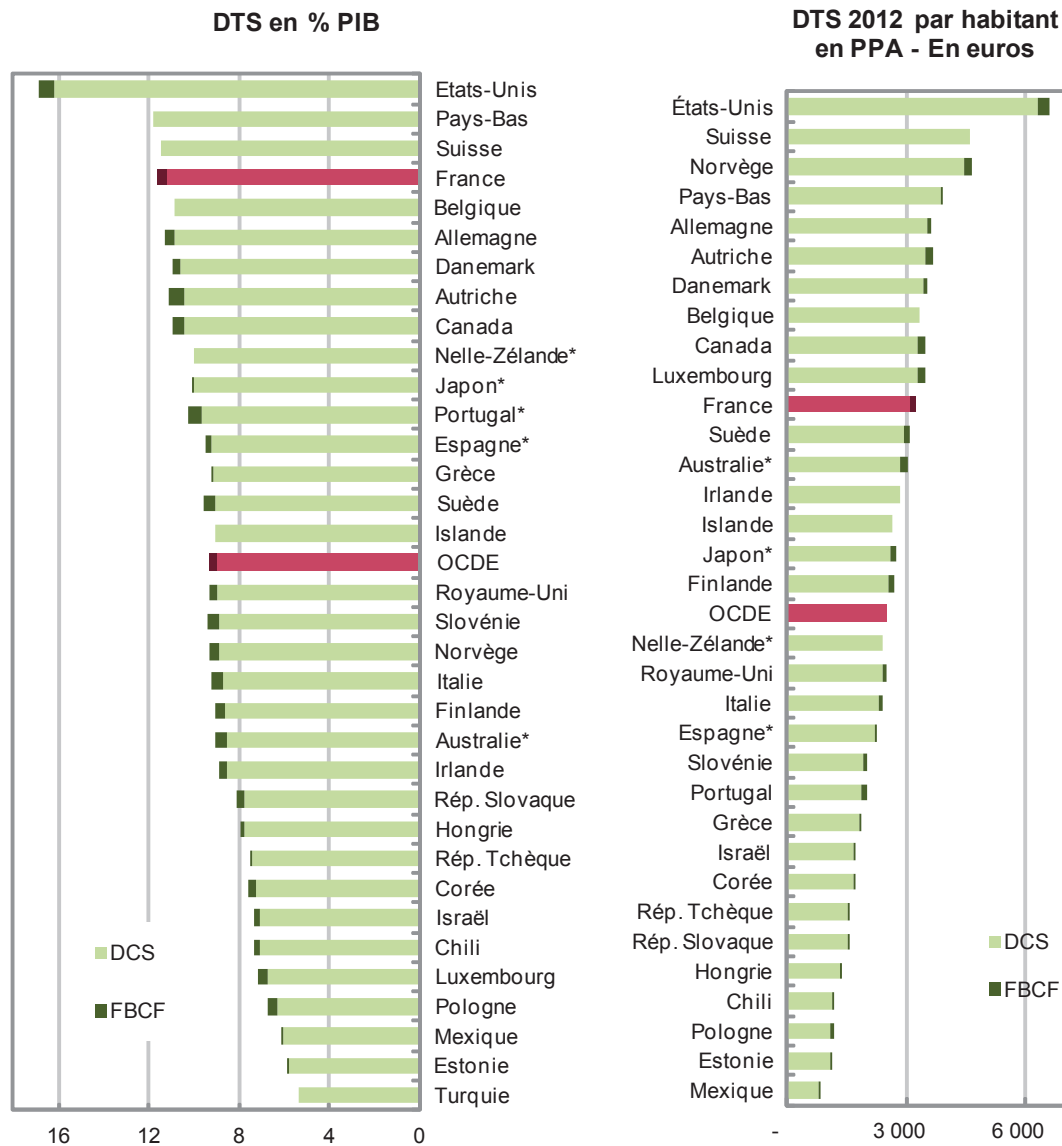


Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005 pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2014 pour les autres pays - base 2005.

¹ Dans les comptes de la santé, l'assurance maladie s'entend au sens large, c'est-à-dire y compris couverture complémentaire de Sécurité sociale des régimes d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

La hiérarchie des pays est en outre modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat¹ plutôt que la dépense en points de PIB. Si les pays à revenus par tête les plus élevés dégageraient systématiquement plus de richesse pour leur santé que les pays aux revenus par tête les plus faibles, la hiérarchie entre les pays devrait être la même entre les deux indicateurs. Tel n'est pas le cas. Le Luxembourg, par exemple, qui n'est que 30^{ème} dans le classement en points de PIB, a un revenu par tête très élevé et se place en 10^{ème} position pour sa dépense courante de santé par tête. Pour cet indicateur, la France se situe quant à elle au 11^{ème} rang, à un niveau un peu supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 4). Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense courante de santé en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Allemagne, Autriche, Danemark, Belgique, Luxembourg) et au Canada.

Graphique 4 - Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2012



* Données 2011.

Note : ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé en base 2005 pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2014 pour les autres pays - base 2005.

¹ Les dépenses exprimées en parités de pouvoir d'achat (PPA) permettent de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet de corriger les montants du niveau général des prix existant dans chaque pays.

ENCADRÉ 2

LES AGRÉGATS DES COMPTES DE LA SANTÉ

1) **Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** : 186,7 milliards d'euros en 2013.

Elle 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 (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

2) **Dépense courante de santé (DCS) au sens français** : 247,7 milliards d'euros en 2013.

C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) 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. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les indemnités journalières (IJ maladie, maternité et AT-MP), 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.

3) **Dépense totale de santé (DTS)** : 240,4 milliards d'euros en 2013.

C'est le concept commun utilisé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières (et les coûts de gestion afférents), 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.

La **Dépense courante de santé au sens international** (OCDE, OMS, Eurostat) est égale à la DTS hors dépenses en capital. Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense courante de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé au sens français à la dépense totale de santé

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %) 2013/2012
	2011	2012	2013	
CSBM	178,9	182,7	186,7	2,2
DCS (Dépense courante de santé)	237,3	242,4	247,7	2,2
- Indemnités Journalières (y compris coûts de gestion afférents)	- 13,4	- 13,4	- 13,4	0,4
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,3	- 1,2	- 1,2	-4,8
- Recherche nette	- 3,5	- 3,7	- 3,7	-1,0
- Formation	- 1,9	- 1,9	- 2,0	1,7
+ FBCF	9,2	9,2	9,0	-2,1
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	3,3	3,6	3,7	3,2
DTS (Dépense totale de santé)	229,7	234,9	240,2	2,3
PIB	2 059,3	2 091,1	2 113,7	1,1
DTS en % de PIB *	11,2%	11,2%	11,4%	0,1%

* La part de la DTS dans le PIB est différente de celle du graphique 3 car il s'agit ici du PIB et de la DTS de la base 2010, alors que les données OCDE 2012 sont encore en base 2005.

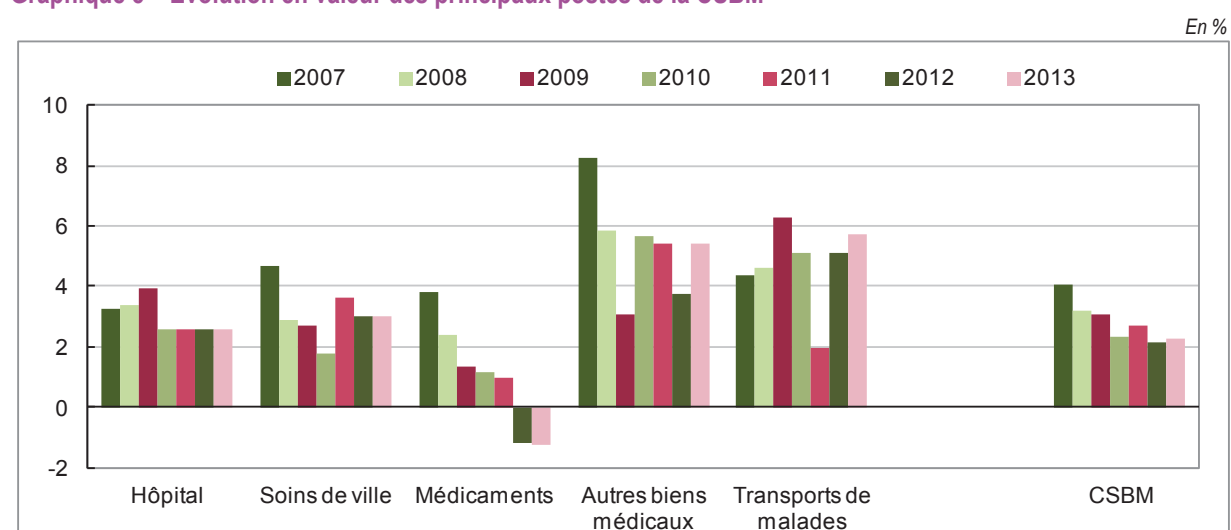
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Une croissance contenue pour les soins hospitaliers et les soins de ville et une baisse des médicaments depuis 2012

La croissance de la CSBM reste sensiblement inférieure à 3 % depuis 4 ans

Au début des années 2000, la croissance de la CSBM en valeur était élevée : plus de 5 % par an en moyenne entre 2000 et 2004, puis 4 % en moyenne annuelle de 2005 à 2007. Le ralentissement de la croissance de la CSBM s'est amorcé en 2008 (+3,2 %) et se poursuit depuis. En effet, avec un montant de **186,7 milliards d'euros** en 2013, la CSBM progresse de 2,2 % seulement en valeur par rapport à 2012. Le recul historique de la dépense de médicaments enregistré en 2012 perdure en 2013, tandis que la croissance des dépenses de soins hospitaliers et de soins de ville¹ est stable. La progression de la CSBM reste significativement inférieure à 3 % par an depuis quatre ans : +2,2 % en 2013, après +2,1 % en 2012, +2,7 % en 2011 et +2,3 % en 2010 (graphique 5 et tableau 2a).

Graphique 5 – Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Tableau 2a - La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
1- Soins hospitaliers	82,4	84,5	86,7	2,6	2,6	2,6
publics	63,3	65,0	66,8	2,6	2,6	2,8
privés	19,1	19,6	19,9	2,6	2,5	1,8
2- Soins de ville	46,1	47,5	48,9	3,6	3,0	3,0
dont médecins	19,6	20,0	20,5	4,0	2,4	2,2
dentistes	10,3	10,5	10,6	3,0	1,9	1,5
auxiliaires médicaux	11,6	12,3	13,1	4,1	6,7	6,6
analyses	4,4	4,3	4,3	2,5	-1,3	0,4
cures thermales	0,3	0,3	0,4	0,6	6,7	4,2
3- Transports de malades	3,9	4,1	4,3	2,0	5,1	5,8
4- Médicaments	34,3	33,9	33,5	0,9	-1,2	-1,3
5- Autres biens médicaux	12,2	12,7	13,4	5,4	3,8	5,4
CSBM (1+...+5)	178,9	182,7	186,7	2,7	2,1	2,2

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

¹ Soins de ville au sens des comptes de la santé, c'est-à-dire hors honoraires en cliniques privées et hors dépenses de biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de « soins de ville » employé par les caisses d'assurance maladie de base.

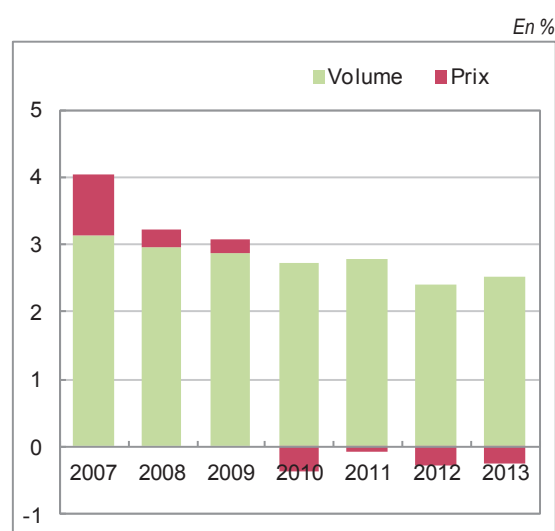
Tableau 2b – Évolution de la consommation de soins et biens médicaux

	Valeur en mds € 2013	Taux d'évolution annuel (en %)								
		en valeur			en volume			en prix		
		2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
1- Soins hospitaliers	86,7	2,6	2,6	2,6	2,7	2,5	2,0	-0,1	0,0	0,5
2- Soins de ville	48,9	3,6	3,0	3,0	2,5	2,1	2,2	1,1	0,9	0,8
3- Transports de malades	4,3	2,0	5,1	5,8	1,2	3,5	2,3	0,7	1,6	3,4
4- Médicaments	33,5	0,9	-1,2	-1,3	3,0	2,0	3,3	-2,0	-3,2	-4,4
5- Autres biens médicaux	13,4	5,4	3,8	5,4	4,9	3,2	5,0	0,5	0,5	0,4
CSBM (1+...+5)	186,7	2,7	2,1	2,2	2,8	2,4	2,5	-0,1	-0,3	-0,3

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

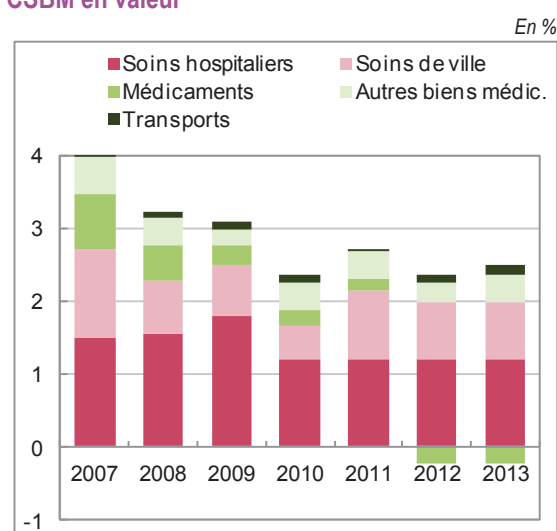
Le prix moyen de l'ensemble de la CSBM recule de 0,3 %, comme en 2012 (tableau 2b) ; l'augmentation en volume qui s'en déduit est de +2,5 % par rapport à 2012. En termes cumulés, le prix de la CSBM a reculé de 1 % depuis 2010. En effet, après une évolution de +0,3 % en 2008 puis de +0,2 % en 2009, il s'inscrit en baisse pour la 4^{ème} année consécutive (graphique 6). Ce recul du prix global résulte de la poursuite de la baisse de prix des médicaments, que n'ont pas compensé les hausses des prix des soins de ville et à l'hôpital. Le recul du prix des médicaments s'amplifie en effet (-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 génération de médicaments très consommés.

Graphique 6 - Taux de croissance de la CSBM



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010

Graphique 7 - Contributions à la croissance de la CSBM en valeur



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010

La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM en valeur, s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat. À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2013 (graphique 7), ce qui est lié notamment à leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville¹ (0,8 point) puis les « autres biens médicaux » (0,4 point). Pour la seconde fois, la contribution en valeur des médicaments est négative en 2013 : -0,2 point, ce qui est lié au nouveau recul de leur consommation observé en 2013 en lien notamment avec l'importance des baisses de prix réalisées pour les médicaments mis sur le marché depuis plus d'un an ou appartenant à une classe thérapeutique déjà existante.

La croissance des soins hospitaliers se stabilise...

En 2013, la consommation de soins hospitaliers est de 86,7 milliards d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. La croissance en valeur des soins hospitaliers est de 2,6 % depuis quatre ans. Ce rythme de croissance est proche de celui de l'ONDAM hospitalier (tableau 2b et graphique 7).

¹ Dans les Comptes de la santé, les soins de ville s'entendent hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades (cf. tableau 2a).

- Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 66,8 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,8 % en valeur, après +2,6 % en 2012 ; elle reste dans la tendance observée depuis 2006, très en retrait par rapport à la croissance du début des années 2000 (5 % par an). Ceci découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale après 2005.
- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2013 à 19,9 milliards d'euros, ce qui marque un net ralentissement : +1,8 % en 2013 après +2,5 % en 2012. Les frais de séjour augmentent de 2 % tandis que la croissance des honoraires perçus en clinique (médecins, auxiliaires médicaux et analyses de laboratoires) ralentit : +1,2 % en 2013 contre +3 % en 2012. Depuis 2012, on observe en effet notamment une moindre croissance des dépassements pratiqués en clinique privée (cf. éclairage sur la dépense de soins de médecins libéraux).

...comme celle des soins de ville

En 2013, la consommation de soins de ville s'élève à 48,9 milliards d'euros et représente 26,2 % de la CSBM. Après une évolution particulièrement faible en 2010 (+1,8 %) en raison d'un contexte épidémiologique favorable et de l'absence de revalorisation notable passant par les tarifs des professionnels de santé, la croissance en valeur de ces soins avait repris en 2011 (+3,6 %). Elle progresse de 3,0 % en 2012 comme en 2013 (tableau 3). Depuis deux ans, elle est tirée à la hausse par la croissance des soins d'auxiliaires médicaux.

En termes de volume, la hausse de 2013 est essentiellement due aux soins des auxiliaires médicaux (+4,3 %) et en particulier des soins infirmiers, toujours dynamiques. Le volume des soins de médecins progresse de 2,1 % et celui des soins des dentistes de 0,6 % ; celui des analyses qui avait reculé pour la première fois depuis quinze ans en 2012, reprend très légèrement en 2013 à +0,4 %.

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 augmente de 0,9 % en 2012 et de 0,8 % en 2013, sous l'effet des revalorisations des tarifs des soins des auxiliaires médicaux intervenues en 2012.

Tableau 3 - Évolution des soins de ville

Taux d'accroissements moyens et annuels en %

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Valeur	4,7	2,9	2,7	1,8	3,6	3,0	3,0
Prix	1,8	1,5	0,8	0,5	1,1	0,9	0,8
Volume	2,8	1,4	1,9	1,2	2,5	2,1	2,2

Champ : Soins de ville au sens des comptes de la santé, hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

- En 2013, la consommation de soins de **médecine de ville** s'élève à 20,5 milliards d'euros (dont 0,2 milliard pour les soins des sages-femmes). Son évaluation a fait l'objet d'une révision à l'occasion du changement de base (cf. annexe 1). La consommation de soins de médecine de ville est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend ni les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète ou pour un autre motif). Cette consommation inclut la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Versée aux médecins en 2014 au titre de l'activité de l'année 2013, elle est comptabilisée dans la CSBM de 2013, pour un montant estimé à 340 millions d'euros selon la CNAMTS.

En 2010, la consommation de soins de médecine de ville avait diminué en valeur pour la première fois depuis quinze ans ; après une nette reprise en 2011 (+4,0 %), sa croissance ralentit en 2012 (+2,4 %) puis en 2013 avec une progression limitée à 2,2 %. La hausse de 2011 était due à une reprise des volumes, par rapport à une année 2010 atypique du point de vue épidémiologique (absence d'épidémie de grippe), conjuguée à une hausse des prix (passage de 22 à 23 euros du prix de la consultation de généraliste à compter du 1er janvier 2011). En 2013, les volumes de soins de médecins progressent de 2,1 % et les prix moyens de 0,1 % en l'absence de revalorisation des tarifs. Les médecins toutefois ont bénéficié d'une amélioration de leur rémunération grâce à la ROSP, dont l'effet est comptabilisé dans les volumes dans les comptes de la santé¹. Depuis 2009, les principaux facteurs de croissance des prix proviennent de la revalorisation des actes, intervenue en 2011 pour les généralistes, et de la hausse des dépassements pour les spécialistes, ainsi que d'un effet de structure à savoir un déplacement de l'activité vers les actes techniques, plus rémunérateurs en moyenne.

¹ 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 (notamment de médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive.

- La consommation de soins de **dentistes** s'élève à 10,6 milliards d'euros en 2013. Après un léger rebond en 2010-2011, sa croissance en valeur est tombée sous les 2 % depuis deux ans : +1,5 % en 2013 après +1,9 % en 2012. Cette progression est principalement due à celle des dépassements de tarifs, pratiqués essentiellement sur les soins prothétiques, et secondairement aux revalorisations récentes des tarifs de l'examen bucco-dentaire des jeunes et de la consultation ; les soins conservateurs n'ont à l'inverse pas été revalorisés depuis plusieurs années. Les évolutions de la dépense de soins dentaires de ces dernières années sont en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004. L'évolution des prix est faible elle aussi : +0,9 % en 2012 puis +0,8 % en 2013, avec notamment la revalorisation de la consultation à 23 euros en 2013. Les revalorisations des soins conservateurs et la rénovation de la CCAM dentaire prévues à l'avenant 3 de la convention nationale signé en juillet 2013 et reportées à 2014 devraient contribuer à faire remonter cet indice de prix.
- Les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 13,1 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts presque égales entre les soins des infirmiers et ceux des autres auxiliaires médicaux. Rappelons que depuis la base 2005, les soins infirmiers ne comprennent plus les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD – 1,5 milliard d'euros en 2013) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement. Les soins d'auxiliaires médicaux sont toujours en forte hausse en 2013 : +6,6 % en valeur, après +6,7 % en 2012. Si la croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes, l'effet de la revalorisation des tarifs des infirmiers de mai 2012 qui joue désormais en année pleine puis de ceux des kinésithérapeutes en juillet 2012 entraîne une hausse des prix moyenne de 2,2 % sur l'année 2013. La croissance en volume varie entre 4 % et 5 % par an depuis 2008 ; elle est principalement imputable à celle des soins infirmiers.
- La consommation d'**analyses de laboratoire**, évaluée à 4,3 milliards d'euros, reprend très légèrement en 2013 (+0,4 %), alors qu'elle avait reculé pour la première fois depuis quinze ans en 2012 (-1,3 % par rapport à 2011). Ce recul était dû à une nouvelle diminution de cotation de certains actes, ainsi qu'aux mouvements de grève intervenus en février puis en novembre 2012. Après plusieurs années de forte hausse au début des années 2000, l'évolution observée depuis 2007 sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu sous l'effet notamment des mesures de maîtrise mises en œuvre : la progression moyenne sur la période 2006-2013 est en effet restée contenue à 1,5 % par an.

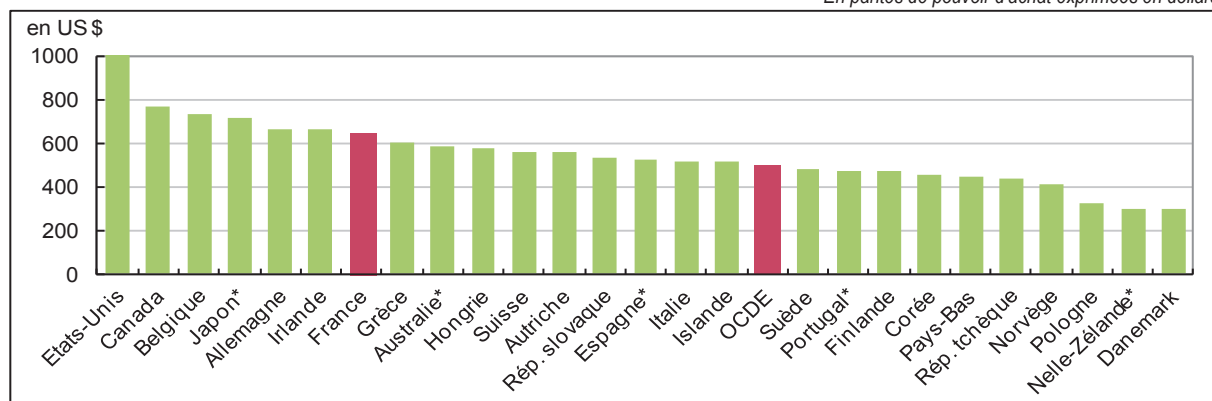
Le recul historique de la consommation de médicaments se poursuit en 2013

En 2013, la consommation de médicaments en ville s'élève à 33,5 milliards d'euros. Après des progressions en valeur déjà très faibles en 2010 (+1,2 %) et en 2011 (+0,9 %), le recul enregistré pour la première fois en 2012 (-1,2 %) se poursuit en 2013 : -1,3 %. Ce recul résulte d'une nouvelle diminution des prix (*cf. infra*) et d'une croissance modérée des volumes. Il est à mettre en regard avec les importantes baisses de prix mises en œuvre par le Comité économique des produits de santé (CEPS) en 2012 et 2013 sur le médicament, le renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques » à partir de juillet 2012 et avec la générication de spécialités très consommées (Plavix® en 2011, Tahor®, Inexium®, Aprovel® en 2012 par exemple). En outre, la consommation de médicaments non remboursables recule de 1,8 % en 2013, alors qu'elle ne cessait d'augmenter depuis 2005, en raison notamment des nombreux déremboursements de spécialités à service médical rendu faible ou insuffisant, elle. Toutefois, on observe au premier semestre 2014 une très forte progression des médicaments rétrocedés avec le nouveau traitement de l'hépatite C ; malgré la poursuite du ralentissement de la consommation de médicaments hors rétrocession, la consommation totale de médicaments de ville repart ainsi à la hausse en 2014.

La consommation de médicaments représente 17,9 % de la CSBM en 2013, et s'élève à 509 euros par habitant, contre 518 euros en 2012. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de produits pharmaceutiques (en PPA) se situe désormais au 7^{ème} rang mondial, derrière les États-Unis, le Canada, la Belgique, le Japon, l'Allemagne et l'Irlande alors qu'elle occupait le 4^{ème} rang jusqu'en 2009 (graphique 8). Elle reste néanmoins nettement supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE.

Graphique 8 - Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2012

En parités de pouvoir d'achat exprimées en dollars



* Données 2011.

Sources : Eco-Santé OCDE 2014, juin 2014.

La hausse en volume de la consommation de médicaments reste inférieure à 4 % depuis 4 ans : elle augmente de 3,3 % en 2013 après +2,0 % en 2012. Le ralentissement des volumes est lié à la diminution des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements (effet des campagnes ciblées sur les antibiotiques, méfiance vis-à-vis de certains produits).

L'indice Insee du prix des médicaments, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, est également en diminution continue (-4,4 % après -3,2 % en 2012 et -2,0 % en 2011), en particulier en raison des baisses de prix ciblées et du développement des génériques. Toutefois, l'évolution négative des prix est également due au mode de calcul de l'indice des prix des médicaments par l'Insee¹.

Outre l'effet prix, l'impact modérateur de la consommation en valeur de médicaments imputable aux génériques passe aussi par leur généralisation. Le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter (64 en 2002, 116 en 2013, sur un total de 350 classes thérapeutiques) et les génériques présents gagnent des parts de marché sur les princeps. Hormis un léger recul en 2011, la part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables ne cesse de progresser. Elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 18,1 % en 2013 (contre 15,7 % en 2012).

Une progression des autres biens médicaux toujours soutenue...

En 2013, les dépenses liées aux « autres biens médicaux » représentent 13,4 milliards d'euros. Hormis de légers ralentissements en 2009² et en 2012, leur croissance conserve un rythme soutenu de plus de 5 % par an depuis 2008. Les dépenses d'optique progressent de 3,4 % en 2013, tandis que celles de « petits matériels et pansements » et celle des « prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) » augmentent respectivement de 6,8 % et 7,3 % par rapport à 2012.

... et une reprise de la croissance des transports de malades

La consommation de transports de malades s'élève à 4,3 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 5,8 %, après +5,1 % en 2012 et +2,0 % en 2011. Après des hausses de 8 à 10 % par an au début des années 2000, le rythme de croissance des dépenses de transports sanitaires avait ralenti avec les efforts de maîtrise engagés depuis 2007 : des règles de prescription plus restrictives s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2007, des accords ont été signés pour optimiser les dépenses en favorisant les transports partagés, et depuis 2011, de nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (et plus particulièrement des transports de malades) ont été signés entre les ARS et les établissements de santé. En 2013 comme en 2012, la reprise observée est due en particulier aux revalorisations successives de tarifs des ambulances et des VSL (véhicules sanitaires légers) comme des taxis. L'indice de prix des transports augmente ainsi de 3,4 % en 2013 après +1,6 % en 2012, contre seulement +0,7 % en 2011.

¹ En effet, l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee est un indice à qualité constante. Un nouveau médicament ne peut être pris en compte en cours d'année que s'il s'insère dans une classe d'équivalents thérapeutiques existante. Les médicaments innovants (souvent plus chers) non rattachés à une classe n'intègrent l'échantillon suivi que l'année suivante. Le fait qu'ils soient plus coûteux n'est donc pas retracé dans l'évolution de l'IPC des médicaments remboursables.

² Le ralentissement du taux de croissance observé en 2009 n'était que le contrecoup de la hausse intervenue au début de l'année 2008 avant l'intégration de ce type de dépenses dans le forfait soins des EHPAD à partir du 1^{er} août 2008.

Les autres composantes de la dépense courante de santé progressent à des rythmes contrastés

Outre la CSBM, la dépense courante de santé comprend les autres dépenses en faveur des malades : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie. La DCS comprend également les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective), les subventions au système de soins, les dépenses de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système de santé (tableau 4).

Tableau 4 - Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %)
	2011	2012	2013	2013/2012
1- CSBM	178,9	182,7	186,7	2,2
SSIAD	1,4	1,5	1,5	4,6
Soins aux pers. âgées en étab.	7,9	8,3	8,6	4,0
Soins aux pers. handicapées en étab.	8,5	8,8	9,1	3,4
Indemnités journalières	12,8	12,7	12,8	0,4
2- Autres dép. pour les malades	30,7	31,2	32,0	2,4
3- Prévention institutionnelle	5,7	5,8	5,8	0,1
Subventions au système de soins	2,6	2,7	2,8	5,2
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	7,5	7,4	-1,0
Formation médicale	1,9	1,9	2,0	1,7
4- Dép. pour le système de soins	12,0	12,1	12,2	0,8
5- Coût de gestion de la santé	14,1	14,3	14,7	2,7
6- Double-compte recherche	-4,0	-3,8	-3,8	-1,0
DCS (1+...+6)	237,3	242,4	247,7	2,2

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Les « autres dépenses en faveur des malades » se sont élevées à 32,0 milliards d'euros en 2013, dont 10,1 milliards pour les personnes âgées¹, 9,1 milliards pour les personnes handicapées et 12,8 milliards pour les indemnités journalières.

Les dépenses de **soins aux personnes âgées en établissement** s'élèvent à 8,6 milliards d'euros en 2013. Depuis 2002, le rythme annuel de croissance de ces dépenses était resté supérieur à 10 % du fait de plans de création de places d'accueil qui se sont succédés, les plus fortes hausses s'étant produites en 2008 (+14,3 %) et 2009 (+15,5 %). Le rythme d'augmentation est de l'ordre de 4 % depuis 3 ans, alors qu'il était encore de 5,6 % en 2010.

Les soins peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées ; ceux-ci sont répartis depuis 2002 entre établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et ceux destinés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion du fait de politiques de médicalisation des établissements.

En 2013, 7,6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD ; après une croissance exceptionnelle de 22,1 % en 2009 due au passage des dispositifs médicaux dans le forfait soins des EHPAD à compter du 1^{er} août 2008, l'augmentation est de 4,6 % en 2013. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. Malgré la croissance plus rapide du secteur privé à but lucratif jusqu'en 2009, les établissements publics et privés à but non lucratif d'hébergement pour personnes âgées restent encore majoritaires avec 81 % de la dépense en EHPA-EHPAD. Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2013, la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent est légèrement inférieure à un milliard d'euros.

Les dépenses des **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** représentent 1,5 milliard d'euros en 2013. Bien que le rythme de croissance annuel de ces soins reste soutenu avec +5,1 % en 2012 et +4,6 % en 2013, il est en-deçà de ceux constatés sur la période 2002-2009 (+8 % par an en moyenne).

¹ Les SSIAD concernent essentiellement les personnes âgées.

Sont également intégrées à la DCS les dépenses de **soins aux personnes handicapées** en établissement. Celles-ci s'élevaient à 9,1 milliards d'euros en 2013 ; leur rythme de progression moyen est de l'ordre de 3 % par an : +3,4 % en 2013 après +2,6 % en 2012 et +3,4 % en 2011.

En 2013, les dépenses de **indemnités journalières** (maladie, maternité et AT/MP) s'élevaient à 12,8 milliards d'euros. Le niveau des IJ est relativement stable au global depuis 3 ans. Pour la première fois depuis 2005, ces dépenses avaient très légèrement reculé (-0,6 %) en 2012 en lien notamment avec la modification du mode de calcul des IJ intervenue au 1^{er} janvier 2012, à savoir l'abaissement à 1,8 SMIC du plafond de calcul des IJ maladie. Elles progressent de nouveau faiblement en 2013 (+0,4 %), retrouvant ainsi le niveau de l'année 2011.

Avec un montant de 5,8 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** restent stables en 2013. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 suite aux dépenses engagées pour se prémunir contre la grippe H1N1 ; logiquement, depuis 2010, les dépenses sont revenues au niveau de 2008. Ce montant représente 89 euros par habitant en 2013. Il inclut les dépenses de prévention individuelle (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, risques environnementaux, crises sanitaires, etc.). En 2013, l'État et les collectivités locales ont financé 59 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail).

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de la santé ne retracent toutefois qu'une partie des dépenses de prévention : elles ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires, qui sont comptabilisées par ailleurs dans la CSBM (cf. éclairage sur la prévention incluse dans la CSBM).

Les **subventions au système de soins** sont évaluées à 2,8 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 5,2 % de plus qu'en 2012. La majeure partie des subventions est constituée par la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé. Ce dispositif, mis en place en 1960 pour les seuls médecins afin de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements), a été progressivement élargi à d'autres professions de santé. Elles comprennent également les dotations du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) ainsi que les aides à la télétransmission.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élevaient à 7,4 milliards d'euros en 2013, soit 113 euros par habitant. Elles reculent légèrement pour la deuxième année consécutive : -1,0 % en 2013 après -0,4 % en 2012. En 2001, la part des financements publics et celle des financements privés étaient équivalentes. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a légèrement progressé pour atteindre 52 % en 2013.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** atteignent près de 2 milliards d'euros en 2013, soit 1,7 % de plus qu'en 2012. Ces dépenses concernent les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses de formation initiale s'ajoutent celles de la formation continue. Elles sont en forte augmentation depuis 2006 : d'une part, le coût unitaire de l'étudiant a fortement augmenté et, d'autre part, les coûts des formations sanitaires et sociales se sont accrus depuis qu'ils relèvent de la compétence des régions (loi de décentralisation de 2005 mise en œuvre en 2006).

Enfin, les **coûts de gestion de la santé** sont évalués à 14,7 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 2,7 % de plus qu'en 2012. Ils comprennent les frais de gestion des organismes suivants :

- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base ;
- les organismes complémentaires : mutuelles, assurances, et institutions de prévoyance ;
- le fonds CMU ;

ainsi que :

- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) et les frais de gestion de l'ONIAM.

Rappelons que les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) ont été révisés en raison d'un changement de réglementation comptable intervenu à compter du 1^{er} janvier 2011. En effet, jusqu'en 2010, la contribution au Fonds CMU des organismes complémentaires était comptabilisée dans un compte de charges de gestion courante ; à partir de 2011, cette contribution est transformée en taxe comptabilisée en compte de tiers, et donc exclue des charges de gestion. En base 2010, les coûts de gestion des OC sont donc estimés hors contribution au Fonds CMU.

Le reste à charge des ménages s'établit à 8,8 % en 2013

Les évolutions présentées précédemment sont, par nature, différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2014). Les trois agrégats des comptes nationaux de la santé (DCS, CSBM et DTS), diffèrent en effet quant au champ de ceux présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (encadré 3). Les Comptes de la santé permettent notamment d'apprécier les parts respectives prises par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

À l'occasion du changement de base des comptes, plusieurs modifications sont intervenues sur la répartition du financement de la CSBM (cf. encadré 1). La part de la Sécurité sociale est réévaluée en 2011 de 0,26 point par rapport à la base 2005. Celles de l'État et des organismes complémentaires augmentent aussi légèrement. Ces révisions modifient mécaniquement le niveau du reste à charge des ménages, qui s'établit à 9,2 % pour l'année 2011 contre 9,6 % en base 2005.

En base 2010, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM est estimée à 142,0 milliards d'euros pour l'année 2013 ; elle représente ainsi 76,0 % de la CSBM en 2013 après 75,9 % en 2012 (tableau 5). La part de l'État, toujours très faible, augmente de 0,06 point en 2013 en raison d'une hausse de 17 % des dépenses de l'aide médicale d'État (AME)¹ : 712 millions d'euros en 2013 contre 608 millions en 2012.

Tableau 5 - Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	En %							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sécurité sociale (1)	76,8	76,6	76,0	76,1	76,0	75,7	75,9	76,0
État et CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Organismes complémentaires (2)	13,0	13,1	13,4	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8
<i>dont Mutuelles</i>	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3
<i>Sociétés d'assurance</i>	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8	3,9
<i>Institutions de prévoyance</i>	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6
Ménages	8,8	8,9	9,3	9,2	9,2	9,2	9,0	8,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'est réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 9). Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale s'était stabilisée à 76 %. Elle a ensuite légèrement reculé en 2011 en raison du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux. Malgré la réalisation de nouvelles économies (déremboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant), elle augmente légèrement en 2012 puis en 2013 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière²) qui constituent les postes les plus dynamiques.

Cette remontée tendancielle de la part de la Sécurité sociale s'explique aussi par la croissance lente mais constante des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée – ALD – et par l'absence de mesures d'économies affectant directement les assurés.

¹ Aide médicale d'État : accordée aux étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de 3 mois.

² Rétrocession hospitalière : par dérogation au principe selon lequel les pharmacies hospitalières ou pharmacies à usage intérieur (PUI) ne peuvent délivrer des médicaments qu'aux patients hospitalisés, l'article L.5126-4 du code de la santé publique autorise les PUI à vendre, dans le respect de certaines conditions, des médicaments à des patients ambulatoires. Ces médicaments sont alors facturés à l'assurance maladie et ils ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers. Leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe Soins de ville.

ENCADRÉ 3**DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ AUX COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET À L'ONDAM**

Les agrégats des Comptes de la santé sont des agrégats économiques : ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant trois ans pour intégrer les révisions afférentes à une année considérée. L'année 2013 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2015 (compte semi-définitif) et en 2016 (compte définitif).

Les constats de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois définitivement figés en mars de l'année n+2, une fois intégrées les corrections de provisions. Ils se différencient ainsi des comptes des caisses qui sont quant à eux définitivement clos dès mars de l'année n+1. Ces derniers s'approchent eux aussi des dates effectives des soins par leur présentation en droits constatés.

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc, d'un point de vue conceptuel, proches de l'ONDAM. Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance-maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche AT/MP), alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance-maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle soit non financée (déficit des hôpitaux publics – cf. annexe 2).

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale :

augmentée :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées (soins en USLD, forfaits soins des établissements pour personnes âgées et des SSIAD) ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC...);
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger et autres prestations diverses (prestations décès...);

et diminuée :

- des remises conventionnelles sur les médicaments versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance maladie ;
- des prises en charge complémentaires des régimes d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

À l'exception des dotations à des structures accueillant des personnes précaires, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants français à l'étranger, les ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) au sens français. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut également les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Tableau 6 - Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2013

En milliards d'euros

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	142,0
- Prestations complémentaires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,6
- Remises conventionnelles sur médicaments	-0,4
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,2
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSIAD (2)	9,6
+ Ondam personnes handicapées	8,7
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,4
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,5
+ Autres prises en charge (3)	1,3
Total	174,0
Ecart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	0,0
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2014)	174,0

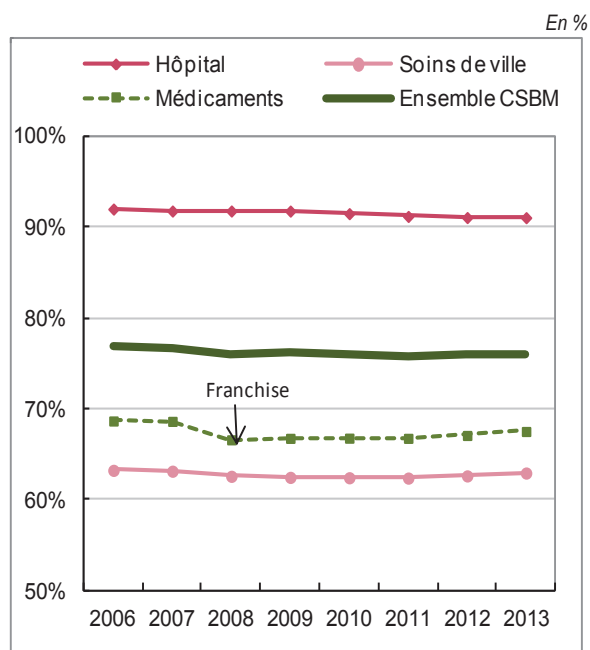
(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 2.b) et y compris Alsace-Moselle et CAMIEG.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD pour la partie financée par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social).

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

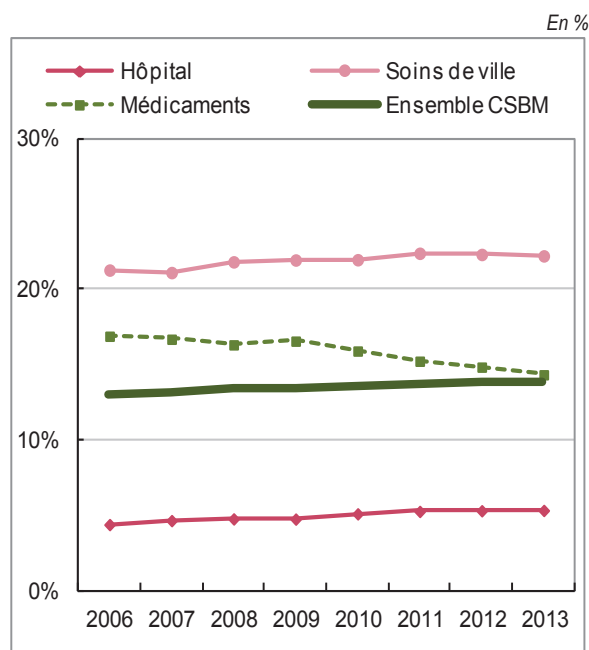
Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2014 pour l'ONDAM.

Graphique 9 - Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Graphique 10 - Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** atteint 25,7 milliards d'euros en 2013, soit 13,8 % de la CSBM, comme en 2012. Elle est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 10) : en sept ans, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a en effet augmenté de 0,8 point, passant de 13,0 % en 2006 à 13,8 % en 2013. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire, mais qui ne se compensent pas : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction continue mais moindre de leur prise en charge des médicaments.

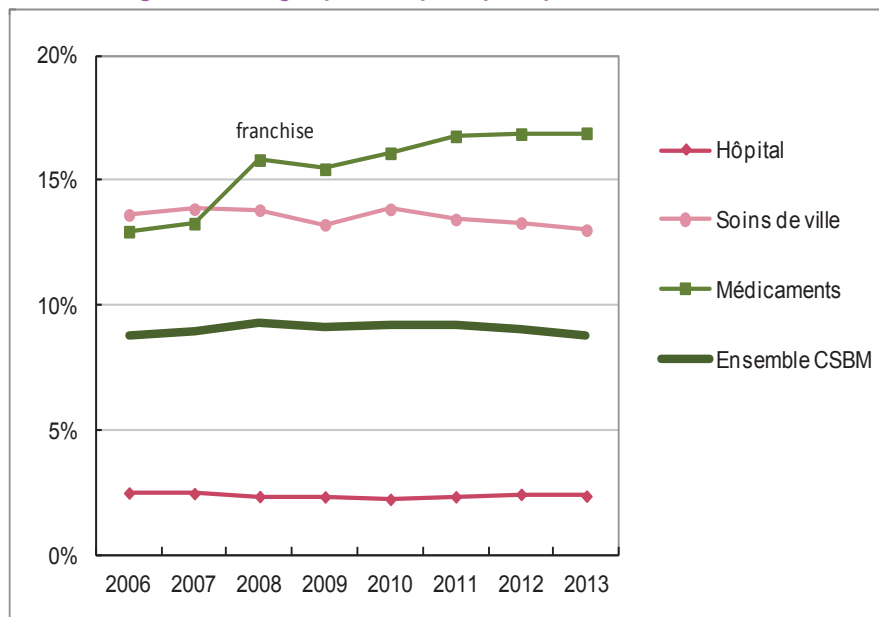
La progression de la part prise en charge par les organismes complémentaires dans les soins hospitaliers et les soins de ville est notamment à relier à la hausse des forfaits journaliers d'hospitalisation et des tarifs journaliers de prestations dans les hôpitaux publics, à la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds et au relèvement de 91 à 120 euros de son seuil d'application, ainsi qu'à l'augmentation lente de la prise en charge des dépassements (dépassements d'honoraires de médecins et des soins prothétiques des dentistes). Pour les biens médicaux, la progression est due au relèvement du ticket modérateur sur certains biens (le remboursement étant passé de 65 à 60 % en mai 2011) et à l'implication croissante des organismes complémentaires dans le remboursement de biens à l'évolution dynamique, comme les autres biens médicaux (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés et autres produits de la LPP...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires progresse le plus : elle atteint 39,3 % en 2013 alors qu'elle n'était que de 33,5 % en 2006 (et de 26 % seulement en 2000 – base 2005).

A *contrario*, ces organismes occupent une part moins importante dans la prise en charge des dépenses de médicaments en raison principalement des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. Ces mesures ont augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires sur les médicaments est ainsi passée de 17 % en 2006 à 16 % en 2008, puis à 14 % en 2013 avec la poursuite des déremboursements, l'augmentation du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur et le désengagement de nombreux organismes complémentaires du champ des médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie.

Si l'on ajoute leur contribution au financement du Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,6 % de la CSBM en 2013 (contre 13,8 % sans prise en compte de cette taxe).

Le **reste à charge des ménages** est évalué à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 8,8 % de la CSBM, en baisse de 0,2 point par rapport à 2012 (graphique 11).

Graphique 11 - Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Représentant 8,9 % de la CSBM en 2007, le reste à charge des ménages a augmenté de près de 0,4 point en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux). Il s'est stabilisé à 9,2 % de 2009 à 2011, les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages compensant les nouvelles mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie. Parmi les facteurs structurels, on peut citer la hausse des prestations des organismes complémentaires, la progression des effectifs d'assurés en ALD, la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés tels que les soins d'infirmiers, les médicaments rétrocédés ou les transports de malades.

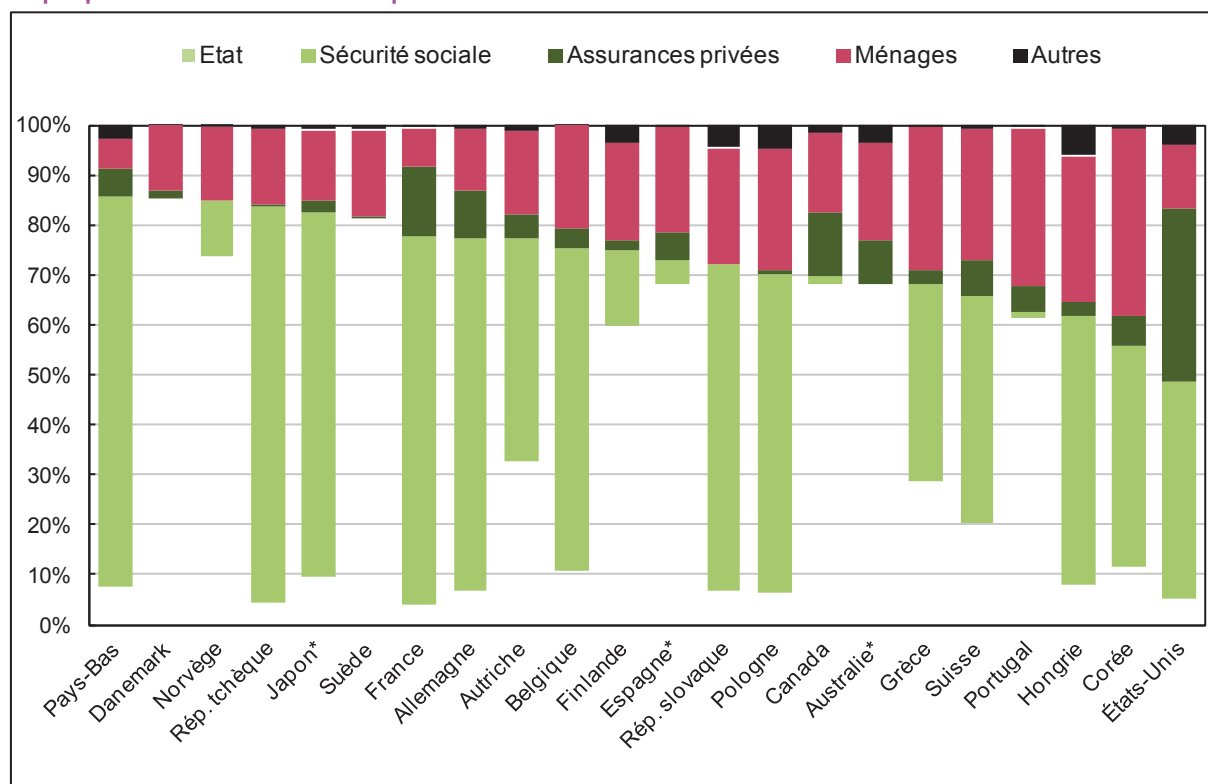
En 2012-2013, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reprend sa tendance à la baisse : elle passe de 9,2 % en 2011 à 9,0 % en 2012 puis 8,8 % en 2013 (évaluation provisoire qui sera révisée l'an prochain). Ce recul est imputable pour partie aux facteurs structurels précédemment mentionnés, mais également à un ralentissement de la croissance des dépenses non remboursables en 2012 et 2013.

Ainsi, le rythme de croissance des dépassements d'honoraires de médecins ralentit pour la première fois en 2012, à +1,6 % contre une hausse supérieure à 4 % par an en moyenne de 2006 à 2011. Cette tendance se poursuit en 2013 avec une hausse limitée à 2,8 %. Le nouveau « Contrat d'accès aux soins », déjà signé par 10 000 praticiens en 2014, a pour objet de contribuer à limiter ces dépassements en contrepartie du paiement par la Sécurité sociale d'une partie de leurs cotisations sociales.

En 2013, vient également s'ajouter une baisse de 2 % de la consommation de médicaments non remboursables (par nature totalement à la charge des ménages), ce qui n'était pas arrivé depuis 2005. Enfin, les dépassements de tarif reculent depuis 2011 sur les produits de la LPP tels que les orthèses et prothèses, et reculent également sur l'optique en 2013.

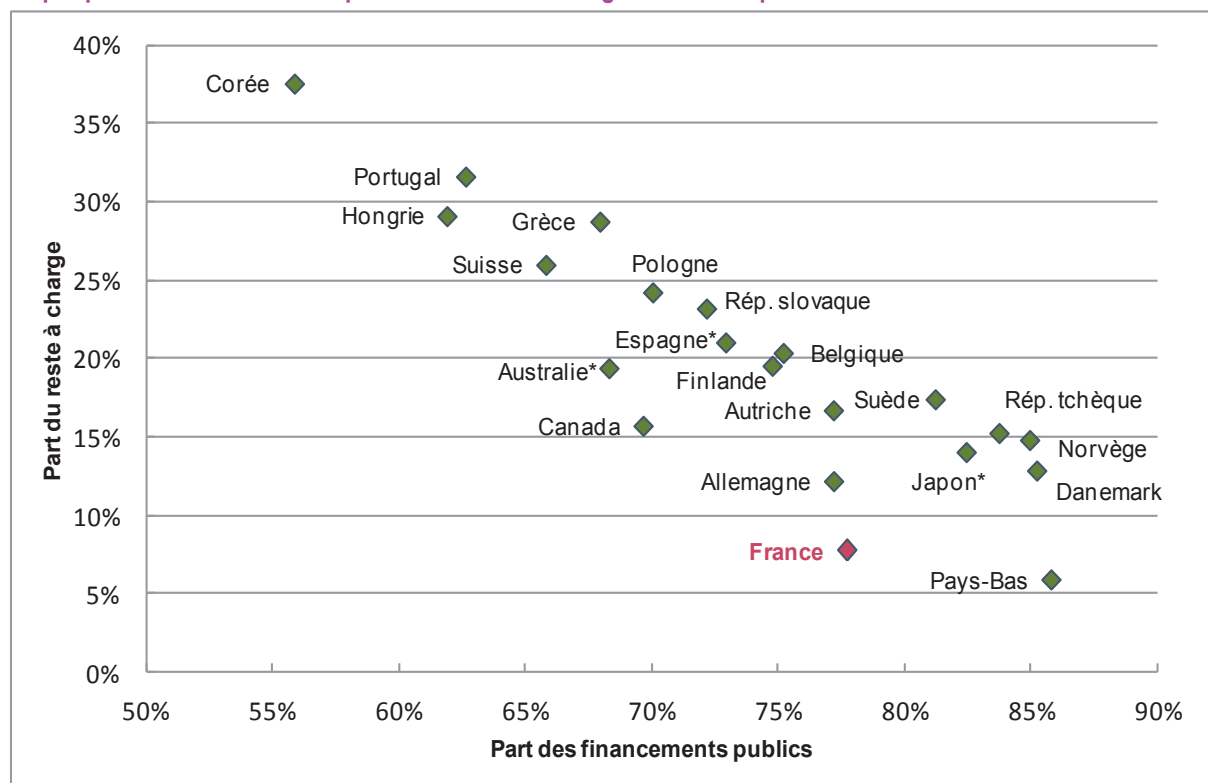
Par rapport aux autres pays développés, la France est un de ceux où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Les Pays-Bas, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), la République tchèque et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (graphique 12). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (graphique 13).

Graphique 12 - Financement des dépenses courantes de santé en 2012



* Données 2011.
Sources : Éco-santé OCDE 2014, juin 2014 - base 2005.

Graphique 13 - Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2012



* Données 2011.
Absence de données pour l'Italie et le Royaume-Uni notamment.
Sources : Éco-santé OCDE 2014, juin 2014 - Base 2005.

Vue d'ensemble

Bien que le reste à charge moyen des Français soit l'un des plus bas en raison de l'importance de la couverture complémentaire (complétée par la CMU-C), il reste néanmoins des personnes pour lesquelles des besoins de soins ne sont pas satisfaits, notamment en matière de consultations de spécialistes, de soins dentaires ou d'achat de lunettes.

En matière de renoncement aux soins, la France se classe dans la moyenne des pays européens selon les indicateurs SILC / SRCV (Statistiques sur les Revenus et Conditions de Vie¹).

Globalement, 5,5 % des Français déclarent avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical en 2012, contre 6,4 % pour l'ensemble de l'Union européenne.

Tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût est plus faible en France que dans l'ensemble de l'Union européenne : 1,9 % contre 2,2 %. Dans le quintile des plus bas revenus (Q1), il est de 4,8 % en France, très proche du taux moyen européen (4,5 %) ; dans les autres quintiles de revenus, il est toujours inférieur en France à la moyenne de l'Union européenne.

Lorsque le motif du renoncement à un examen ou traitement médical est une durée d'attente trop longue, la France est beaucoup mieux classée avec un taux de renoncement moyen de 0,3 % contre 1 % pour l'ensemble de l'Union européenne. En revanche, le manque de temps ou la « peur du médecin ou de l'hôpital » sont un peu plus fréquents en France que dans la moyenne de l'UE.

Tableau 7 – Besoins non satisfaits* de soins médicaux en 2012, par quintile de revenu

MOTIF DU RENONCEMENT		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Trop cher	UE 27	4,5	2,8	2,0	1,2	0,5	2,2
	Allemagne	2,2	1,1	0,5	0,1	0,2	0,8
	France	4,8	2,4	1,4	0,6	0,2	1,9
	Italie	10,5	5,8	4,4	2,7	0,9	4,9
Trop d'attente	UE 27	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0
	Allemagne	1,1	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
	France	0,3	0,3	0,4	0,1	0,4	0,3
	Italie	1,0	0,6	1,0	0,5	0,4	0,7
Peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement	UE 27	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3
	Allemagne	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2
	France	0,9	0,6	0,5	0,6	0,2	0,6
	Italie	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Pas le temps	UE 27	0,7	0,8	0,8	1,0	1,0	0,9
	Allemagne	1,3	1,4	1,0	1,2	1,0	1,2
	France	0,9	1,5	0,9	1,3	1,3	1,2
	Italie	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Autres raisons	UE 27	2,7	2,3	2,0	1,7	1,6	2,1
	Allemagne	4,9	3,9	2,5	1,7	1,6	2,9
	France	2,4	1,7	1,6	1,1	1,2	1,6
	Italie	0,6	0,6	0,4	0,5	0,6	0,5
Pas de besoin non satisfait	UE 27	90,5	92,6	93,9	95,0	95,9	93,6
	Allemagne	90,2	92,5	95,3	96,1	96,6	94,2
	France	90,7	93,5	95,2	96,3	96,7	94,5
	Italie	87,6	92,6	94,1	95,9	97,7	93,6

* Question posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? »

Sources : Eurostat, SILC 2012.

Pour les soins dentaires, les taux de renoncement sont plus importants que pour les soins médicaux, en particulier pour des raisons financières, en France comme dans l'ensemble de l'Union Européenne. La peur du traitement ou le manque de temps sont des motifs de renoncement à des soins dentaires plus importants en France que dans la moyenne de l'Union Européenne.

¹ L'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV) est la partie française du système communautaire EU-SILC (European union-Statistics on income and living conditions). Ce dispositif est une enquête en face à face portant sur les revenus (de l'année civile précédant la collecte), la situation financière et les conditions de vie des ménages. Elle sert de référence pour les comparaisons de taux de pauvreté et de distributions des revenus entre États membres de l'Union Européenne et pour les actions communautaires de lutte contre l'exclusion. Les données sont collectées annuellement au moyen d'un panel. Les méthodologies employées et questions posées diffèrent de celles de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), qui constitue pour la France l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie ; les chiffres de ces deux enquêtes ne sont pas directement comparables.

Tableau 8 – Besoins non satisfaits* de soins dentaires en 2012, par quintile de revenu

MOTIF DU RENONCEMENT		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Trop cher	UE 27	8,6	5,9	4,3	2,8	1,4	4,6
	Allemagne	4,2	1,7	1,2	1,1	0,3	1,7
	France	9,5	6,7	4,0	2,2	1,4	4,8
	Italie	15,4	9,8	7,4	5,2	2,6	8,1
Trop d'attente	UE 27	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	Allemagne	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	France	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
	Italie	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	0,5
Peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement	UE 27	1,1	0,8	0,8	0,7	0,6	0,8
	Allemagne	1,1	0,6	0,4	0,4	0,1	0,5
	France	2,6	1,9	1,2	1,3	1,0	1,6
	Italie	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4
Pas le temps	UE 27	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5
	Allemagne	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
	France	1,2	0,9	0,7	1,1	1,1	1,0
	Italie	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4
Autres raisons	UE 27	1,2	1,1	1,0	1,0	0,7	1,1
	Allemagne	1,7	1,0	0,6	0,4	0,5	0,8
	France	1,6	1,3	1,4	0,9	0,6	1,2
	Italie	0,7	0,7	0,4	0,9	0,9	0,7
Pas de besoin non satisfait	UE 27	88,3	91,5	93,2	94,7	96,3	92,8
	Allemagne	92,6	96,2	97,5	97,9	98,7	96,6
	France	85,0	89,0	92,5	94,3	95,8	91,3
	Italie	82,8	88,3	90,5	92,6	95,5	89,9

* Question posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ? »

Sources : Eurostat, SILC 2012.

Pour en savoir plus

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

Koubi M. et Fenina A., « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

« Panorama de la santé - 2013 », OCDE, décembre 2013.

Evain F., « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2003 et 2011 », DREES, *Études et Résultats*, n° 854, octobre 2013.

Yilmaz E., « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et 2013 », dans ce rapport.

Yilmaz E., « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012 », dans ce rapport.

Garnero M. et Le Palud V., « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, *Études et résultats*, n° 837, avril 2013.

Bellamy V. et Mikol F., « Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements », DREES, *Études et Résultats*, n° 811, septembre 2012.

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

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011.

FICHES THÉMATIQUES

PRÉSENTATION DES FICHES

La partie de description et d'analyse des dépenses de santé, déclinée sous forme de fiches thématiques, est structurée 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 très longue période (depuis 1950), elles s'attachent à en détailler successivement les principales composantes : soins hospitaliers, soins de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, des autres auxiliaires médicaux, consommations de laboratoires d'analyse et de cures thermales, de médicaments en ville, de transports de malades et. À noter que plusieurs de ces thèmes sont approfondis dans des fiches spécifiques qui présentent l'offre et les effectifs de professionnels concernés (à l'hôpital et en médecine de ville) ainsi que le marché du médicament. La dernière de ces fiches précise l'importance des échanges extérieurs.

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 en détaillent l'une après l'autre 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 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 de long terme. Les suivantes déclinent successivement les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale et État, organismes complémentaires, fonds CMU et, enfin, cette section se conclut par le reste à charge des ménages.

Les **FICHES D** exposent la construction de la CSBM et font le lien entre les concepts centraux des Comptes de la santé (CSBM et DCS au sens français) et l'instrument de pilotage financier du système que constitue l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les **FICHES E** permettent de situer la dépense de santé française en comparaison internationale, à l'échelle des pays membres de l'OCDE. Elles explicitent les concepts clef employés pour ces comparaisons (dépense totale de santé – DTS – et dépense courante de santé – DCS au sens international) et les quantifient. Ces fiches dressent ensuite des comparaisons internationales plus ciblées sur différents types de soins (dépenses hospitalières, densité et activité de médecins, consommation de médicaments) et présentent des points de repères utiles pour ce type de comparaison, à savoir le concept international de soins de longue durée et des résultats d'enquête évaluant les besoins de soins non satisfaits au sein de l'Union européenne.

A. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des Comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux ont été revus.

L'écart de niveau entre la base 2005 et la base 2010 est d'environ 700 millions d'euros en 2011, dernière année définitive disponible (cf. annexe 1). Les révisions principales portent sur les soins hospitaliers privés, les soins de médecins et les médicaments.

En 2013, la **Consommation de soins et de biens médicaux** qui constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé, est évaluée à 186,7 milliards d'euros, soit 2 843 euros par habitant. Elle progresse de 2,2 % en valeur et de 2,5 % en volume, les prix reculant de 0,3 % par rapport à 2012. En 2012, la CSBM représente 8,8 % du PIB et 12,5 % de la consommation effective des ménages. Par rapport à la base 2005, la part de la CSBM dans le PIB recule de 0,3 point en 2011, dernière année définitive disponible : en effet, la CSBM a été revue à la baisse (-0,4 % par rapport à la base 2005) tandis que le PIB a été réévalué par l'INSEE de 3 % à la hausse.

Sur les années 2006-2007, la croissance de la CSBM en valeur était encore de l'ordre de 4 % par an. Un ralentissement sensible de ce rythme s'est amorcé en 2008 et se poursuit depuis. La progression de la CSBM reste inférieure à 3 % par an depuis quatre ans : +2,2 % en 2013 après +2,1 % en 2012, +2,7 % en 2011 et +2,3 % en 2010. Cette faible croissance est due à une progression des soins hospitaliers toujours modérée, conjuguée à une dépense de soins de ville ralentie et à un infléchissement de la dépense de médicaments de plus en plus marqué : après avoir fortement décéléré, la dépense de médicaments recule depuis 2 ans.

La part des soins hospitaliers reste prépondérante puisqu'elle représente 46,4 % de la CSBM en 2013. Viennent ensuite les **soins de ville** (hors produits de santé) avec 26,2 % de la CSBM, puis les médicaments avec 17,9 %. Les « autres biens médicaux » en représentent 7,2 % et les transports de malades 2,3 %.

Cette structure s'est déformée entre 2006 et 2013 : la part des médicaments recule de 2,4 points, au profit des autres biens médicaux, et dans une moindre mesure des

soins hospitaliers, soins de ville et transports de malades.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2013, en raison de leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (0,8 point) et dans une moindre mesure les autres biens médicaux (0,4 point). Pour la 2^{ème} année consécutive, la contribution des médicaments s'avère négative : -0,2 point.

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers publics, calculé à l'aide d'une méthode « output », est de +2,0 % en 2013 (cf. fiche A.3) ; pour les établissements privés, il s'élève à 2,2 %. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+0,9 point) en 2013, suivis par les soins de ville (+0,6 point), les médicaments (+0,6 point) et les autres biens médicaux (+0,3 point).

L'évolution des prix des soins et biens médicaux est extrêmement faible depuis six ans. Après +0,3 % en 2008 et +0,2 % en 2009, les prix reculent depuis quatre ans : -0,4 % en 2010, -0,1 % en 2011, -0,3 % en 2012 et -0,3 % en 2013.

Le prix des soins hospitaliers est en légère reprise en 2013 : il augmente de +0,6 % après 0 % en 2012 et -0,1 % en 2011.

La hausse de prix des soins de ville est quant à elle de 0,8 % en 2013 en raison notamment de l'effet « année pleine » de la revalorisation des tarifs des actes des infirmiers et des kinésithérapeutes.

Enfin, depuis quatre ans, la baisse du prix des médicaments s'accroît : -4,4 % en 2013 après -3,2 % en 2012, -2,0 % en 2011 et -2,2 % en 2010. La poursuite des mesures de baisse de prix et la part croissante des génériques influent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques. Cette évolution négative des prix est accentuée par le mode de calcul retenu (cf. annexe 3.e, 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.

DÉFINITIONS

Consommation de soins et de biens médicaux : en base 2010, elle 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),
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Soins de ville : 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

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 sur les agrégats des comptes de la santé en base 2010.

« Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina, *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

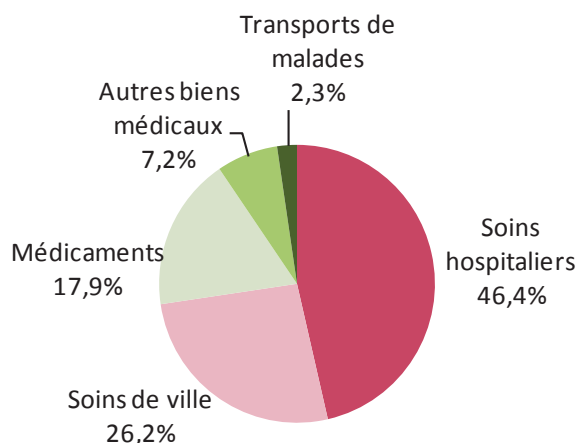
A1.1 Consommation de soins et de biens médicaux

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	114 574	153 748	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
Soins hospitaliers	54 085	71 051	70 584	72 877	75 342	78 301	80 326	82 408	84 547	86 707
Secteur public	42 013	54 618	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 963	66 770
Secteur privé	12 072	16 432	16 199	16 636	17 403	18 089	18 625	19 113	19 585	19 938
Soins de ville	28 632	38 822	39 502	41 350	42 534	43 697	44 464	46 087	47 485	48 927
Médecins	13 233	17 075	17 472	18 263	18 619	18 962	18 797	19 553	20 016	20 464
Auxiliaires médicaux	5 787	8 553	8 763	9 433	9 988	10 572	11 098	11 556	12 334	13 145
Dentistes	6 693	9 016	9 063	9 320	9 511	9 658	9 992	10 291	10 484	10 637
Analyses de laboratoires	2 626	3 869	3 899	4 018	4 104	4 191	4 252	4 360	4 302	4 318
Cures thermales	293	309	305	315	312	313	325	327	349	363
Médicaments	23 989	31 491	31 178	32 365	33 137	33 575	33 967	34 288	33 878	33 453
Autres biens médicaux *	5 976	9 332	9 289	10 054	10 639	10 967	11 586	12 215	12 674	13 359
Transports de malades	1 891	3 053	3 112	3 248	3 398	3 612	3 795	3 870	4 068	4 302
Evolution de la CSBM (en %)				4,1	3,2	3,1	2,3	2,7	2,1	2,2
Valeur				0,9	0,3	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3
Prix				3,1	2,9	2,9	2,7	2,8	2,4	2,5
Volume										

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

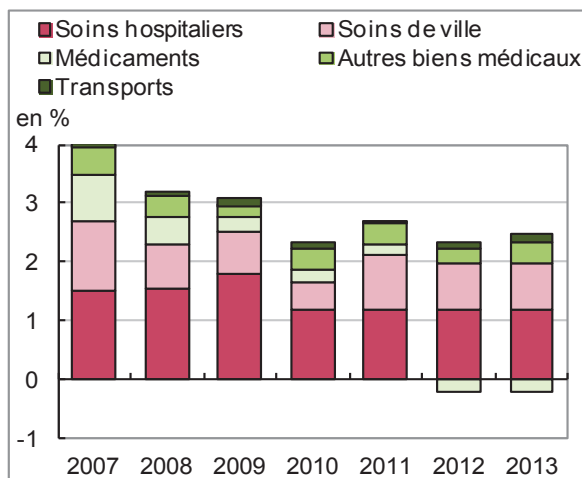
Sources : DREES, Comptes de la santé.

A1.2 Structure de la CSBM en 2013



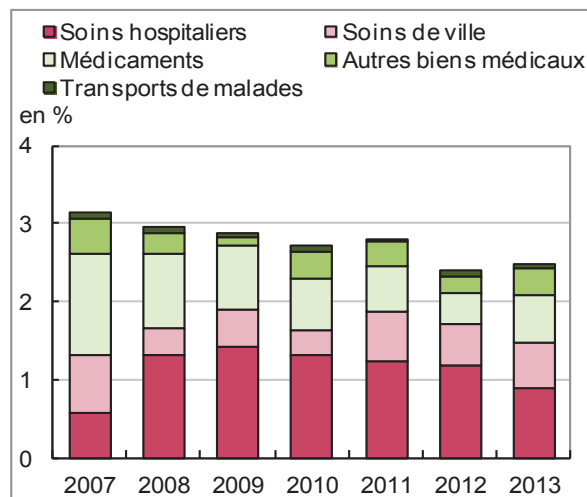
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

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



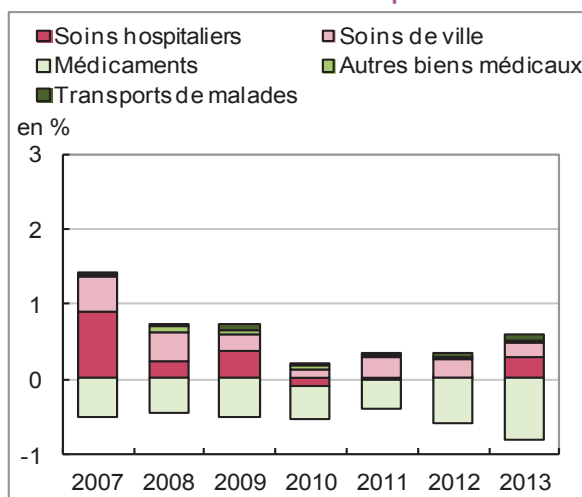
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

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



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

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



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

De 1950 à 2005, la part de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,6 % du PIB (base 2005). Avec les révisions de la base 2010 (hausse de 3 % du PIB et baisse de 0,4 % de la CSBM), ce ratio pour l'année 2011 (dernière année définitive disponible) passe de 9,0 % du PIB en base 2005 à 8,7 % en base 2010, soit un recul de 0,3 point. En 2013, la CSBM représente 8,8 % du PIB.

Entre 1950 et 2013, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,2 points à celui du PIB : +10,3 % pour la CSBM contre +8,1 % pour le PIB.

Le rythme de croissance des dépenses de santé n'a pas été continu. Très schématiquement, on peut distinguer deux grandes périodes principales 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, et qui se situe dans le contexte économique très favorable des Trente Glorieuses ;
- une seconde période, de 1986 à 2013, caractérisée par la recherche d'une meilleure maîtrise du système et de son financement, dans un contexte de croissance ralentie, au cours de laquelle alternent sous-périodes de croissance et de stabilisation, ces dernières résultant de mesures de régulation.

De 1950 à 1985, le financement public joue un rôle central dans le développement du système de santé. La couverture maladie se généralise au cours des années 1960-1980 et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50 % à 80 %. Cette période se caractérise par une dynamique de croissance importante de toutes les composantes de la CSBM, mais plus particulièrement par la hausse de la dépense hospitalière (dont le taux de croissance annuel en volume oscille entre 6 % et 8 %), en raison d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. 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...), mais aussi d'une demande solvabilisée par le développement des assurances complémentaires ; les médicaments ne sont pas en reste, avec une progression très forte des volumes consommés.

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par un ralentissement de la croissance des recettes de la Sécurité sociale alors que la meilleure prise en charge et le vieillissement de la population continuent de peser sur les dépenses, surtout à travers l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. Les comptes de l'assurance maladie se retrouvent ainsi régulièrement en déficit.

C'est la raison pour laquelle, à partir des années 1980, un certain nombre de plans de redressement se succèdent, qui comprennent 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 soins de ville qui tirent la croissance (développement du secteur 2 pour les médecins mais aussi hausse du nombre de patients en **ALD**, progrès technique...). 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 %, pour tous les types de soins. Des mesures sont alors prises à partir de 2005 : tarification à l'activité pour les soins hospitaliers, mise en place de participations forfaitaires et de franchises pour les soins de ville, déremboursement de médicaments, maîtrise médicalisée... L'ensemble de ces mesures a conduit à un ralentissement durable du rythme de progression de la CSBM, qui passe sous les 4 % en 2005, puis sous les 3 % depuis 2010.

DÉFINITIONS

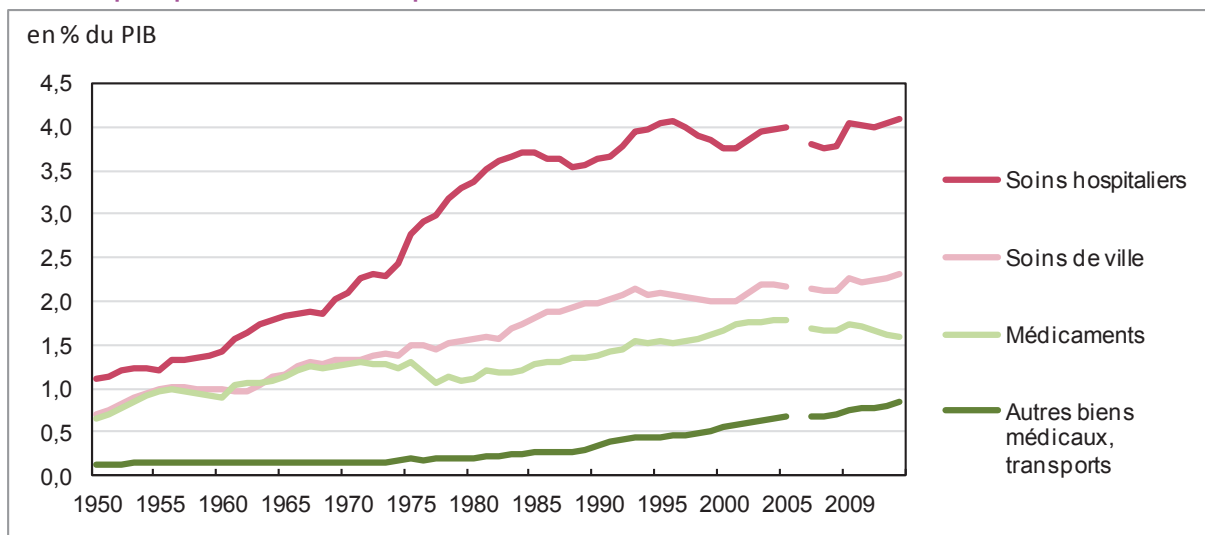
Soins de ville : ils comprennent les soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux ainsi que les analyses de laboratoire et les cures thermales.

ALD : affection de longue durée.

POUR EN SAVOIR PLUS

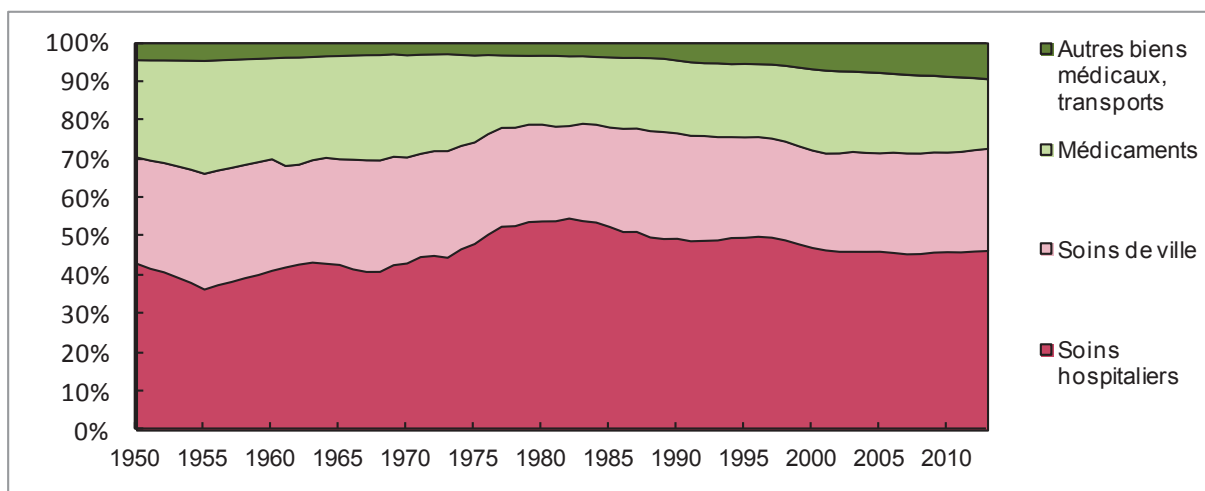
« 60 années de dépenses de santé : une rétroprojection des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », M.A. Le Garrec, M. Koubi, A. Fenina, *Études et résultats*, n° 831, DREES, février 2013.

A2.1 Principaux postes de la CSBM exprimés en % du PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé ; INSEE, comptes nationaux pour le PIB. Base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2013.

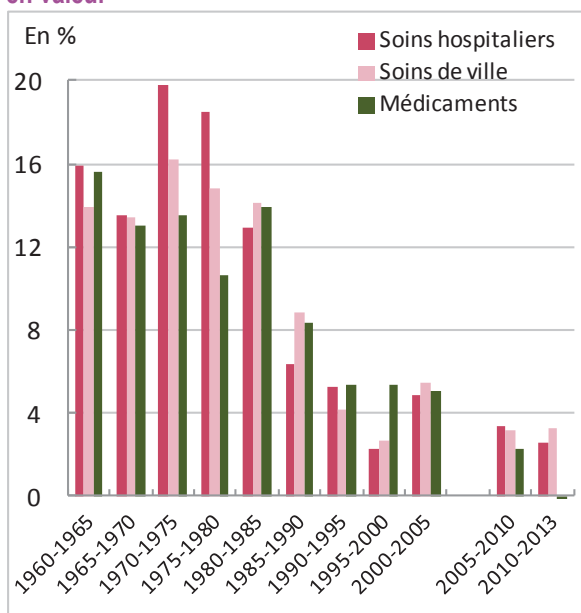
A2.2 Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur



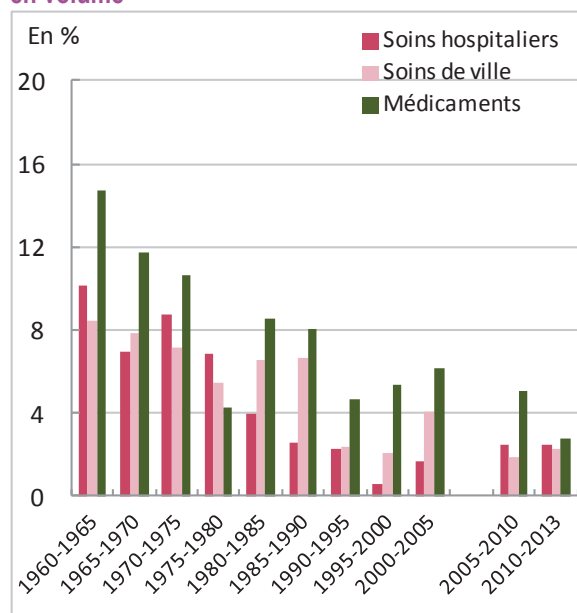
Sources : DREES, Comptes de la santé : base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2013.

A2.3 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM

en valeur



en volume



Sources : DREES, Comptes de la santé : base 2005 pour la période 1950-2006, base 2010 pour 2006-2013.

En base 2010, la consommation de soins hospitaliers est révisée à la baisse pour les soins hospitaliers publics (révision du compte des hôpitaux publics en base 2010 des comptes nationaux) comme pour les soins hospitaliers privés (révision du partage des honoraires des médecins entre ville et clinique) – cf. annexe 1 sur le changement de base.

Par ailleurs, il faut noter que les chambres particulières ne sont pas incluses dans la CSBM, car exclues du champ de la santé en comptabilité nationale.

Avec 86,7 milliards d'euros en 2013, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux, comme en base 2005. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 2,6 % en valeur et 2,0 % en volume en 2013 : +2,8% en valeur et +2,0 % en volume dans le **secteur public**, +1,8 % en valeur et +2,2 % en volume dans le **secteur privé**. Dans une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux exerçant dans ce secteur.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 66,8 milliards d'euros. 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). Par convention, la consommation de soins du secteur public (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production non marchande évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, supplément chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). La production non-marchande, qui reflète davantage l'évolution des charges que celle des produits, inclut implicitement le déficit des hôpitaux.

Cette consommation progresse de 2,8 % en valeur en 2013 après +2,6 % en 2012. Cette croissance est toutefois 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, calculée à partir de l'activité selon une méthode output, est de 2,0 % en 2013 après +2,7% en 2012. L'évolution des prix, qui résulte de celle des volumes, est de +0,8 % en 2013 alors qu'elle était nulle en 2012.

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 2013) 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.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2013 à 19,9 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux perçus en établissement privé ainsi que les analyses médicales effectuées sur ce lieu d'exécution. Son rythme de croissance continue à ralentir en 2013 : +1,8 % en valeur, après +2,5 % en 2012 et +2,6 % en 2011. C'est la croissance des honoraires qui ralentit nettement (+1,2 % en 2013 contre +3,0 % en 2012), tandis que les frais de séjour augmentent de 2,2 %.

Les activités de psychiatrie et de SSR (soins de suite et réadaptation) tirent depuis deux ans la croissance du secteur privé (augmentation des financements de l'assurance maladie de 3,7 % en 2013), les dépenses de médecine chirurgie et obstétrique progressant plus lentement (augmentation de 1,3 % de l'**ODMCO** en 2013).

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). En 2013, l'évolution des prix (-0,3 %) reflète la baisse des prix des **séjours** (-0,5 %) conjuguée à la faible augmentation du prix des honoraires des praticiens et des analyses (+0,2 %) ; le rythme de croissance des prix est inférieur à celui des années précédentes. La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est de +2,2 % en 2013 comme en 2012, après +2,0 % en 2011.

DÉFINITIONS

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 et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral (dits ex PJP) ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale (également à but non lucratif) ; depuis 2004, ils sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

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 ; depuis 2004, ils sont eux aussi financés par diverses dotations et par la T2A.

ODMCO : Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

Frais de séjour : tarification à l'activité, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des GHS, forfaits annuels, forfaits journaliers.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina, *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 118, DREES, mars 2012.

Annexes 2.a et 2.c sur la production de soins hospitaliers et annexe 3.b sur le prix des soins hospitaliers.

A3.1 Consommation de soins hospitaliers

en millions d'euros

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	54 085	71 051	70 584	72 877	75 342	78 301	80 326	82 408	84 547	86 707
Evolution Valeur				3,2	3,4	3,9	2,6	2,6	2,6	2,6
(en %) Prix				2,0	0,5	0,8	-0,2	-0,1	0,0	0,5
Volume				1,3	2,9	3,1	2,8	2,6	2,5	2,0
Secteur public	42 013	54 618	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 963	66 770
Evolution Valeur				3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8
(en %) Prix				2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8
Volume				1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0
Secteur privé	12 072	16 432	16 199	16 636	17 403	18 089	18 625	19 113	19 585	19 938
dont Frais de Séjour *			11 843	12 202	12 745	13 250	13 567	13 921	14 238	14 527
dont Honoraires **			4 356	4 434	4 658	4 840	5 058	5 193	5 346	5 411
Evolution Valeur				2,7	4,6	3,9	3,0	2,6	2,5	1,8
(en %) Prix				1,4	0,9	0,5	0,5	0,6	0,3	-0,3
Volume				1,3	3,7	3,4	2,4	2,0	2,2	2,2

* y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus.

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

Note sur les prix : prix du secteur public : il résulte du calcul des volumes ; il reflète l'évolution des salaires.

prix du secteur privé = indice de tarif (y compris évolution du forfait journalier) pour les frais de séjour, combiné avec l'indice de prix des honoraires perçus en établissement privé.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Le rapport des réalisations budgétaires de la campagne 2013 de l'ATIH présente l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé.

Les dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2013 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	total ONDAM hospitalier
ODMCO (1)	37,9	10,3	48,2	76,2
MIGAC (hors FIR)	n.d.	n.d.	6,1	
MIGAC transférées au FIR (2)	n.d.	n.d.	2,4	
ODAM	16,1		16,1	
OQN psy-ssr		2,7	2,7	
Total			75,5	
Autres (3)	n.d.	n.d.	0,7	

(1) Activité (y compris dialyse et HAD), médicaments et DMI en sus, forfaits annuels.

(2) FIR : Fonds d'intervention régional.

(3) Crédits FMESPP hors FIR, ex-crédits FMESPP transférés au FIR et champ non régulé (établissements hors territoire...).

Sources : ATIH, Rapport des réalisations budgétaires de la campagne 2013.

Les Comptes de la santé retracent quant à eux la consommation totale de soins hospitaliers, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et non les seules dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Sont ainsi comptabilisées dans les Comptes de la santé les dépenses prises en charge par l'État, le Fonds CMU, les organismes complémentaires et les ménages, ainsi que les dépenses des hôpitaux publics non financées (déficit). Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les dépenses des USLD. Les soins du secteur privé comme du public incluent l'ensemble des honoraires des professionnels de santé perçus dans les établissements.

Au total, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 78,9 milliards d'euros en 2013 (cf. fiche D.3), dont 61,2 milliards pour le secteur public (hors USLD) et 17,7 milliards (y compris honoraires des professionnels de santé) pour le secteur privé.

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**, qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2012, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer (hors Mayotte) 2 660 **établissements de santé** (y compris Service de santé des armées – SSA) :

- 931 établissements publics ;
- 699 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 030 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 2012 en hospitalisation partielle (+6,3 %) alors qu'elles poursuivent leur légère décroissance en hospitalisation complète (-0,6 % par rapport à 2011). Cette évolution s'observe quel que soit le type d'établissement.

En **psychiatrie** (PSY), les capacités d'accueil augmentent au global assez lentement depuis 2003. La hausse est un peu plus marquée en hospitalisation partielle (+1,6 % en 2012) qu'en hospitalisation complète (+1,2 %). 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 : +1,4 % en 2012 après +0,7% en 2011. La hausse observée les années antérieures était due au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en 5 ans. Les places d'hospitalisation partielle poursuivent leur croissance à un rythme nettement plus soutenu :

(+7,9 % en 2012 après +6,8 % en 2011) avec là aussi un développement plus rapide du secteur privé à but lucratif.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil se stabilisent en 2012 (-0,5 %), après 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, à l'hôpital public et dans le secteur privé à but non lucratif (cf. fiche B.2).

En 2012, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé progresse avec un effectif qui s'établit à 183 000 (+1,3 % par rapport à 2011). Le nombre d'emplois salariés progresse dans les établissements publics et dans les établissements privés, à but lucratif ou 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 2,4 % mais augmente dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

En 2012, le personnel non médical et les sages-femmes (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) des établissements de santé représentent plus d'un million d'équivalents temps plein, soit une progression de 1,2 % par rapport à 2011. 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 (770 000 ETP fin 2012), le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

DÉFINITIONS

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Établissement de santé : 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.

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.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

« Le Panorama des établissements de santé, édition 2014 », DREES, coll. « *Études et statistiques* », à paraître.

A4.1 Capacité en lits et places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2012

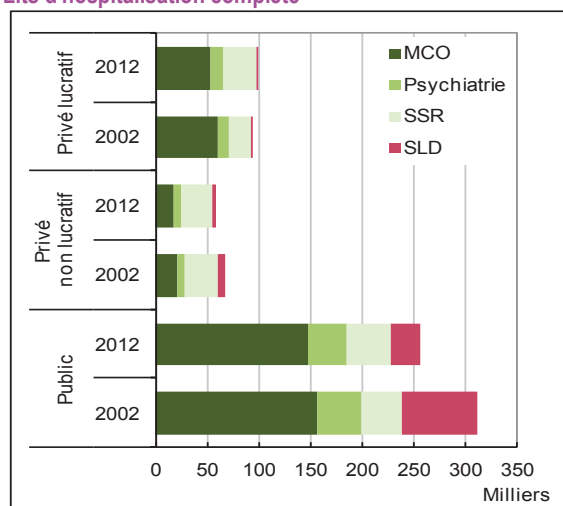
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	évolution 2011-2012	2012	évolution 2011-2012	2012	évolution 2011-2012	2012	évolution 2011-2012
Hospitalisation partielle (en places)	40 132	3,1%	12 342	4,5%	15 575	8,0%	68 049	4,5%
MCO	14 896	5,7%	3 119	12,3%	11 675	5,7%	29 690	6,3%
Psychiatrie	22 681	0,9%	5 074	0,9%	1 116	20,5%	28 871	1,6%
Soins de suite et réadaptation	2 555	8,9%	4 149	3,5%	2 784	13,9%	9 488	7,9%
Hospitalisation complète (en lits)	228 604	-0,1%	55 687	0,2%	97 997	0,8%	382 288	0,2%
MCO	149 065	-0,3%	18 507	-0,1%	54 459	-1,4%	222 031	-0,6%
Psychiatrie	37 953	0,3%	7 130	0,3%	12 539	4,4%	57 622	1,2%
Soins de suite et réadaptation	41 586	0,6%	30 050	0,4%	30 999	3,5%	102 635	1,4%
Soins de longue durée (en lits)	29 554	-0,6%	2 450	0,7%	548	0,0%	32 552	-0,5%

Champ : France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte) y compris Service de santé des armées (SSA).

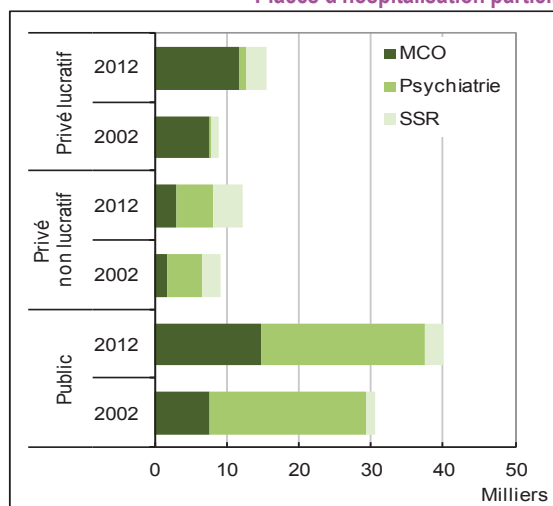
Sources : DREES SAE 2011 et 2012, traitement DREES.

A4.2 Évolution des capacités entre 2002 et 2012

Lits d'hospitalisation complète



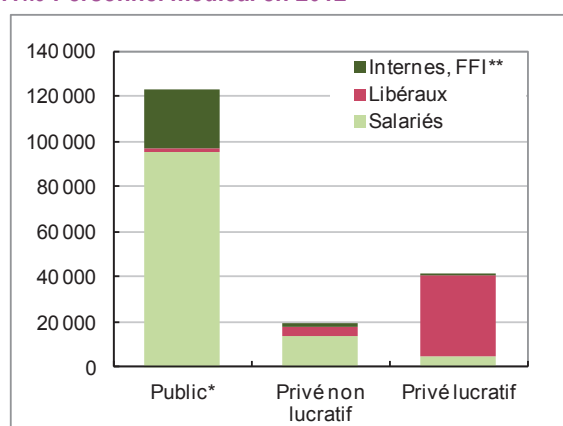
Places d'hospitalisation partielle



Champ : France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris Service de santé des armées (SSA).

Sources : DREES, SAE 2002 et 2012, traitement DREES.

A4.3 Personnel médical en 2012



* Pas de libéraux dans le secteur public sauf dans les hôpitaux locaux.

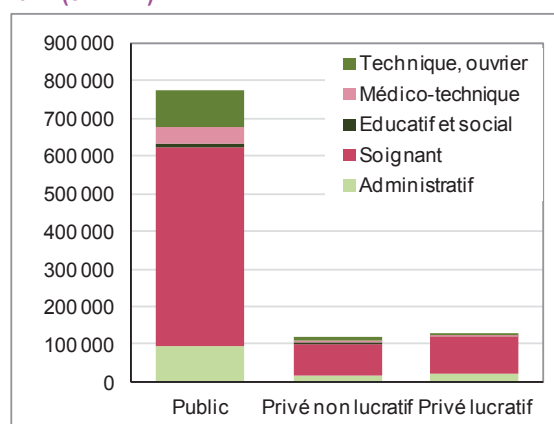
** FFI : faisant fonction d'interne.

Note : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM y compris Mayotte, y compris Service de Santé des Armées.

Sources : DREES, SAE 2012 traitements DREES.

A4.4 Personnel non médical et sages-femmes en 2012 (en ETP)



Note : il s'agit du personnel non médical des établissements sanitaires uniquement ; le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est donc exclu.

Champ : France métropolitaine et DOM y compris Mayotte, y compris Service de Santé des Armées.

Sources : DREES, SAE 2012 traitements DREES.

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

Cette activité est mesurée à partir du **PMSI** pour l'activité **MCO** et de l'enquête **SAE** pour l'ensemble des activités de **SSR**, de Psychiatrie ou encore en **USLD**.

En 2012 les établissements de santé ont comptabilisé 26,9 millions de séjours, soit une hausse de 2 % des volumes d'activité hospitalière par rapport à 2011 (source SAE et PMSI-MCO). L'activité est tirée par l'**hospitalisation partielle** qui continue de se développer (+3,1 %) tandis que l'**hospitalisation complète** stagne (0,4 %).

L'activité de **MCO**, mesurée en nombre d'entrées et de venues (source PMSI-MCO), est en hausse : + 1,3 % en 2012. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance (+3,1 %), grâce notamment au dynamisme des cliniques privées qui contribuent pour moitié à la progression.

En hospitalisation complète, en revanche, l'activité stagne (+0,2 %), avec une baisse de l'activité des cliniques privées (-1,7 %) compensée en partie par une hausse dans le secteur public (+1,1 %). L'évolution est différenciée selon la discipline : le nombre d'entrées augmente en médecine (+0,8 %) et diminue en chirurgie et en obstétrique.

En **psychiatrie**, l'hospitalisation partielle progresse au global en 2012 (+1,6 %). Toutefois, on observe des évolutions fortement différenciées par type d'établissement en lien avec l'évolution du nombre de places (source SAE). La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est stable passant de 28,8 jours en 2011 à 28,6 jours en 2012. Elle demeure plus élevée dans les établissements privés à but lucratif (aux alentours de 36 jours) que dans les hôpitaux publics (26,2 jours).

L'activité de **soins de suite et de réadaptation** (SSR) augmente depuis plusieurs années, quel que soit 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 2012, on comptabilise ainsi 3,8 millions de séjours ou venues (+4,9 %) et 32,5 millions de journées (+1,7%). Le nombre de venues a fortement progressé (+6,1 %). En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est de 33 jours, proche de celle observée en 2011.

Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée décroît de 1,9 % en 2012, 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 par ailleurs des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, en particulier 6 millions de séances de dialyse, 4,5 millions de préparations de chimiothérapie et 4,6 millions de séances de radiothérapie. Enfin, les urgences ont accueilli près de 18,7 millions de passages en 2012.

Selon une étude de la DREES réalisée le 11 juin 2013 dans les 736 accueils des urgences, la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients. Dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. 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. Les lésions traumatiques constituent la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Après un passage aux urgences, les trois quarts des patients rentrent chez eux et 20 % sont hospitalisés.

DÉFINITIONS

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé ; **PMSI** : Programme médicalisé des systèmes d'information.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; **SSR** : Soins de suite et de réadaptation.

USLD : Unités de soins de longue durée.

Hospitalisation complète : comprend les séjours de plus de un jour.

Hospitalisation partielle : concerne les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, ou des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

« Hospitalisation de court-séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », F. Evain, *Études et Résultats*, n° 854, DREES, octobre 2013.

« L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », M.C. Mouquet, DREES, *Document de travail - Série Études et Recherche*, n° 128, novembre 2013.

« Le Panorama des établissements de santé – édition 2014 », DREES, collection Études et statistiques, à paraître.

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

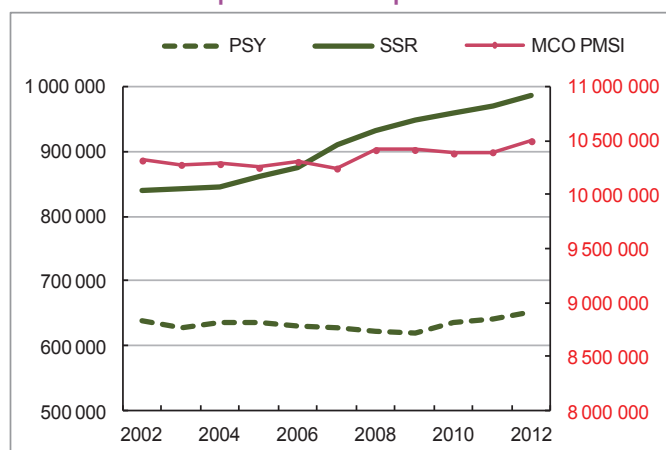
A5.1 Nombre de séjours (entrées et venues) et de journées selon le statut de l'établissement en 2012

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	Évolution 2011-2012	2012	Évolution 2011-2012	2012	Évolution 2011-2012	2012	Évolution 2011-2012
Venues en hospitalisation partielle	7 537 629	1,7%	2 729 013	2,6%	4 462 605	5,8%	14 729 247	3,1%
MCO	2 722 231	2,8%	505 197	4,3%	3 232 140	3,1%	6 459 568	3,1%
Psychiatrie	4 074 142	-0,1%	1 055 118	3,2%	332 708	21,6%	5 461 968	1,6%
Soins de suite et réadaptation	741 256	8,1%	1 168 698	1,4%	897 757	11,2%	2 807 711	6,1%
Entrées en hospitalisation complète	7 772 470	1,2%	1 183 028	0,0%	3 203 308	-1,2%	12 158 806	0,4%
MCO	6 884 632	1,1%	845 206	0,2%	2 767 732	-1,7%	10 497 570	0,2%
Psychiatrie	461 649	1,6%	71 499	-0,7%	120 270	1,4%	653 418	1,3%
Soins de suite et réadaptation	405 622	2,3%	264 945	-0,4%	314 964	1,8%	985 531	1,4%
Soins de longue durée	20 567	4,6%	1 378	0,1%	342	-2,3%	22 287	4,2%
Journées en hospitalisation complète	78 468 007	0,4%	16 857 115	0,4%	27 351 833	0,2%	122 676 955	0,4%
MCO	43 031 445	1,0%	4 789 638	-0,6%	12 413 060	-2,5%	60 234 143	0,1%
Psychiatrie	12 095 275	-0,4%	2 236 151	1,0%	4 331 240	2,2%	18 662 666	0,3%
Soins de suite et réadaptation	13 161 341	1,4%	8 976 944	0,9%	10 419 822	2,9%	32 558 107	1,7%
Soins de longue durée	10 179 946	-2,0%	854 382	-1,0%	187 711	-0,9%	11 222 039	-1,9%

Champ : France métropolitaine et DOM, y compris Service de santé des armées (SSA).

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2011-2012 traitements DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2011-2012 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

A5.2 Entrées en hospitalisation complète



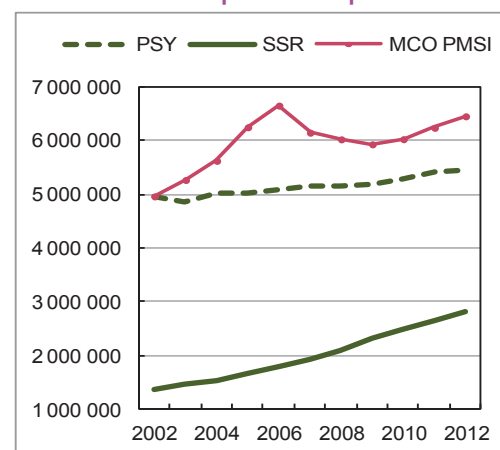
Note de lecture : échelle de gauche : PSY et SSR ; échelle de droite : MCO - PMSI.

Champ : France métropolitaine et DOM hors Service de santé des armées (SSA).

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2002-2012 traitements DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2002-2012 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

Nota Bene : Les séries longues issues du PMSI-MCO doivent être interprétées avec prudence. L'amélioration de l'exhaustivité du recueil, les changements intervenant sur le champ des établissements répondants, ou encore les modifications dans l'algorithme permettant de classer les séjours font qu'il est difficile d'obtenir une évolution à champ constant. Notamment, l'arrêté sur les forfaits "sécurité-environnement" de février 2007 a eu comme effet de sortir du champ du PMSI certains séjours d'hospitalisation partielle, désormais enregistrés en consultations externes. La publication de cet arrêté explique la baisse du nombre de séjours en hospitalisation partielle entre 2006 et 2007.

A5.3 Venues en hospitalisation partielle



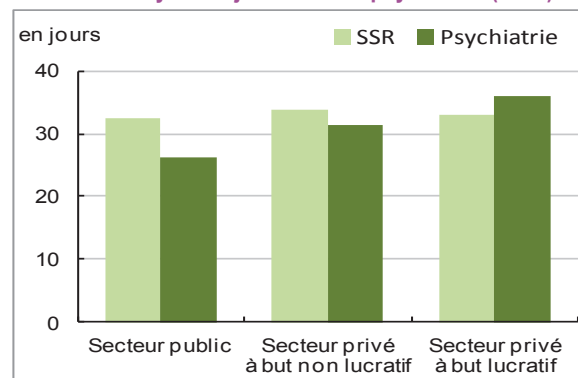
A5.4 Durée moyenne de séjour en MCO en 2012



Champ : France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

A5.5 Durée moy. de séjour : SSR et psychiatrie (2012)



Champ : France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources : DREES, SAE 2012 traitements DREES.

En 2013, la consommation de **soins de médecins de ville** (en cabinets libéraux et dispensaires, et y compris soins des sages-femmes) est évaluée à 20,5 milliards d'euros y compris **ROSP**, qui a remplacé le **forfait CAPI**. Cette rémunération complémentaire est versée aux médecins (généralistes principalement) en avril n+1 au titre de l'activité de l'année n. Dans les Comptes de la santé, la ROSP due au titre de l'année n est comptabilisée dans la CSBM de l'année n. Les montants tous régimes ont été estimés par la CNAMTS à 287 millions d'euros pour l'année 2012 et 335 millions pour l'année 2013. Au total, la consommation des soins de ville de médecins progresse ainsi de 2,2 % en 2013, après +2,4 % en 2012 et +4,0 % en 2011.

Hormis une baisse notable de 1,2 % en 2010 due principalement à l'absence d'épisode grippal, la croissance des volumes fluctue depuis 2009 aux alentours de 2 % par an: +1,9 % en 2012 et +2,1 % en 2013. Plusieurs facteurs expliquent la croissance des volumes :

- l'augmentation du nombre global des actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (qui ont connu une croissance supérieure à 10 % par an de 2005 à 2011) ;
- une déformation de la structure des dépenses vers les soins les plus coûteux, avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes que des généralistes.

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à celle des tarifs ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. La ROSP n'a pas d'effet sur l'indice de prix des soins des médecins puisque celui-ci est calculé sur les honoraires pratiqués et non sur les rémunérations forfaitaires.

Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (passé de 22 à 23 € au 1^{er} janvier), la croissance des prix est restée faible, retrouvant la tendance observée depuis 2009 : +0,1 % en 2013, après +0,5 % en 2012. Hormis l'année 2011, la hausse des prix reste ainsi nettement inférieure à celle du début des années 2000.

Après un net ralentissement en 2012, l'évolution des honoraires moyens des médecins libéraux en activité complète reprend en 2013, pour les généralistes comme pour les spécialistes.

Dans le SNIR, le montant des honoraires moyens des omnipraticiens a progressé de 5,7 % en 2011 sous l'effet de la revalorisation de la consultation. En tenant compte de la ROSP (4 982 € en moyenne par généraliste en 2012 et 5 774 € en 2013 selon la CNAMTS), les honoraires moyens progressent de 3,2 % en 2012 et de 1,7 % en 2013. Les médecins généralistes plébiscitent ce paiement à la performance puisque seulement 5 % d'entre eux n'adhèrent pas au dispositif de la ROSP.

Les honoraires moyens des médecins spécialistes, qui avaient augmenté de 3,6 % en 2011, progressent de 2,2 % en 2012 et de 3,4 % en 2013 (ROSP incluse).

On observe également en 2012-2013 un net ralentissement de la hausse des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 (honoraires libres). Les dépassements par omnipraticien de secteur 2 en activité à part entière (APE) ont augmenté de 1,7 % par an en moyenne entre 2004 et 2011, puis de 1 % en 2012 et 1,2 % en 2013. De même, la hausse des dépassements par spécialiste de secteur 2 en APE, qui est restée très soutenue de 2006 à 2011 avec +5,6 % par an en moyenne, se réduit sensiblement : elle est de 1,7 % en 2012 et de 3,3 % en 2013. Si cette réduction s'observe sur de nombreuses spécialités parmi lesquelles la psychiatrie, l'obstétrique ou l'ORL, elle ne concerne pas la chirurgie ni l'ophtalmologie.

Un accord a été 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 pour tous. Au 1^{er} mars 2014, 10 700 médecins ont signé le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS), par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Il s'agit principalement de médecins spécialistes (75 % des signataires).

DÉFINITIONS

Soins de médecins de ville : dans les Comptes de la santé, ils excluent les honoraires des médecins perçus lors d'hospitalisations en établissement privé ; par ailleurs, l'activité des sages-femmes est comptabilisée avec celle des médecins : en 2012, elle représente 173 millions d'euros en métropole et 14 millions dans les DOM (source SNIR).

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée 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.

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).

POUR EN SAVOIR PLUS

« La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins », *Point d'information*, CNAMTS, avril 2014.

« Les honoraires des médecins libéraux en 2008 : une analyse à partir des déclarations de revenus 2008 », V. Bellamy, *Document de travail – série Sources et Méthodes*, n° 45, DREES, juin 2014.

« Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », S. Massin, A. Paraponaris, M. Bernhard, P. Verger, M. Cavillon, F. Mikol, B. Ventelou, *Études et Résultats*, n° 873, DREES, février 2014.

« Les médecins exerçant en secteur 2 », *Point d'information*, CNAMTS, mai 2011.

A6.1 Consommation de soins de médecins en ville *

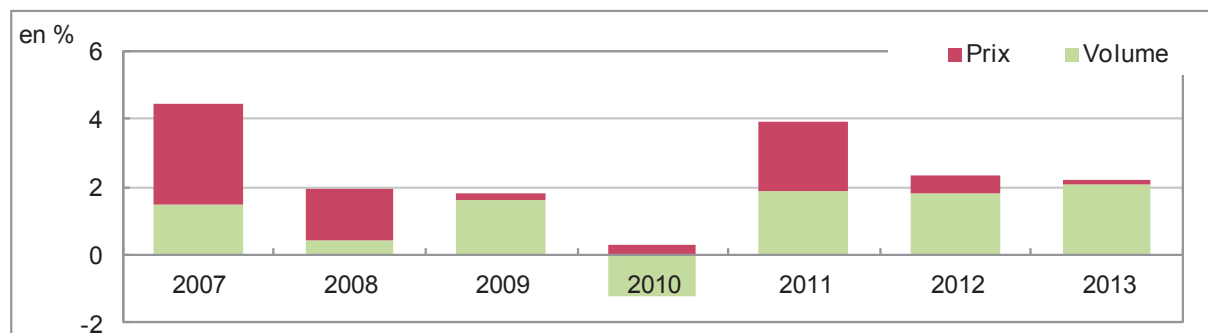
	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012**	2013**
Consommation totale (millions €)	13 233	17 075	17 472	18 263	18 619	18 962	18 797	19 553	20 016	20 464
Evolution du total (en %) Valeur				4,5	1,9	1,8	-0,9	4,0	2,4	2,2
Prix				3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1
Volume				1,5	0,4	1,7	-1,2	1,9	1,9	2,1

* y compris honoraires des sages-femmes (estimés à 221 millions d'euros en 2013).

** y compris rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Sources : DREES, Comptes de la Santé.

A6.2 Évolution de la consommation de soins de médecins en ville *



* y compris honoraires des sages-femmes.

Sources : DREES, Comptes de la Santé – base 2010.

A6.3 Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux

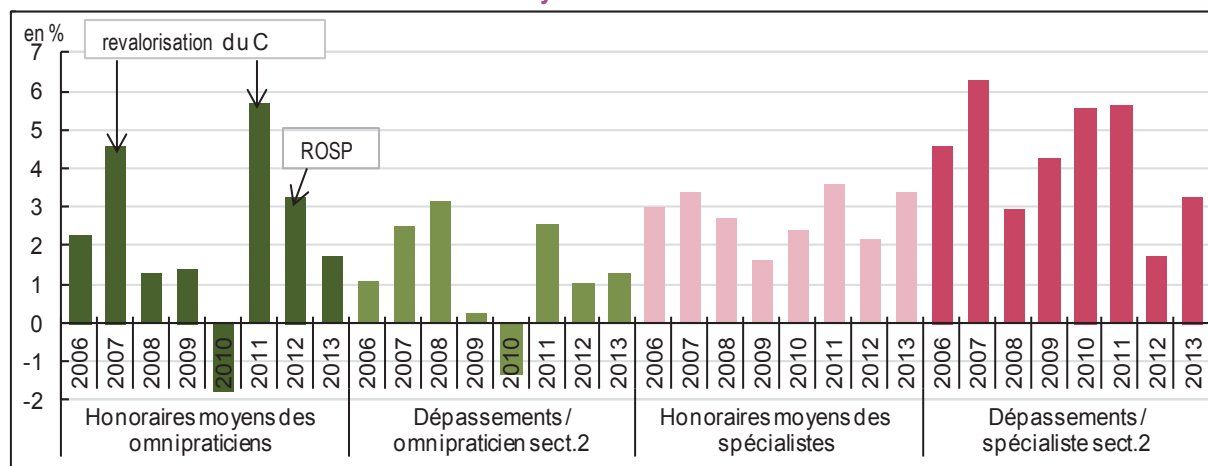
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	2013 *
Généralistes									
Honoraires totaux (millions €/an)	7 463	7 647	8 004	8 097	8 190	8 004	8 367	8 524	8 631
Evolution en %		2,5	4,7	1,2	1,1	-2,3	4,5	1,9	1,3
Dépassements (millions €/an)	358	364	362	367	358	343	329	317	310
Evolution en %		1,7	-0,4	1,3	-2,4	-4,1	-4,3	-3,5	-2,4
Part des dépassements (en %)	4,8	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3	3,9	3,7	3,6
Spécialistes									
Honoraires totaux (millions €/an)	11 096	11 709	12 114	12 450	12 632	12 883	13 256	13 438	13 735
Evolution en %		5,5	3,5	2,8	1,5	2,0	2,9	1,4	2,2
Dépassements (millions €/an)	1 641	1 753	1 884	1 961	2 065	2 144	2 273	2 327	2 410
Evolution en %		6,9	7,5	4,1	5,3	3,9	6,0	2,4	3,6
Part des dépassements (en %)	14,8	15,0	15,6	15,8	16,3	16,6	17,1	17,3	17,5

* Honoraires totaux y compris ROSP pour les années 2012 et 2013.

Champ : honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée ; France métropolitaine.

Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

A6.4 Taux d'évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en APE *



* APE : activité à part entière

Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

Au 1^{er} janvier 2014, le Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense 214 600 médecins en France métropolitaine et 5 200 dans les DOM (y compris Mayotte). En métropole, les médecins libéraux et mixtes (exerçant également une activité salariée) représentent 60 % de l'ensemble des médecins.

Le SNIR compte 114 000 médecins libéraux, soit 0,5 % de moins qu'en 2013 ; 52 % d'entre eux sont des omnipraticiens. Entre 2002 et 2014, le nombre d'omnipraticiens libéraux a diminué de 2 % tandis que le nombre de spécialistes libéraux augmentait de 1,8 %.

Parmi les médecins libéraux de secteur 1, le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,1 %) pour la 4^{ème} année consécutive ; celui des spécialistes recule de 1,8 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2003. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 4,3 % des effectifs, qui s'accroît au fil des ans ; le nombre des spécialistes progresse (+1,2 % en 2014), mais à un rythme plus faible que sur la période 2005-2008. La part des spécialistes exerçant en secteur 2 atteint 42,7 % en 2014, alors qu'elle n'est plus que de 9,6 % chez les généralistes. Au total, un médecin sur quatre peut pratiquer des honoraires libres, soit une proportion globale identique à celle de 2000, même si la structure entre généralistes et spécialistes s'est sensiblement modifiée depuis.

Au 1^{er} janvier 2014, la densité moyenne de praticiens est de 337 médecins pour 100 000 habitants en métropole (250 dans les DOM). Elle est maximale en région PACA avec 410 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (398). La densité de médecins est plus élevée dans le sud de la France que dans les régions du nord et du centre. Toutefois, ces inégalités de répartition se sont réduites depuis 20 ans : seules 4 régions ont des densités de 15 % inférieures à la moyenne contre 10 régions en 1990. L'offre est variable selon les régions :

en Île-de-France, on compte 61 % de spécialistes pour 39 % d'omnipraticiens en 2013, tandis que les omnipraticiens sont plus nombreux (52 %) que les spécialistes en Franche-Comté, en Picardie ou en Poitou-Charentes.

Les villes ont également des densités plus fortes que les communes rurales : la densité de médecins dépasse 500 pour 100 000 dans les grandes agglomérations et descend au-dessous de 200 dans les communes de moins de 5 000 habitants.

La population des médecins vieillit : l'âge médian est de 52 ans en 2014 contre 40 ans en 1990. Parallèlement, la profession continue de se féminiser : elle compte 42,8 % de femmes en 2014 contre 30 % en 1990. En 2014, les femmes représentent 28 % des praticiens de 60 ans et plus, mais 60 % des praticiens de moins de 40 ans. Cette tendance va perdurer car 63 % des nouveaux internes étaient des femmes en 2011. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent le tiers des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés.

Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie, endocrinologie, médecine du travail ou génétique (à 70 %), dermatologie ou pédiatrie (à 66 %). Et si 3 chirurgiens sur 4 sont des hommes en 2014, le nombre de femmes chirurgiens augmente parmi les plus jeunes, notamment en obstétrique ou en ophtalmologie : 81 % des obstétriciens et 56 % des ophtalmologues de moins de 35 ans sont des femmes.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2009, puis se sont légèrement tassés en 2010-2011. Si le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2012 n'a pas permis d'analyser l'évolution 2011-2012, on observe une très légère hausse entre 2012 et 2014 : +0,3 %.

DÉFINITIONS

RPPS : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins ; il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2014 téléchargeables sur le Data DREES à l'adresse :

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

« Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012 », *Études et Résultats*, n° 852, DREES, septembre 2013.

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

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

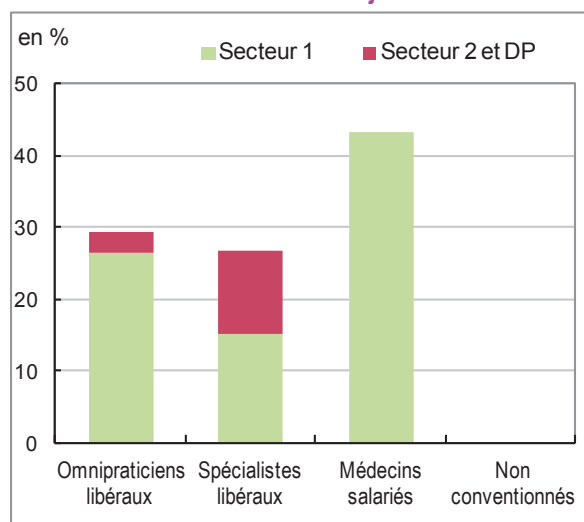
« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

A7.1 Effectif de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

SNIR	au 1 ^{er} janvier								Evolution 2013/2014
	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	
Omnipraticiens libéraux	60 949	60 761	60 975	61 294	61 315	60 422	60 043	59 757	-0,5%
Secteur 1	51 873	52 136	52 602	53 289	53 734	53 407	53 331	53 297	-0,1%
Secteur 2	8 376	7 866	7 552	7 196	6 798	6 279	5 992	5 733	-4,3%
DP *	53	34	28	24	21	16	12	12	0,0%
Non conventionnés	647	725	793	785	762	720	708	715	1,0%
Spécialistes libéraux	53 293	53 104	53 651	54 315	54 663	54 571	54 551	54 263	-0,5%
Secteur 1	33 157	32 769	32 597	32 503	32 156	31 586	31 261	30 699	-1,8%
Secteur 2	19 047	19 511	20 387	21 262	22 047	22 581	22 922	23 188	1,2%
DP *	1 005	725	539	411	316	242	209	187	-10,5%
Non conventionnés	84	99	128	139	144	162	159	189	18,9%
ADELI - RPPS	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	Evolution 2013/2014
Médecins libéraux et mixtes	119 136	120 584	121 634	122 145	122 778	126 952	127 244	127 399	0,1%
Médecins salariés	79 564	82 903	85 643	86 104	84 679	84 868	85 983	87 195	1,4%
dont salariés hospitaliers	56 518	59 130	61 797	63 628	60 697	57 432	60 433	61 447	1,7%
Ensemble	198 700	203 487	207 277	208 249	207 457	211 820	213 227	214 594	0,6%

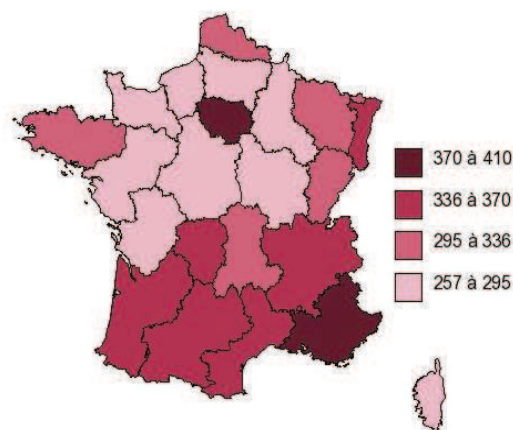
* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.
Sources : CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI 2002-2010 et RPPS 2012-2014.

A7.2 Effectif des médecins au 1er janvier 2014



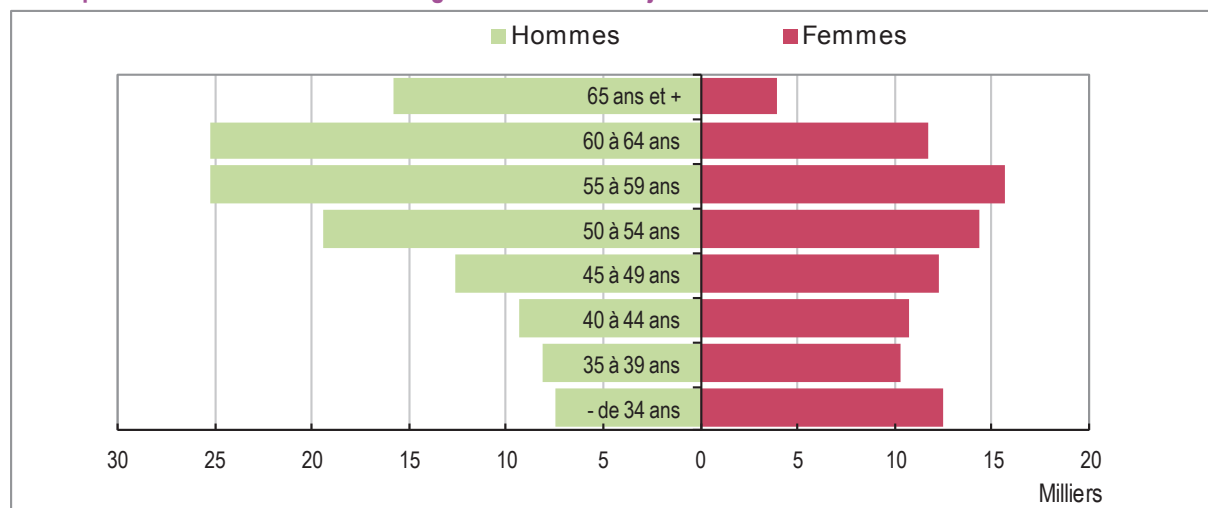
Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine.

A7.3 Densité de médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2014



Sources : DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

A7.4 Répartition des médecins selon l'âge et le sexe au 1er janvier 2014



Sources : DREES, RPPS 2014.

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 10,6 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 1,5 % en valeur par rapport à 2012. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, la croissance de ce poste a tendance à ralentir depuis 2005. Toutefois, la dynamique réelle de ce poste est difficile à appréhender en raison du développement d'actes hors nomenclature dentaire qui échappent à ce jour à la statistique publique. Le prix des soins dentaires progresse de 0,8 % en 2013, après avoir augmenté de 0,9 % en 2012 et 1,1 % en 2011. L'évolution des volumes a elle aussi ralenti depuis deux ans : +0,9 % en 2012 et +0,6 % seulement en 2013.

Les honoraires totaux (soins conservateurs et soins prothétiques) qui progressaient en moyenne d'un peu plus de 2 % par an depuis 2006 ont aussi vu leur dynamique ralentir en 2012-2013. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50 % depuis 2009 et atteint un niveau très élevé en 2013 (53,2 %). À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues est de 45,6 % contre 17,6 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les soins conservateurs ne sont pas facturés en dépassement ; les dépassements en soins dentaires sont en effet concentrés sur les prothèses dentaires (SPR) et sur les actes d'orthodontie (TO).

L'avenant 2 à la convention nationale prévoyait des revalorisations des soins dentaires : l'examen de prévention bucco-dentaire des jeunes a été revalorisé à 30 € en février 2013, ainsi que le tarif de la consultation, porté à 23 €. Les revalorisations des soins conservateurs et la rénovation de la CCAM dentaire prévues à l'avenant 3 signé en juillet 2013 ont été reportées à juin 2014.

Au 1er janvier 2014, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux dans le **SNIR** est de 36 100 en métropole, soit 0,3 % de plus qu'en 2013. Dans le Répertoire partagé des professionnels de santé - **RPPS**, on compte 40 300 chirurgiens-dentistes en métropole (soit 0,8 % de plus qu'en 2013), dont 36 200 en exercice libéral ou mixte. Le ralentissement de la croissance démographique, ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 46 ans en 2014), sont consécutifs à la mise en place du *numerus clausus* institué en 1971, qui a fortement réduit le nombre de places pour les étudiants entre 1985 et 1995. La profession devrait cependant rajeunir après 2015.

Environ 89 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Cependant, avec les départs à la retraite non compensés, certains cabinets libéraux pourraient disparaître.

Bien qu'elle reste la moins féminisée des professions de santé réglementées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % au 1er janvier 2008 à 41,3 % au 1er janvier 2014. Et, 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.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe des écarts de densité entre le Nord et le Sud du pays. Au 1er janvier 2014, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,4 pour 100 000 habitants en métropole. Mais 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, on recense 851 chirurgiens-dentistes dans les DOM, soit 44 pour 100 000 habitants.

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, il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011 ; le RPPS recense 1 480 praticiens chirurgiens-dentistes de moins que le répertoire Adeli à la date du basculement, soit un écart de 3,5 %. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

« Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le jeune âge », L. Calvet, M. Moisy, O. Chardon, L. Gonzalez, N. Guignon, *Études et résultats*, n° 847, DREES, juillet 2013.

« La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 595, DREES, septembre 2007.

A8.1 Consommation de soins dentaires

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consommation totale (millions €)	6 693	9 016	9 063	9 320	9 511	9 658	9 992	10 291	10 484	10 637
Evolution (en %) Valeur				2,8	2,0	1,5	3,5	3,0	1,9	1,5
Prix				1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8
Volume				1,5	0,2	0,4	2,2	1,9	0,9	0,6

Sources : DREES, Comptes de la santé (France entière).

A8.2 Honoraires et dépassements des chirurgiens-dentistes libéraux *

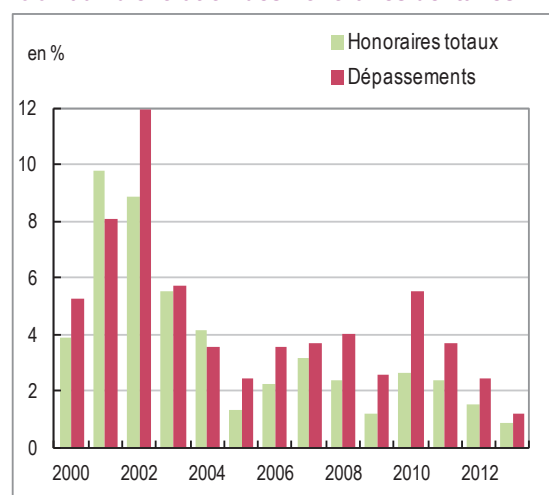
SNIR	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
Honoraires et soins totaux (M€/an)	7 215	6 840	7 515	7 780	8 211	8 526	8 863	8 939
Evolution en %	5,5	8,9	4,2	2,2	2,3	2,6	1,5	0,9
Dépassements / tarif opposable (M€/an)	3 454	3 266	3 575	3 792	4 087	4 423	4 698	4 752
Evolution en %	5,7	12,0	3,5	3,5	4,0	5,5	2,4	1,2
Part des dépassements	47,9%	47,8%	47,6%	48,7%	49,8%	51,9%	53,0%	53,2%
Honoraires annuels moyens ** (k€/an)	158,1	190,8	208,5	216,4	230,1	241,1	238,6	255,2

* Honoraires et soins remboursables des dentistes libéraux en France métropolitaine.

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

Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

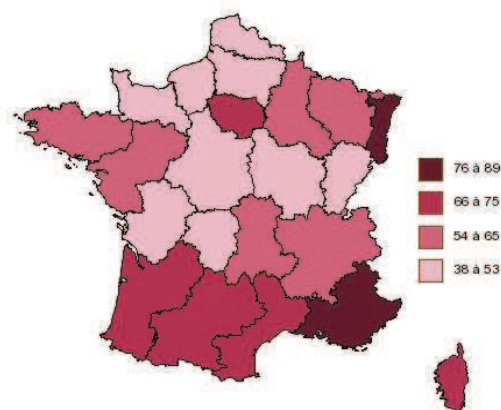
A8.3 Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources : CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

A8.4 Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

au 1er janvier 2014



Sources : DREES, RPPS ; INSEE pour la population

A8.5 Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

au 1er janvier

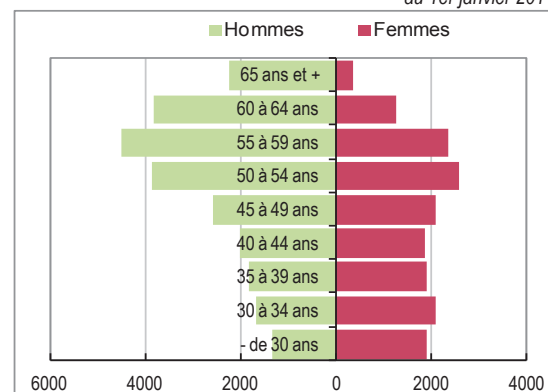
SNIR	2008	2010	2012	2014
Chir. dentistes libéraux	36 642	36 237	35 955	36 068
Conventionnés	36 207	35 845	35 609	35 749
DP	331	276	236	217
Non conventionnés	104	116	110	102
ADELI - RPPS	2008	2010	2012	2014
Total chirurgiens-dentistes	41 422	40 930	39 805	40 335
Dentistes libéraux ou mixtes	37 693	37 078	36 039	36 228
Dentistes salariés	3 729	3 852	3 766	4 107
dont salariés hospitaliers	445	465	349	442

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADELI - RPPS ; CNAMTS, SNIR.

A8.6 Répartition des chirurgiens-dentistes

au 1er janvier 2014



Sources : DREES, RPPS.

La majeure partie de l'activité des sages-femmes s'exerce en établissement. Elle est donc comptabilisée dans la dépense hospitalière, publique et privée. La consommation de soins de sages-femmes en ville (sages-femmes libérales et centres de santé) est habituellement agrégée à celle des soins de médecins, car son montant est relativement peu élevé : il est estimé à 221 millions d'euros en 2013.

Depuis 2008, cette consommation est particulièrement dynamique, puisque son rythme de croissance annuel moyen reste supérieur à 7 %. La croissance est particulièrement forte en 2013 (+16,9 % par rapport à 2012) avec la montée en puissance du dispositif **PRADO** (Programme de retour à domicile organisé) qui organise la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de maternité. En effet, en 2013, le montant des consultations et visites a triplé par rapport à 2012 tandis que les honoraires pour suivi de grossesse augmentaient de 9 %.

Au 1^{er} janvier 2014, le RPPS (Répertoire Partagé des professions de santé) recense près de 19 800 sages-femmes en France métropolitaine et 1 000 dans les DOM (y compris Mayotte). Ce chiffre n'a cessé de croître. Les effectifs de sages-femmes ont progressé de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2008 en métropole et de 5 % par an dans les DOM. Le rythme de croissance demeure soutenu sur la période récente avec +3,6 % en 2011, +3,6 % en 2012 et +2,7% en 2013 ; dans les DOM, il est de +5,0 % en 2012 et +3,7 % en 2013

Les trois quarts des sages-femmes sont salariées, dont 92 % en établissement hospitalier où elles pratiquent principalement des accouchements. Les sages-femmes libérales représentent 23,6 % des effectifs de la profession ; leur activité est majoritairement constituée par les cours de préparation à la naissance, la rééducation périnéale, ainsi que les visites et consultations de suivi de grossesse. La croissance des effectifs des sages-femmes libérales est plus rapide que celle des sages-femmes salariées ; entre 2000 et 2010, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté de 7 % par an en moyenne, contre +2,4 % pour les salariées. Ce rythme s'est accéléré pour les sages-femmes libérales ces 3 dernières années puisqu'il est supérieur à 10 % depuis 2011.

Il s'agit d'une profession très féminine puisque 97,5 % des effectifs sont des femmes en 2014. L'âge moyen de la profession de sage-femme est de 40,2 ans. Les sages-femmes sont en moyenne un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (39 ans) qu'en cabinet libéral (43,5 ans).

La densité de sages-femmes se mesure généralement par rapport au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans. La répartition des sages-femmes en métropole apparaît assez homogène : en effet, les écarts de densité régionale varient seulement de 1 à 1,5 en 2014. La densité de sages-femmes est maximale en Franche-Comté où l'on compte 173 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans alors que l'on n'en recense que 111 en Île-de-France, pour une moyenne de 139 en métropole. Ces écarts de densité entre régions ont différentes causes : nombre relatif de naissances par femmes en âge de procréer, importance relative des obstétriciens....

La répartition des sages-femmes libérales est plus inégale, puisque que les écarts vont de 1 à 4. Pour les sages-femmes salariées comme pour les sages-femmes libérales, ce sont les régions du Nord de la France pour lesquelles la densité est la plus faible.

Dans les DOM, la densité de sages-femmes est plus importante qu'en métropole : elle est de 171 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans les Antilles, de 194 dans l'océan indien (Réunion-Mayotte) et de 251 en Guyane. Il faut cependant noter que le taux brut de natalité est nettement plus fort dans les DOM qu'en métropole : 17,5 naissances pour 1000 habitants dans les DOM, contre 12,4 en métropole.

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. Sous l'hypothèse de comportements d'activité constants, le nombre de sages-femmes devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu. En 2030, une sur trois exercerait en libéral. Du fait d'une diminution annoncée du nombre de gynécologues-obstétriciens entre 2011 et 2020 et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes (dispositif PRADO par exemple), l'activité des sages-femmes pourrait continuer d'évoluer.

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. A terme, il pourrait permettre un raccourcissement de la durée de séjour en maternité.

POUR EN SAVOIR PLUS

- « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », D. Sicart, *Document de travail – série Statistiques*, DREES n° 189, juin 2014.
- « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », M. Cavillon, *Études et résultats*, DREES n° 791, mars 2012.
- « Le parcours des étudiants en école de sages-femmes », S. Jakoubovitch, *Études et résultats*, DREES n° 768, juillet 2011.

A9.1 Consommation de soins de sages-femmes en ville

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soins de sages-femmes (en millions €)	127	127	137	148	160	172	189	221
Evolution (en %)		0,4	7,8	8,3	8,1	7,1	9,9	16,9

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A9.2 Honoraires des sages-femmes libérales

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Honoraires totaux (millions €)	106,9	114,4	125	137	148	159	173	201
Evolution (en %)		7,0	9,7	9,1	8,3	7,5	8,8	16,2
Honoraires moyens par an * (k€)	49,1	49,1	49,6	49,6	50,2	50,9	51,2	54,1
Evolution (en %)		0,1	1,0	0,0	1,1	1,3	0,7	5,6

* professionnel en APE (activité à part entière).

Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine, calculs DREES.

A9.3 Effectifs des sages-femmes (France entière)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Ensemble des sages-femmes	14 862	15 688	16 765	17 695	18 755	20 040	19 535	20 772
Métropole	14 353	15 122	16 134	16 995	17 998	19 208	18 609	19 764
Salariés hospitaliers	11 374	11 748	12 629	13 134	13 721	14 355	13 484	13 833
Autres salariés	1 041	1 242	1 146	1 243	1 297	1 366	1 374	1 264
Libéraux	1 938	2 132	2 359	2 618	2 980	3 487	3 751	4 667
DOM	509	566	631	700	757	832	926	1 008

au 1^{er} janvier

Sources : DREES, ADELI jusqu'en 2010, RPPS à partir de 2011.

A9.4 Les sages-femmes par mode d'exercice

	Effectifs	Répartition	Age moyen
Ensemble	19 764	100,0 %	40,2
Sages-femmes libérales	4 667	23,6 %	43,5
Salariés hospitaliers du public et des ESPIC *	11 532	58,3 %	38,7
Salariés hospitaliers du privé	2 409	12,2 %	40,3
Autres salariés	1 156	5,8 %	42,9

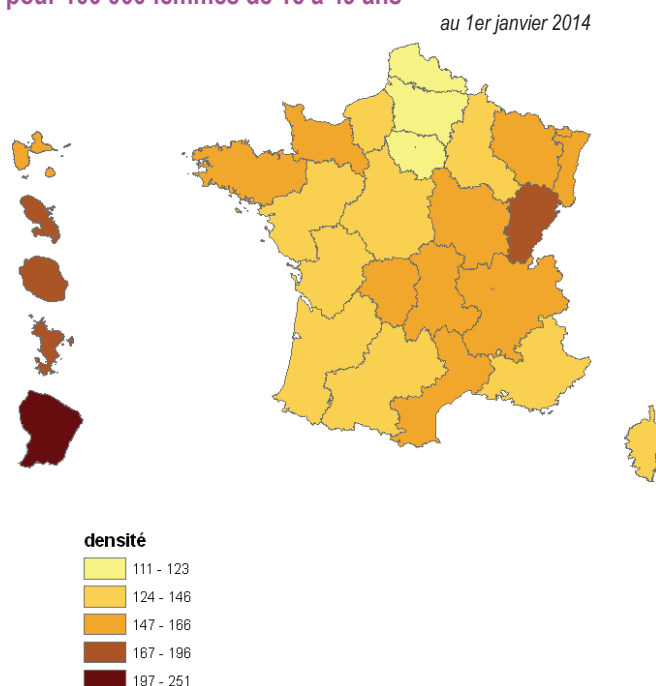
au 1^{er} janvier 2014

* ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, RPPS

A9.5 Densité des sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans



Sources : DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

La consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) constitue l'un des postes les plus dynamiques de la CSBM. Elle s'élève à 6,8 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 7,2 % en valeur par rapport à 2012, après +7,6 % en 2012 et +5,3 % en 2011. Avec la revalorisation des tarifs des actes infirmiers intervenue le 1^{er} mai 2012, le prix des soins infirmiers a augmenté de 1,1 % en 2012, puis de 0,8 % en 2013. La croissance en volume s'établit à +6,4 % en 2013 comme en 2012 ; on constate ainsi une reprise de la tendance à la hausse des volumes depuis 2010 alors que celle-ci avait ralenti en 2008.

Le prix des soins infirmiers augmente très légèrement en 2013 avec l'effet « année pleine » de la revalorisation intervenue fin mai 2012, conformément à l'avenant 3 de la convention nationale de la profession. Si le tarif des actes cotés **AMI** est resté de 3,15 € et celui des actes cotés **AIS** de 2,65 €, celui de l'indemnité forfaitaire de déplacement est passé de 2,30 € à 2,50 €. De nouvelles majorations ont été créées : majoration pour acte réalisé de façon unique (MAU – 1,35 €), et majoration de coordination de soins palliatifs ou de réalisation de pansements complexes à domicile (MCI – 5 €). Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € par acte est appliquée ; elle est plafonnée à 2 € par jour et à 50 € par an (y compris franchises sur les actes des autres auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports). Parmi les prestations versées par le régime général en 2013, les AMI représentent 44 % du montant des prestations ; viennent ensuite les AIS (37 %), puis les frais de déplacement (19 %).

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire ADELI recense 600 200 infirmiers en France métropolitaine et 16 600 dans les DOM (y compris Mayotte). Ce chiffre n'a cessé de croître. Les effectifs infirmiers ont progressé de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2008 ; le rythme de croissance observé ces dernières années est plus élevé encore avec +3,6 % en 2011, +4,9 % en 2012 et +3,6 % en 2013.

Les infirmiers salariés représentent 83,6 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 16,4 %, mais depuis cinq ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+6,5 % en moyenne) est presque

deux fois plus rapide que celle des infirmiers salariés (+3,5 %). Le secteur hospitalier emploie la plus grande partie (81 %) des effectifs salariés.

La profession est très féminine puisque 87,1 % des effectifs sont des femmes en 2014. Cette part atteint même 91,6 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. Par contre, les femmes sont un peu moins représentées dans l'exercice libéral de la profession : 83,7 %.

L'âge moyen de la profession d'infirmier est de 43,3 ans. Les infirmiers sont en moyenne un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (42,6 ans) qu'en cabinet libéral (45,2 ans).

On observe une répartition très inégale des infirmiers libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 5 en 2014. La Corse compte 390 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France n'en recense que 75, pour une moyenne de 146 en métropole. Les régions du Nord sont moins bien dotées en infirmiers libéraux que les régions du Sud de la France. Dans les 4 régions où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 220 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), la part de la population âgée de 60 ans ou plus (de l'ordre de 26 % selon le recensement 2010) est plus élevée que la moyenne (23 %) ; l'inégale répartition des EHPAD sur le territoire pourrait aussi contribuer à expliquer en partie ces écarts.

On observe, en outre, que les infirmiers libéraux de 50 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux dans la région où la densité d'infirmiers est plus élevée. Des départs à la retraite plus nombreux conjugués avec des mesures incitatives à l'installation dans les régions actuellement sous-dotées devraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers libéraux dans les prochaines années. La dernière convention nationale signée en 2007 par la profession et complétée depuis à plusieurs reprises par avenants a mis en œuvre notamment le versement d'une aide financière à l'installation en zone sous dotée ainsi que la prise en charge d'une partie des cotisations sociales.

DÉFINITIONS

AMI : Actes médicaux infirmiers classiques tels que pansements ou piqûres.

AIS : Actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

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

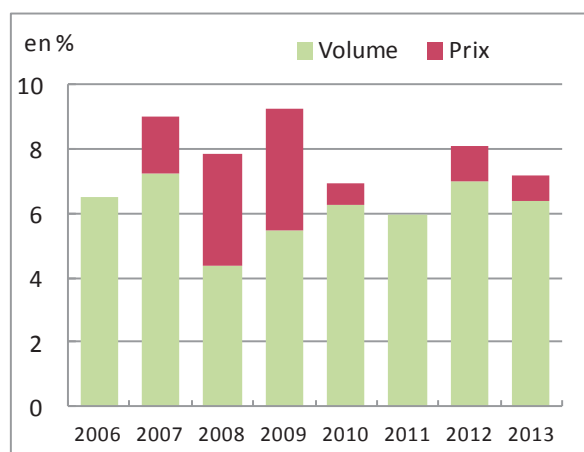
A10.1 Consommation de soins infirmiers

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soins infirmiers* (en millions €)	2 692	3 990	4 119	4 470	4 798	5 249	5 605	5 900	6 348	6 807
Evolution (en %) Valeur				8,5	7,3	9,4	6,8	5,3	7,6	7,2
Prix				1,8	3,5	3,8	0,7	0,0	1,1	0,8
Volume				6,6	3,7	5,4	6,0	5,3	6,4	6,4
Pour mémoire SSIAD	602	1 017	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538
Evolution SSIAD (en %)			11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6

* hors SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) depuis la base 2005.

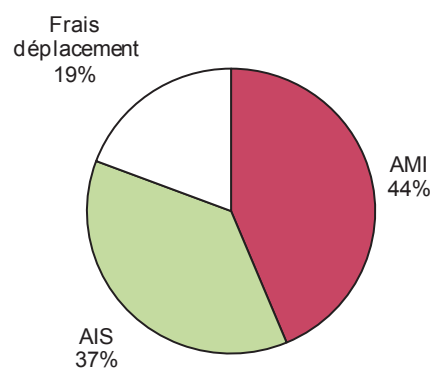
Source : DREES, Comptes de la santé.

A10.2 Taux d'évolution des soins infirmiers



Source : DREES, Comptes de la santé.

A10.3 Structure des prestations de soins infirmiers en 2013



Source : CNAMTS, Régime général.

A10.4 Effectifs des infirmiers (France entière)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Ensemble des infirmiers	389 548	418 571	478 483	478 483	487 663 *	528 389	567 564	616 796
Métropole	382 926	410 859	469 011	469 011	476 897 *	515 754	552 908	600 170
Salariés hospitaliers	278 496	299 013	343 528	343 528	340 959 *	362 831	380 315	405 372
Autres salariés	47 407	53 256	60 261	60 261	66 319	75 733	85 357	96 549
Libéraux	57 023	58 590	65 222	65 222	69 619	77 190	87 236	98 249
DOM	6 622	7 712	9 472	9 472	10 766	12 635	14 656	16 626

au 1^{er} janvier

* rupture de série : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Source : DREES, ADELI.

A10.5 Les infirmiers par mode d'exercice

au 1^{er} janvier 2014

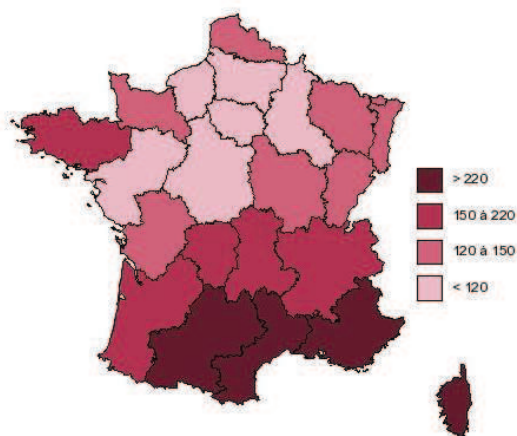
	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	600 170	100,0 %	87,1 %
Infirmiers libéraux	98 249	16,4 %	83,7 %
Salariés hospitaliers du public (y compris ESPIC ex-DG)	341 204	56,9 %	86,4 %
Salariés hospitaliers du privé	64 168	10,7 %	89,8 %
Salariés EHPA-EHPAD	28 484	4,7 %	91,8 %
Salariés établis. handicapés	6 689	1,1 %	90,9 %
Autres salariés	61 376	10,2 %	90,5 %

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, ADELI.

A10.6 Densité des infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

au 1^{er} janvier 2014



Source : DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

La consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes en ville (libéraux et centres de santé) constitue, comme celle des infirmiers, un poste dynamique de la CSBM. Elle s'élève à 5,2 milliards d'euros en 2013, en hausse de 5,7 % par rapport à 2012 ; les volumes augmentent de 2,2 % et les prix de 3,4 %.

En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes, qui étaient restés inchangés depuis 2004 malgré la signature d'une nouvelle convention en 2007 (dont la revalorisation s'était traduite par une hausse du nombre de coefficients et non des tarifs de certains actes), ont fait l'objet d'une revalorisation au 1^{er} juillet 2012 : le tarif de l'**AMC-AMK-AMS** est passé de 2,04 € à 2,15 € et l'indemnité forfaitaire de déplacement de 2,30 € à 2,50 €. Les prix ont ainsi augmenté de 3,0 % en 2012, puis de 3,4 % en 2013 avec l'effet « année pleine » de la revalorisation.

Le rythme de progression des volumes de soins de kinésithérapie a sensiblement ralenti à partir de 2008 : alors qu'il avait progressé de 6 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, la hausse est inférieure à 4 % depuis 2009. Ce ralentissement est en partie dû aux mesures de maîtrise médicalisée (accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes, référentiels...).

Parmi les prestations versées par le régime général en 2013, les plus importantes sont les AMS (rééducation ostéo-articulaire) qui représentent 61 % du montant des prestations et les AMK (30 %). Les frais de déplacement représentent 6 % de la dépense et les AMC effectués en établissement 3 %.

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire **ADELI** recense 78 100 masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine et 2 700 dans les DOM (y compris Mayotte). Ces chiffres n'ont cessé de croître. Entre 2000 et 2008, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 2,7 % par an en moyenne, passant de 53 000 à 66 000. Le rythme de croissance annuel augmente plus fortement depuis :

+3,2 % en moyenne entre 2009 et 2012, et +3,7 % en 2013. Le nombre de kinésithérapeutes libéraux augmente plus rapidement que celui des salariés : +3,8 % pour les effectifs libéraux en 2014 contre +2,8 % pour les effectifs salariés.

La grande majorité des kinésithérapeutes exerce en secteur libéral : c'est le cas pour 79 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2014. L'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes. Le secteur hospitalier emploie la plus grande partie (81 %) des effectifs salariés.

Les femmes sont désormais presque aussi nombreuses que les hommes : on compte en effet 50,4 % d'hommes et 49,6 % de femmes en 2014, alors que leur part était seulement de 42 % en 2000. Les hommes sont toutefois plus nombreux (55,2 %) que les femmes (44,8 %) dans l'exercice libéral de la profession. Inversement, 68 % des kinésithérapeutes salariés d'établissements hospitaliers sont des femmes.

L'âge moyen de la profession masseur-kinésithérapeute est de 42,3 ans. Les kinésithérapeutes sont en moyenne un peu plus jeunes dans les cabinets libéraux (41,7 ans) que dans les établissements hospitaliers (44,5 ans).

On observe une répartition assez inégale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 2,5 en 2014. La densité moyenne en métropole en 2013 est de 123 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes (entre 150 et 180) s'observent dans les régions du Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Midi-Pyrénées. Mais, contrairement aux infirmiers, cette densité est également importante en Île-de-France et en Nord-Pas-de-Calais.

Dans les DOM, on compte 133 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants dans les Antilles et 175 à La Réunion.

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

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

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

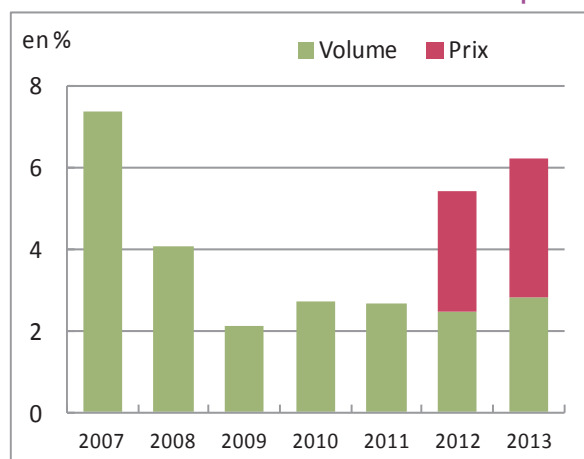
« Les masseurs-kinésithérapeutes en France : situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », S. Darriné, *Études et résultats*, n° 242, DREES, juin 2003.

A11.1 Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soins de kinésithérapie (en millions €)	2 584	3 809	3 873	4 157	4 327	4 419	4 539	4 659	4 933	5 212
Evolution (en %)	Valeur			7,4	4,1	2,1	2,7	2,7	5,9	5,7
	Prix			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4
	Volume			7,4	4,1	2,1	2,7	2,7	2,8	2,2

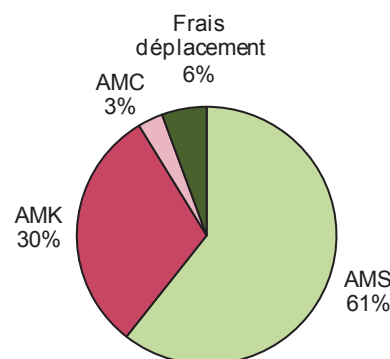
Source : DREES, Comptes de la santé.

A11.2 Taux d'évolution des soins de kinésithérapie



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A11.3 Structure des prestations de kinésithérapie (2013)



Sources : CNAMTS, Régime général.

A11.4 Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes	52 959	56 440	59 895	63 431	65 931	70 845	75 164	80 759
Métropole	52 056	55 348	58 642	61 999	64 327	68 923	72 870	78 061
Libéraux	40 329	43 236	46 081	48 919	50 984	54 274	57 370	61 618
Salariés hospitaliers	9 246	9 785	10 259	10 668	10 982	11 976	12 520	13 247
Autres salariés	2 481	2 327	2 302	2 412	2 361	2 673	2 980	3 196
DOM	903	1 092	1 253	1 432	1 604	1 922	2 294	2 698

Source : DREES, ADELI.

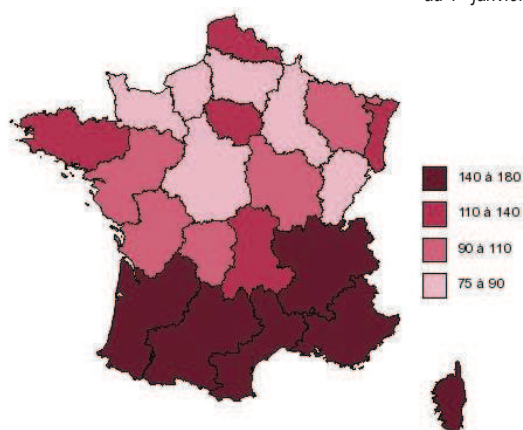
A11.5 Les kinésithérapeutes par mode d'exercice

au 1^{er} janvier 2014

	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	78 061	100,0 %	49,6 %
Kinésithérapeutes libéraux	61 618	78,9 %	44,8 %
Salariés hospitaliers	13 247	17,0 %	67,9 %
Autres salariés	3 196	4,09 %	66,0 %

Champ : France métropolitaine.
Source : DREES, ADELI.

A11.6 Densité des masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

au 1^{er} janvier 2014

Source : DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

En base 2010, les actes des pédicures-podologues remboursables par l'assurance maladie ont été ajoutés aux soins d'auxiliaires médicaux.

La consommation de soins des autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues) s'est élevée à 1,1 milliard d'euros en 2013. Elle augmente de 7 % en valeur, après +5,6 % en 2012. Cette hausse est en partie due à la revalorisation des tarifs des soins d'auxiliaires intervenue fin 2012, dont l'effet porte principalement sur 2013 : le prix moyen des soins des orthophonistes et des orthoptistes augmente ainsi de 3,7 % tandis que la hausse en volume reste soutenue : +3,2 % par rapport à 2012.

La consommation de soins d'**orthophonistes** s'élève à 965 millions d'euros en 2013. Ils progressent de 6,5 % en valeur ; les prix augmentent de 3,8 % et les volumes de 2,6 % par rapport à 2012. Ce rythme de progression des volumes est quasiment constant depuis huit ans. C'est en novembre 2012 que les actes des orthophonistes ont été revalorisés : le tarif de l'**AMO** est passé de 2,40 € à 2,50 € et l'indemnité forfaitaire de déplacement à 2,50 € ; 4 cotations d'actes à la **NGAP** ont également été revalorisées.

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire **ADELI** recense 22 000 orthophonistes en France métropolitaine et près de 700 dans les DOM (y compris Mayotte). Depuis 2002, l'effectif des orthophonistes augmente de 3,6 % par an en moyenne. La hausse est de 3,8 % en 2013.

La grande majorité des orthophonistes exerce en secteur libéral : c'est le cas pour 81 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2014. Il s'agit d'une profession très féminisée puisque 96,5 % des orthophonistes sont des femmes.

Au 1^{er} janvier 2014, la densité moyenne en métropole est de 35 orthophonistes pour 100 000 habitants. Les

densités les plus fortes (entre 39 et 44) s'observent dans les régions du Sud de la France (Languedoc-Roussillon, PACA et Midi-Pyrénées) ainsi qu'en Nord-Pas-de-Calais.

En 2013, les soins d'**orthoptistes** sont évalués 141 millions d'euros, soit une hausse de 9,4 % en valeur ; les prix augmentent de 3,4 % et les volumes de 5,8 % par rapport à 2012. Le prix des actes des orthoptistes a également augmenté en novembre 2012, le tarif de l'**AMY** passant de 2,50 € à 2,60 € ; plusieurs cotations d'actes à la NGAP ont également été revalorisées.

Au 1^{er} janvier 2014, on compte 3 900 orthoptistes en France métropolitaine dans le répertoire ADELI et près de 100 dans les DOM (y compris Mayotte). La croissance des effectifs d'orthoptistes est de 4,4 % en moyenne entre 2000 et 2012 et de 5 % en 2013. La densité moyenne en métropole est de 6 orthoptistes pour 100 000 habitants. En 2014, 68 % des orthoptistes exercent à titre libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine, à 90 %.

Enfin, en base 2010, les soins de **pédicures-podologues** pris en charge par l'assurance maladie, en rapide progression, ont été inclus dans les soins d'auxiliaires médicaux. Évalués à 5 millions en 2006, ils ont quadruplé en sept ans pour atteindre 20 millions d'euros en 2013. 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 34 % des honoraires de base selon le **SNIR** 2013.

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.

DÉFINITIONS

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles.

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les professionnels de santé.

AMK : Actes de kinésithérapie.

AMC : Actes de kinésithérapie effectué en établissement.

AMO : Actes d'orthophonie.

AMY : Actes d'orthoptie.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

A12.1 Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble (en millions €)	511	753	771	806	864	904	955	996	1 052	1 126
Orthophonistes	457	670	674	704	755	783	825	858	906	965
Orthoptistes	55	83	91	96	101	110	116	123	129	141
Pédicures-podologues			5	6	7	11	13	16	18	20
Evolution de l'ensemble	Valeur			4,5	7,2	4,7	5,6	4,3	5,6	7,0
(en %)	Prix			0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,7	3,7
	Volume			4,5	6,0	4,7	5,6	4,3	4,9	3,2

Sources : DREES, Comptes de la santé.

A12.2 Évolution des soins d'orthophonistes et d'orthoptistes



Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix

A12.3 Effectifs des autres auxiliaires médicaux

au 1^{er} janvier

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	Part des femmes en 2014 (en %)
Métropole									
Orthophonistes	13 483	14 323	15 357	16 551	17 799	19 247	20 611	22 070	96,5
Orthoptistes	2 137	2 309	2 507	2 679	2 900	3 232	3 566	3 922	90,0
dont libéraux									
Orthophonistes	11 405	11 405	12 202	13 116	14 129	15 384	16 632	17 773	96,6
Orthoptistes	1 782	1 782	1 901	1 994	2 111	2 304	2 487	2 660	90,0
DOM									
Orthophonistes	312	312	350	395	451	516	609	674	96,0
Orthoptistes	46	46	50	51	65	80	89	94	76,6

Source : DREES, ADELI.

En 2013, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoire est évaluée à 4,3 milliards d'euros, soit 0,4 % de plus qu'en 2012. Après plusieurs années de forte hausse au début des années 2000, le rythme de croissance de la consommation d'analyses et de prélèvements s'est établi aux alentours de 2 à 3 % par an en valeur de 2005 à 2011. En 2012, elle a diminué pour la première fois depuis 15 ans (-1,3%) en raison de nouvelles diminutions de cotation portant sur 51 actes, conjuguées au mouvement de grève intervenu dans les laboratoires en février puis en novembre 2012. Elle est quasi-stable en 2013.

Les dépenses d'analyses avaient fortement progressé au début des années 2000 en raison de majoration de cotations d'actes décidées à la suite de la convention nationale signée en 2002. C'est pourquoi plusieurs mesures de maîtrise des dépenses sont intervenues depuis 8 ans :

- tout d'abord en 2005 avec la mise en place, d'une participation forfaitaire de 1 € qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- puis en 2007, avec la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 € du plafond journalier de la participation forfaitaire ;
- en 2009 et 2010, avec de nouvelles baisses de cotation d'actes de biologie ;
- en 2011, avec une baisse de 3 % du prix de 146 actes, soit une économie de 100 millions d'euros en année pleine ; celle-ci est toutefois partiellement compensée par une hausse du forfait de prise en charge du patient ;
- en 2012, 2013 (et 2014), les baisses de cotation d'actes se poursuivent, pour des économies annuelles moyennes attendues de l'ordre de 100 millions d'euros.

L'indice de prix à la consommation de l'Insee (IPC) des analyses ne reflète pas les baisses de cotation des actes, mais l'évolution du tarif des lettres B, PB (cotations utilisées pour les prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire), TB (cotation utilisée pour les techniciens de laboratoire)... Ce tarif n'ayant pas été revalorisé depuis 2004, l'évolution des prix apparaît nulle depuis cette date ; les baisses de cotation des actes sont enregistrées dans les volumes.

Le nombre des laboratoires a diminué depuis la fin des années 1990 jusqu'en 2010, passant de 4 132 en 1998 à 3 833 en 2010 (métropole). Il augmente à nouveau depuis cette date et s'établit à 3 961 fin 2013. On compte

par ailleurs 118 laboratoires dans les DOM (y compris Mayotte).

En 2013, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 363 millions d'euros (hors hébergement). Bien qu'elle reste modeste, cette consommation est en nette reprise depuis deux ans : +4,2 % en valeur en 2013 après +6,7 % en 2012. Entre 2003 et 2009, on avait observé un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes avait ainsi reculé de 10 % en 10 ans, passant de 547 000 en 2002 à 490 000 en 2009. Il a repris sa croissance en 2010, où il a dépassé la barre des 500 000. Il continue de progresser depuis : 516 000 curistes en 2011, 526 000 en 2012 et 541 500 en 2013, soit 2,9 % de plus qu'en 2012.

La progression en valeur observée entre 2006 et 2007 s'expliquait uniquement par l'augmentation des prix. En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour cinq ans. Conformément à cette convention, les tarifs des forfaits thermaux sont régulièrement revalorisés : ils ont augmenté de 4 % en mars 2012. Ainsi, la forte croissance observée en 2012 résultait d'une hausse des volumes mais également de celle du prix des cures. En 2013, ce sont les volumes qui sont le premier facteur de hausse, devant les prix en augmentation de 1,8 %.

En 2013, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, et les soins des voies respiratoires près de 9 %. Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, 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 des établissements. La durée moyenne de cure est de 18 jours.

Les 105 établissements thermaux sont inégalement répartis sur le territoire. En effet, les deux tiers des villes thermales sont concentrées dans cinq régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. La région Languedoc-Roussillon a pris la 1^{ère} place en termes de fréquentation avec plus de 102 000 curistes en 2013. Les villes thermales sont souvent des communes de petite taille pour lesquelles l'activité thermique est essentielle : 71 % des communes thermales ont moins de 5 000 habitants.

DÉFINITIONS

Soins de cure thermale : en conformité avec le cadre central de la Comptabilité nationale, le montant correspondant à l'hébergement des curistes n'est pas pris en compte dans les Comptes de la santé ; sont retracés uniquement les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux et les forfaits cures.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

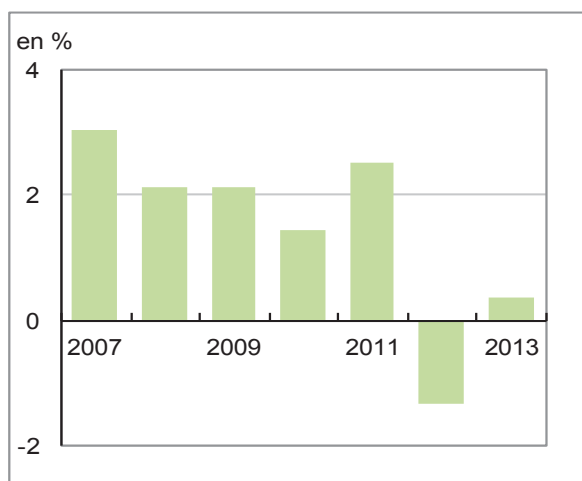
Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) : www.cneth.org

A13.1 Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Analyses de laboratoires	2 626	3 869	3 899	4 018	4 104	4 191	4 252	4 360	4 302	4 318
Evolution (en %)				3,1	2,1	2,1	1,5	2,5	-1,3	0,4
Valeur										
Prix				0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume				3,1	2,1	2,1	1,5	2,5	-1,3	0,4
Nombre de laboratoires			3 870	3 840	3 836	3 836	3 833	3 853	3 888	3 961
Evolution (en %)				-0,9	-0,1	0,0	-0,1	0,5	0,9	1,9
Cures thermales	293	309	305	315	312	313	325	327	349	363
Evolution (en %)				3,3	-1,0	0,3	3,7	0,6	6,7	4,2
Valeur										
Prix				6,4	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8
Volume				-3,0	-4,0	-2,4	1,6	-2,0	3,9	2,4
Nombre de curistes (en milliers)			493	495	492	490	511	516	526	541
Evolution (en %)				-2,2	0,4	-0,5	-0,5	4,3	1,1	1,9

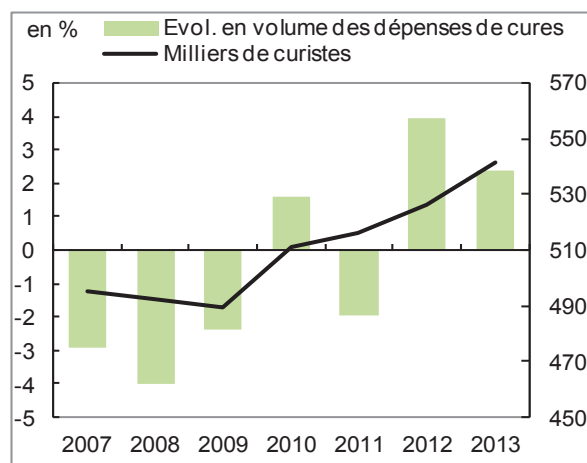
Sources : DREES ; INSEE pour les indices de prix ; CNETH pour le nombre de curistes.

A13.2 Évolution des dépenses d'analyses



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010

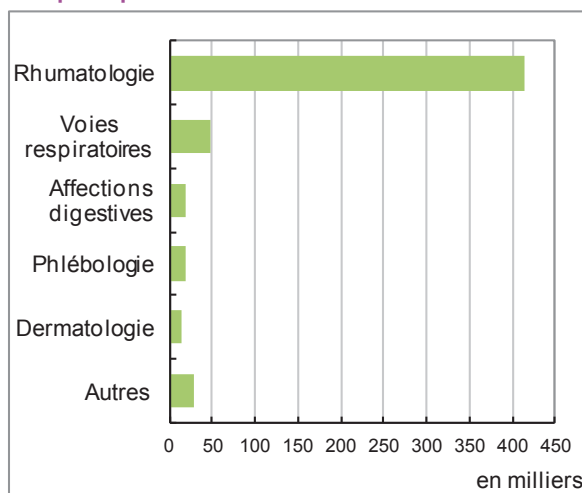
A13.3 Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



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

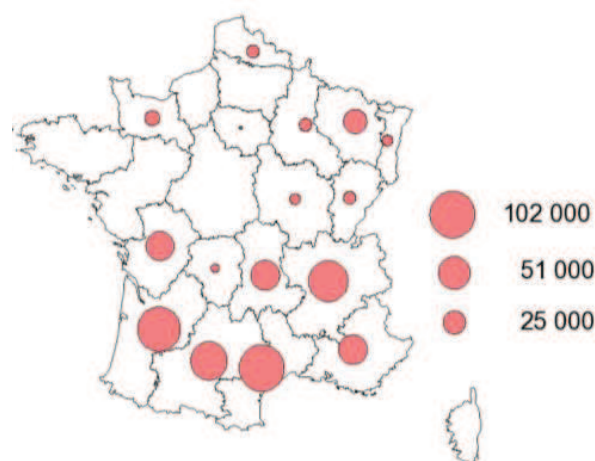
Sources : DREES, Comptes de la santé ; CNETH pour le nombre de curistes..

A13.4 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2013



Source : CNETH.

A13.5 Nombre de curistes par région en 2013



Source : CNETH.

En base 2010, la consommation de médicaments a été revue à la baisse. Cette baisse, qui résulte de l'utilisation de nouvelles sources (**AFIPA** et **LEEM**), porte sur les médicaments remboursables non prescrits.

En 2013, la consommation de médicaments en ville s'élève à 33,5 milliards d'euros. Elle recule pour la seconde fois en valeur : -1,3 % après -1,2 % en 2012 et +0,9 % en 2011. Ce sont les plus faibles évolutions jamais enregistrées. Ce recul affecte principalement les médicaments remboursables, mais aussi les médicaments non remboursables dont les ventes reculent pour la première fois depuis 2005 : -2 % en valeur en 2013.

La croissance des volumes vendus a ralenti depuis 2000 : après une accélération à 9 % en 2000-2001, le rythme de croissance en volume est revenu à 6 % par an de 2002 à 2007, pour descendre sous les 5 % depuis 2008, et à moins de 3,5 % depuis 2010. Le ralentissement des volumes est lié à la diminution des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant...

En sus de l'inflexion des volumes, ce recul de la consommation en valeur est à mettre en regard des actions fortes menées sur les prix depuis sept ans, avec :

- les baisses de prix du **répertoire** des **généralistes** et l'instauration de **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR) ;
- les baisses de prix de grande ampleur et des actions ciblées (grands conditionnements...) ;
- En outre, les prix diminuent en raison de l'augmentation du nombre de spécialités généralistes, et pour celles-ci, de la substitution croissante des généralistes aux princeps.

L'impact sur les prix est particulièrement important en 2012 puis en 2013 avec les baisses de prix ciblées (850 millions d'économies selon la CNAMTS en 2013) et la généralisation de spécialités très consommées, assorties du renforcement de la mesure « tiers-payant contre généralistes » depuis le 1^{er} juillet 2012.

De ce fait, la baisse du prix des médicaments s'amplifie : -4,4 % en 2013 après -3,2 % en 2012 et -2,0% en 2011. En 2013, le prix des spécialités non remboursables progresse de 4,2 % par rapport à 2012, tandis que celui des spécialités remboursables recule de 5,3 % suite aux baisses de prix ciblées et à la reprise du taux de pénétration des généralistes.

Ces deux indices (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. Les médicaments remboursables sont à l'origine de l'évolution négative des prix observée depuis 14 ans. Celle-ci n'est pas uniquement due à l'effet des généralistes 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 recul en valeur en 2013 (509 € par habitant contre 518 € en 2012), la consommation française de médicaments n'est désormais plus la plus élevée par habitant, même si elle reste nettement supérieure à la moyenne européenne (cf. fiche C.4). Pour autant, la France dispose d'un réseau officinal dense : avec 1,06 pharmacien pour 1 000 habitants, la France vient en 3^{ème} position parmi les pays de l'OCDE, derrière l'Islande (1,12) et la Finlande (1,11).

En France, la structure de la consommation de médicaments se caractérise par un poids marqué des spécialités à la fois plus récentes et plus coûteuses et par un développement du marché des généralistes encore limité, quoiqu'en forte croissance depuis plusieurs années. Selon une étude de la CNAMTS portant sur les 8 classes thérapeutiques les plus consommées en 2013, la France est en 2^{ème} position en volumes consommés (mesurés en **unités standards** / habitant) et en tête pour le coût moyen par habitant (95 €) de ces spécialités, pour les 8 pays étudiés. Notons toutefois que ce coût a nettement baissé puisqu'il s'élevait à 113 € par habitant en 2011.

DÉFINITIONS

AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable.

LEEM : Les entreprises du médicament – syndicat professionnel de l'industrie pharmaceutique.

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et généralistes.

Généraliste : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

« Médicaments de ville : une nouvelle baisse des dépenses en 2013 », CNAMTS, *Point d'information*, avril 2014.

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

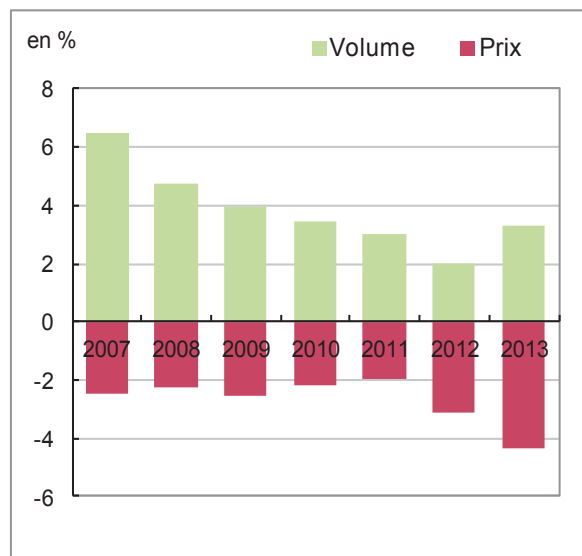
« Le prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay, INSEE, *Insee Première*, n° 1408, juillet 2012.

A14.1 Consommation de médicaments en ville (y compris rétrocession hospitalière)

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble (en millions €)	23 989	31 491	31 178	32 365	33 137	33 575	33 967	34 288	33 878	33 453
Médicaments remboursables	21 713	28 713	28 400	29 398	29 705	30 033	30 215	30 460	29 968	29 615
<i>dont médicaments rétrocedés</i>			1 136	1 135	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 622
Médicaments non remboursables	2 276	2 778	2 778	2 967	3 432	3 542	3 752	3 828	3 910	3 838
Évolution (en %)	Valeur			3,8	2,4	1,3	1,2	0,9	-1,2	-1,3
	Prix			-2,5	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,2	-4,4
	Volume			6,4	4,7	4,0	3,4	3,0	2,0	3,3

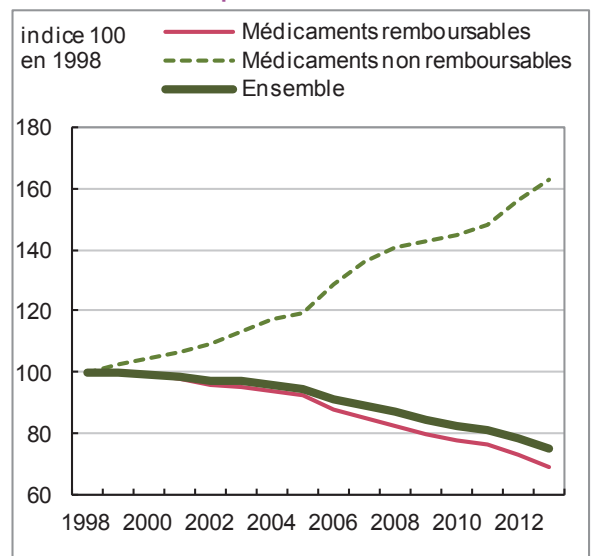
Source : DREES, Comptes de la santé.

A14.2 Évolution de la consommation de médicaments



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

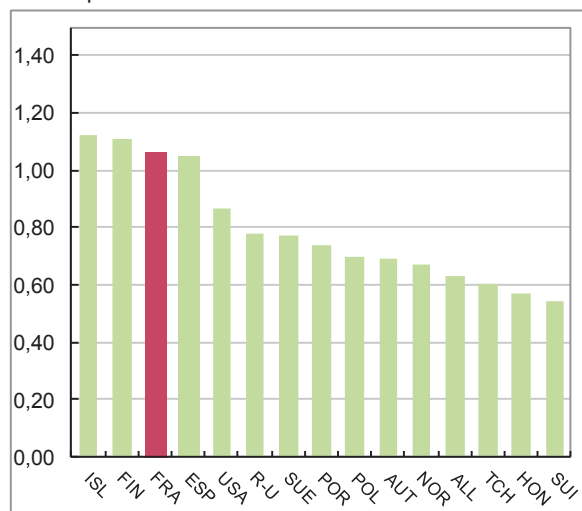
A14.3 Évolution des prix des médicaments



Note : l'IPC est calculé chaque année à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est pas retracée dans son évolution.
Source : Insee, IPC.

A14.4 Pharmaciens en activité en 2012

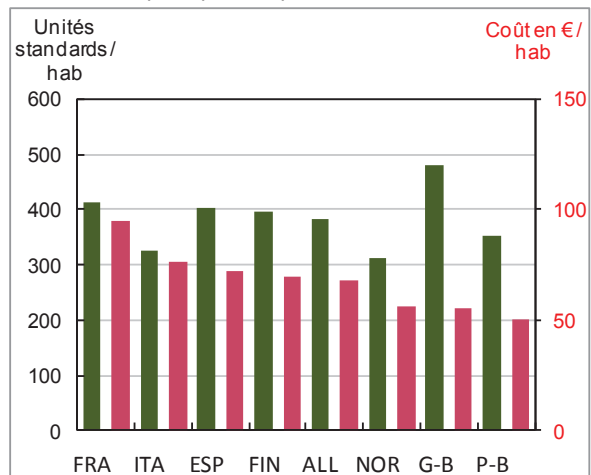
Densité pour 1000 habitants



Source : Eco Santé OCDE 2014.

A14.5 Consommation et coût moyen/habitant (2013)

8 classes thérapeutiques les plus consommées



Note de lecture : échelle de gauche : unités standards / habitant ;
échelle de droite : coût en €/habitant.
Source : traitement CNAMTS sur IMS Health MIDAS 2013.

Le nombre total de présentations augmente de 4,5 % en 2013. Cette augmentation est liée à celle des présentations de médicaments remboursables (+4,4 % par rapport à 2012) comme à celle de médicaments non remboursables (+5 %). Parmi les spécialités remboursables, ce sont toujours celles qui sont remboursées à 100 % qui contribuent le plus à la croissance en valeur de la consommation ; il s'agit de médicaments irremplaçables particulièrement onéreux, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves.

En 2012, pour la première fois depuis 50 ans, la valeur des ventes en officine de médicaments remboursables avait reculé en France ; ce recul s'est poursuivi en 2013. Outre les baisses de prix, ce recul est 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 116 en 2013, sur un total de 350 classes thérapeutiques. Lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques voient leur part de marché s'accroître.

Après avoir marqué un palier en 2011, les ventes de génériques sont reparties à la hausse en 2012 puis en 2013 en raison :

- de la générotation de médicaments très consommés intervenue en 2012 (Tahor®, Inexium®, Co-Aprovel®...);
- du renforcement du dispositif « tiers-payant contre génériques » depuis juillet 2012 et de la mise en œuvre de la convention pharmaceutique nationale (**ROSP** favorisant la délivrance de génériques). Début 2013, les pharmaciens ont perçu une ROSP de 70 millions d'euros au titre de l'année 2012 ; le coût de ce dispositif est estimé à 150 millions d'euros en année pleine.

La part des génériques dans les ventes de médicaments remboursables passe ainsi de 13,3 % en 2011 à 15,7 % en 2012 puis 18,1 % en 2013 (contre 4,1 % en 2002). En termes de volumes, les génériques, moins chers que les princeps, représentent 24 % du marché des médicaments remboursables en ville. Le taux de

substitution des génériques s'établit à 82 % fin 2013 contre 76 % fin 2011. L'élargissement important du répertoire des génériques intervenu en 2011 a contribué à la baisse des prix observée en 2012 puis 2013 ; il est renforcé par la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** qui favorise la baisse des prix des princeps.

En France, la prescription de génériques est encore en retrait par rapport à celle d'autres pays européens : ainsi, seulement 70 % des statines (médicaments anti-cholestérol) prescrites au sein du répertoire étaient des génériques en 2012, contre 91 % en Espagne, 96 % au Royaume-Uni et 99 % en Allemagne et en Norvège. En France, comme en Espagne, cette part a même un peu reculé par rapport à 2012 : la prescription s'est en partie déplacée vers une statine non générique suite à l'élargissement du répertoire qui a suivi la générotation du Tahor®. Toutefois, cette générotation a mécaniquement entraîné une hausse de la consommation de statines génériques, qui représente 50 % des volumes (mesurés en **unités standards**) en 2012.

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (rétrocession hospitalière) à des patients non hospitalisés. La valeur des produits rétrocédés a fortement progressé entre 2007 et 2011 (+33 %), avant de légèrement reculer en 2012-2013 où elle s'établit à 1,4 milliard €. Sa croissance devrait toutefois reprendre en 2014 au vu de la très forte progression des médicaments rétrocédés observée sur le premier semestre 2014 avec le nouveau traitement de l'hépatite C.

Au total, la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par l'assurance maladie est ainsi passée de 5,3 % en 2006 à 6,1 % en 2013.

DÉFINITIONS

Générique : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 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.

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique ; ce dispositif mis en œuvre en 2012 prévoit notamment pour les officines des objectifs de délivrance de médicaments génériques, et pour les médecins des objectifs de prescription dans le répertoire des génériques.

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

« L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013 », éclairage de ce rapport.

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

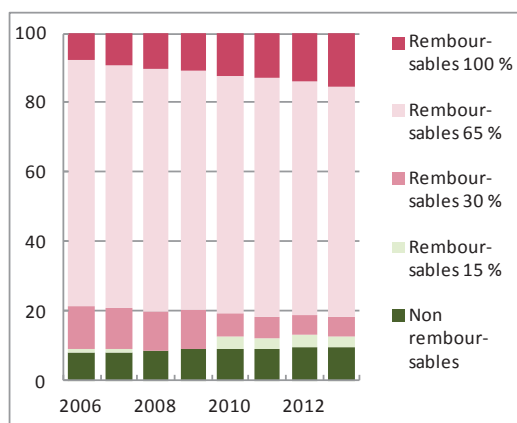
« Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas », CNAMTS, Points de repère, n° 39, novembre 2012.

A15.1 Le marché global des médicaments

Nombre de présentations	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble des médicaments	9 975	10 732	11 473	12 015	12 497	13 065
Médicaments non remboursables	2 757	2 673	2 541	2 489	2 578	2 706
Médicaments remboursables	7 218	8 059	8 933	9 525	9 919	10 359
au taux de 15 %	0	0	509	481	484	487
au taux de 30 % *	1 205	1 308	865	850	838	849
au taux de 65 %	5 687	6 416	7 197	7 762	8 148	8 546
au taux de 100 %	326	335	362	432	449	477

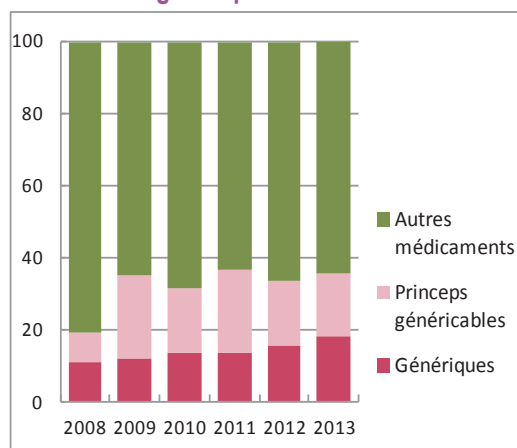
Sources : GERS, traitement DREES.

A15.2 Part des ventes en valeur des médicaments selon leur taux de remboursement



Sources : GERS, traitement DREES.

A15.3 Part des ventes en valeur des médicaments génériques



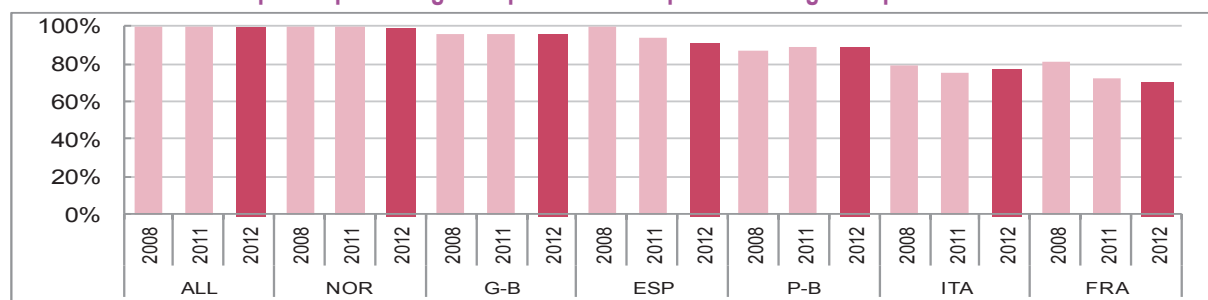
Champ : médicaments remboursables.
Sources : GERS, ANSM, traitement DREES.

A15.4 Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

	Part du marché global en valeur (%)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Groupes génériques non soumis au TFR	32,2	28,5	32,0	29,0	25,8
Génériques	10,0	11,3	10,9	12,7	14,5
Princeps génériques	22,2	17,2	21,1	16,4	11,2
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	0,5	2,5	3,8	3,4	4,3
Génériques	0,3	1,6	1,8	1,9	2,7
Princeps génériques	0,2	0,9	2,0	1,5	1,7
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	2,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Génériques	1,6	0,4	0,3	0,3	0,3
Princeps génériques	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1
Groupes génériques pour lesquels le princeps n'est plus sur le marché	0,0	0,0	0,3	0,8	1,0

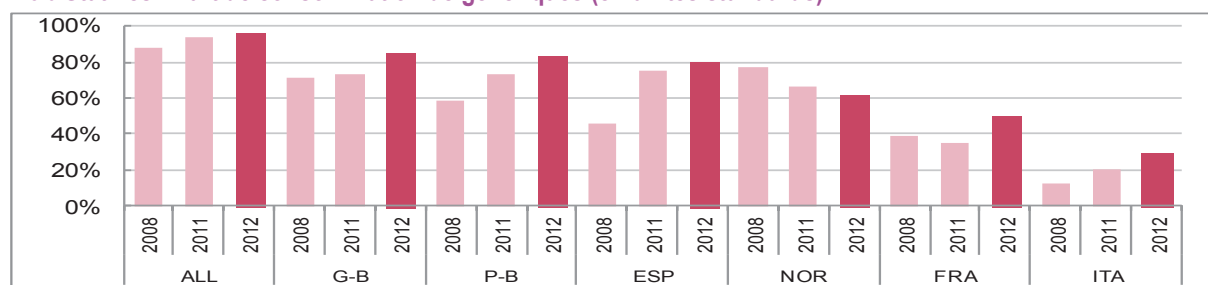
Champ : médicaments remboursables.
Sources : GERS, ANSM, traitement DREES.

A15.5 Statines - Part de prescription de génériques dans le répertoire des génériques *



* en unités standards, et à répertoire de génériques constant (= répertoire 2012).
Sources : traitement CNAMTS - données IMS Health MIDAS 2012.

A15.6 Statines - Part de consommation de génériques (en unités standards)



Sources : traitement CNAMTS - données IMS Health MIDAS 2012.

L'ensemble du poste **autres biens médicaux** est très hétérogène : sa nomenclature, la **LPP**, contient près de 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des opticiens, des audioprothésistes, des orthésistes, des orthoprothésistes, des podoprotésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ville est de 13,4 milliards d'euros en 2013 (soit 5,4 % de plus qu'en 2012), dont 5,7 milliards d'euros pour l'optique, 2,5 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,1 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

La dépense d'**optique** médicale représente plus de 40 % de la dépense totale de LPP. Elle concerne sept adultes sur dix. Après être resté supérieur à 4 % entre 2009 et 2011, le taux de croissance de la consommation d'optique médicale a ralenti depuis deux ans : il s'établit à +2,0 % en 2012 et à 3,4 % en 2013 alors qu'il était de +4,9 % en 2010 et de +5,8 % en 2011.

L'optique médicale est faiblement remboursée par l'assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge sont en moyenne 17 fois inférieurs à la consommation. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'assurance maladie. En mai 2011, le taux de remboursement de l'optique médicale est passé de 65 % à 60 % du tarif opposable.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 90. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé. Elle est de 7,3 % en valeur en 2013, après +3,9 % en 2012 et +5,8 % en 2011. Comme pour l'optique, le taux de remboursement des produits de ce poste auparavant remboursés à 65 % est passé à 60 % en mai 2011.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement et inclut également des prestations de services (assistance respiratoire par exemple). De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004, et 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 par exemple) 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 +6,8 % en 2013 après +5,9 % en 2012. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2013, elle représente 38 % des autres biens médicaux.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, nutriments...) représentent 58 % de la consommation de matériels et pansements en 2012. Leur croissance s'explique en partie par 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. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2010, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP était de 12 millions et leur âge moyen de 70 ans.

La hausse résulte également d'une meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition, ou encore des progrès technologiques (prothèses auditives par exemple). Ainsi, les matériels d'assistance respiratoire et d'auto-surveillance du diabète (programme SOPHIA) font-ils partie des plus gros contributeurs à la croissance de la dépense en 2013. 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 » (cf. fiche 2.3 du rapport CSSS de juin 2013).

DÉFINITIONS

Autres biens médicaux : 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 ;

LPP : Liste des produits et prestations ; depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

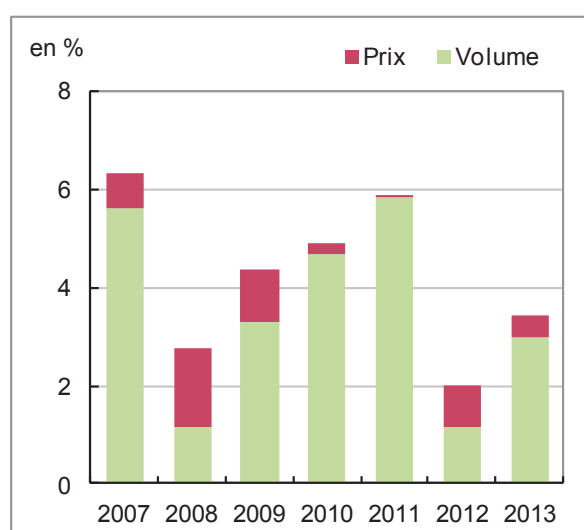
« Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAMTS, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

A16.1 Consommation des autres biens médicaux

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	5 976	9 332	9 244	10 054	10 639	10 967	11 586	12 215	12 674	13 359
Optique	3 236	4 444	4 297	4 571	4 697	4 903	5 142	5 443	5 551	5 741
Prothèses, orthèses, VHP *	1 144	1 681	1 660	1 825	1 953	2 039	2 147	2 272	2 361	2 534
Petits matériels et pansements	1 597	3 207	3 287	3 658	3 989	4 026	4 297	4 499	4 763	5 085
Evolution en valeur (en %)				8,8	5,8	3,1	5,6	5,4	3,8	5,4

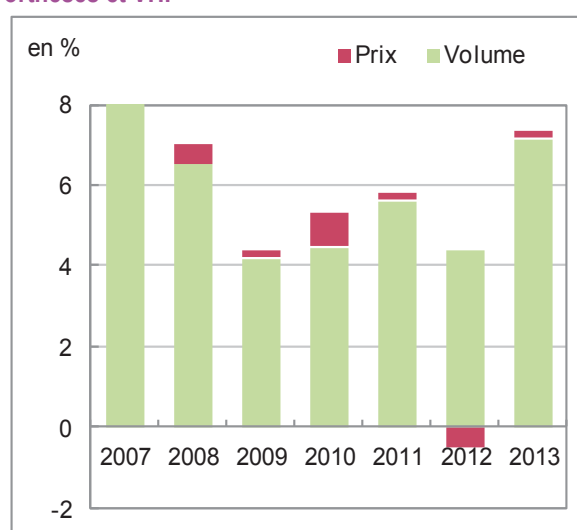
* Véhicules pour handicapés physiques.
Source : DREES, Comptes de la santé.

A16.2 Taux d'évolution des dépenses d'optique



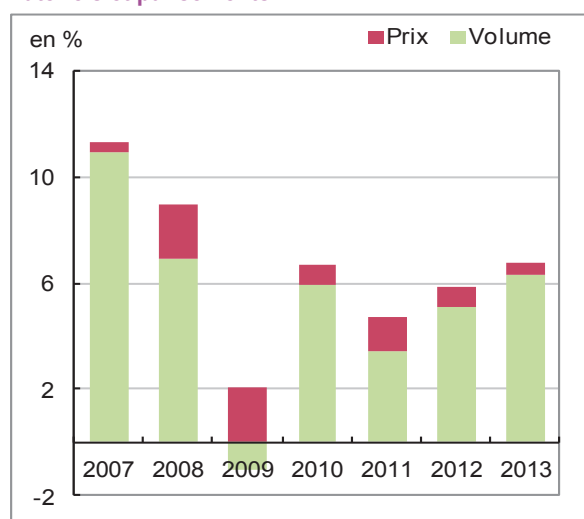
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A16.3 Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et VHP



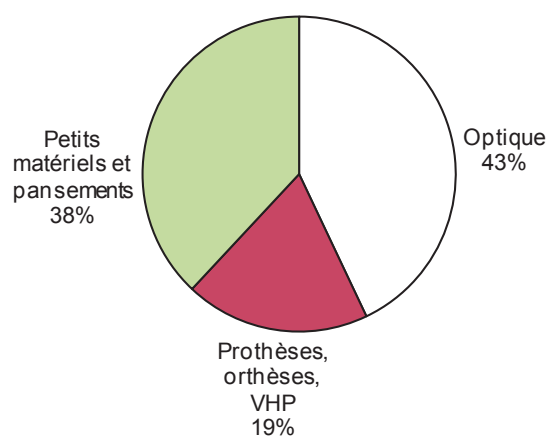
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A16.4 Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A16.5 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2013



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

En 2013, la consommation de transports de malades s'élevé à 4,3 milliards d'euros, soit une hausse de 5,8 % en valeur et de 2,3 % en volume, les prix ayant augmenté de 3,4 % par rapport à 2012. Le rythme de croissance des dépenses de transport a connu des à-coups ces dernières années : après avoir connu une phase de ralentissement en 2010 et 2011 suite à une meilleure maîtrise des prix, il a ré-accélééré à plus de 5 % par an depuis 2012 suite à une reprise des volumes et des prix. En effet en 2013, ce sont les tarifs des taxis qui ont augmenté (+2,6 %), ainsi que les forfaits et les frais kilométriques des ambulances.

En 2013, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgence (SMUR) se répartissent ainsi : 41,8 % pour les ambulances, 18,9 % pour les **VSL**, 35,9 % pour les taxis et 3,4 % pour d'autres moyens de transport (véhicule personnel principalement).

Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé : 95,2 % en 2013. En effet, 91 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % et, en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

Les variations d'évolution des dépenses de transports constatées entre 2000 et 2013 sont dues à un **effet de structure**, celui de la déformation des parts de marché des différents modes de transport utilisés. Ainsi, entre 2000 et 2007, la part de marché des ambulances (mode de transport le plus coûteux) est passée de 37 % à 43 % tandis que celle des VSL diminuait de 41 % à 25 %, la part des taxis augmentant quant à elle de 18 % à 28 %. La tendance se modifie légèrement à partir de 2007 : la baisse de la part du transport par VSL (19 % en 2013) se poursuit mais au profit des taxis (36 % en 2013), la part des ambulances se stabilisant à près de 42 %.

Les données de la CNAMTS (régime général) ont permis de mettre en évidence les différences de prix entre les trois types de transport. En 2013, la répartition des dépenses de transport (hors SMUR et hors véhicule personnel ou autre) est la suivante : 40 % pour les ambulances, 21 % pour les VSL et 39 % pour les taxis.

En nombre de transports, elle était très différente : 23 % pour les ambulances, 34 % pour les VSL et 43 % pour les taxis.

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années : 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.

Des mesures supplémentaires ont été prises depuis 2008 :

- une nouvelle convention nationale entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis, dont les tarifs ont été revalorisés à plusieurs reprises : +3,1 % en 2008 puis en 2009, +1,2 % en 2010, +2,1 % en 2011, +2,6 % en 2013 ;
 - pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale a restructuré les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et une hausse des forfaits ; les tarifs des ambulances et des VSL font eux aussi l'objet de revalorisations régulières depuis ;
 - un accord pour optimiser l'organisation des transports sanitaires et augmenter le nombre de transports partagés (forfait annuel de 100 € destiné à financer le matériel embarqué) ;
 - la mise en place au 1^{er} janvier 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients. Cette franchise est de 2 € par trajet ; elle est plafonnée à 4 € par jour et globalement avec les autres franchises à 50 € par an ;
 - depuis 2011, de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) doivent être signés entre les **ARS**, les CPAM et les établissements de santé générant des dépenses de transport évoluant à un taux supérieur à l'objectif fixé (+4 % en 2010) : les établissements s'engagent à réduire le taux d'évolution de ces dépenses, faute de quoi ils pourront être pénalisés.
- A noter : 2013 constitue la dernière année de paiement des « contrats de bonne pratique », ceux-ci ayant été abrogés par la loi HPST.

DÉFINITIONS

VSL : véhicules sanitaires légers.

Effet de structure : modification des parts de marché entre les acteurs ; lorsque la part des ambulances augmente au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à prix inchangé, car un transport en ambulance est trois fois plus coûteux qu'un transport en VSL.

ALD : affection de longue durée.

ARS : Agence régionale de santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

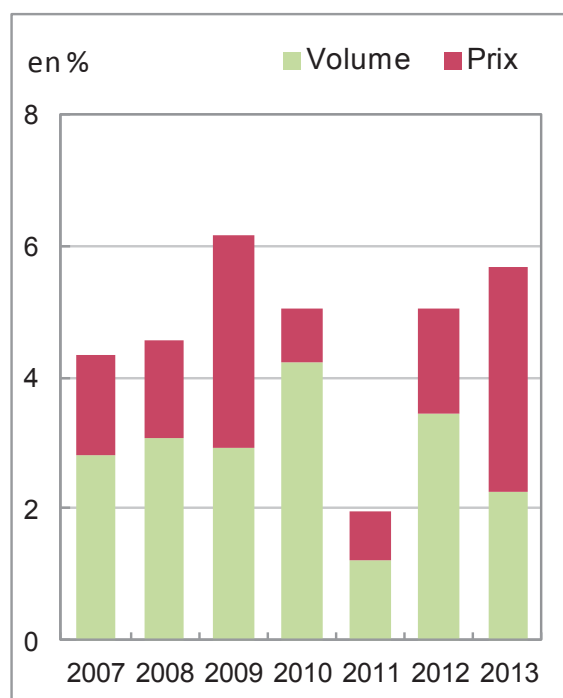
« Renovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre », D. Eyssartier, Ministère de la Santé, septembre 2010.

A17.1 Consommation de transports de malades

	Base 2005		Base 2010							
	2000	2006	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consommation de transports	1 891	3 053	3 112	3 248	3 398	3 612	3 795	3 870	4 068	4 302
Évolution Valeur (en %)				4,4	4,6	6,3	5,1	2,0	5,1	5,8
Prix				1,5	1,5	3,3	0,8	0,7	1,6	3,4
Volume				2,8	3,1	2,9	4,2	1,2	3,5	2,3

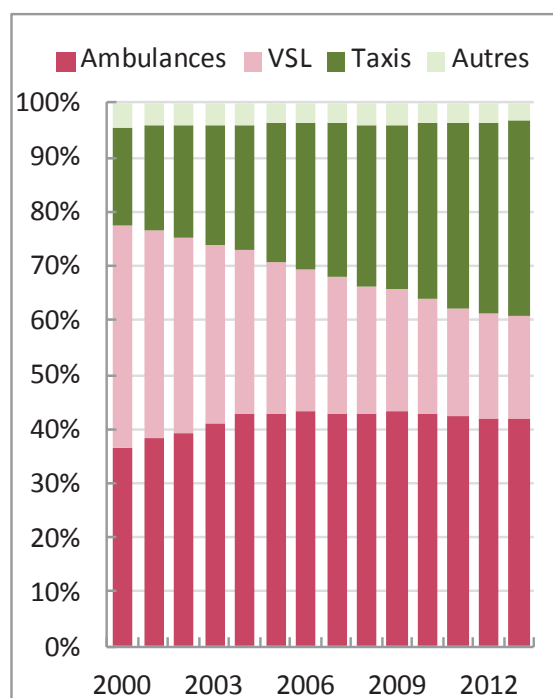
Source : DREES, Comptes de la santé.

A17.2 Taux d'évolution des dépenses de transports



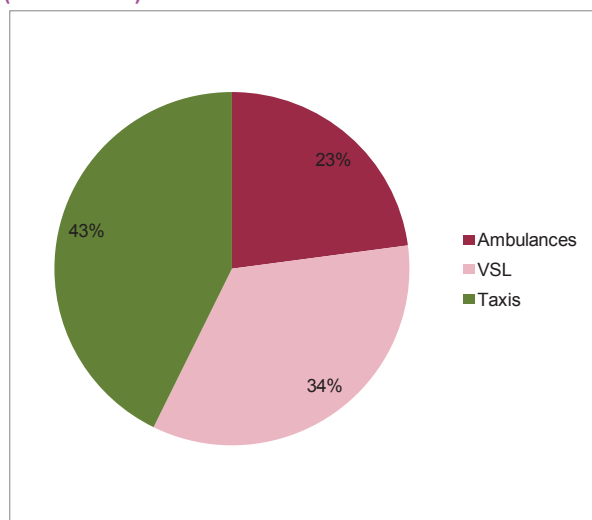
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

A17.3 Répartition de la dépense de transport



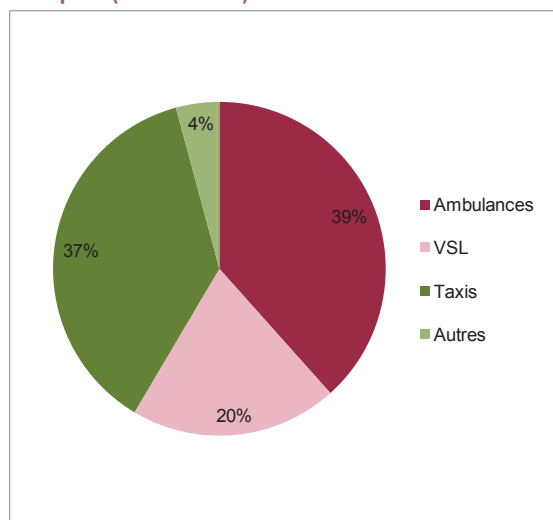
Source : CNAMTS, France métropolitaine - traitement DREES.

A17.4 Répartition en 2013 du nombre de transports (hors SMUR)



Source : CNAMTS (France entière).

A17.5 Répartition en 2013 de la dépense de transport (hors SMUR)



Source : CNAMTS (France entière)

Les Comptes de la santé évaluent la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) effectuée en France par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'**AME** ou pour des soins urgents. Celle-ci exclut la consommation de soins d'assurés sociaux français soignés à l'étranger, ainsi que la consommation de soins effectués sur le territoire français par des assurés sociaux étrangers.

En 2012, les dépenses de soins effectuées en France par des assurés sociaux étrangers se montent à 877 millions d'euros, celles effectuées à l'étranger par des assurés sociaux français à 507 millions d'euros.

Les échanges extérieurs sont principalement retracés dans les comptes du **CLEISS** et du **CNSE**.

Le **CLEISS** comptabilise les échanges de soins avec les pays de l'Union européenne, ainsi qu'avec des pays ayant signé une convention bilatérale avec la France. Il rembourse :

- des factures pour les assurés sociaux français soignés à l'étranger, de façon inopinée mais avec une **carte EHIC** ou programmée avec une autorisation préalable de l'assurance maladie ; ces soins doivent être traités en importation en comptabilité nationale ;
- des **factures** et des **forfaits** réglés pour les assurés de régimes français résidant de façon permanente à l'étranger ; ces soins sont exclus du champ de la comptabilité nationale.

De façon symétrique, le **CLEISS** encaisse :

- des factures pour les soins reçus en France (soins inopinés ou programmés) par des assurés de régimes étrangers venus de façon temporaire ; ces soins doivent être traités en exportation ;
- des factures et des forfaits pour les assurés de régimes étrangers résidant de façon permanente en France ; ces soins doivent être inclus en comptabilité nationale dans l'évaluation du montant de la consommation de santé des résidents.

Le **CNSE** rembourse les soins engagés par des assurés sociaux français à l'étranger en dehors des accords

européens (sans carte EHIC) et des conventions bilatérales, ainsi que dans les pays hors convention.

En 2012, les créances présentées par le **CLEISS** ont fortement augmenté en raison d'une part, de la présentation de créances forfaitaires relatives à l'exercice 2009 et d'autre part, du changement de réglementation intervenu en 2011 : un passage au remboursement sur factures et une disparition des forfaits pour la plupart des pays. Les délais de mise en œuvre de ce changement ont entraîné un report sur l'année 2012 de paiements de créances de l'année 2011. De même, les dettes notifiées au **CLEISS** ont progressé en 2012. L'augmentation des dettes forfaitaires est liée à l'irrégularité de leur présentation. L'augmentation des dettes sur factures résulte quant à elle, du passage au remboursement sur factures pour de nombreux pays, et d'un rattrapage dans la facturation pour quelques uns.

Malgré les décalages entre l'année de notification des créances et dettes et l'année effective des soins, la structure des échanges de soins est assez stable. La consommation de soins dans les hôpitaux français représente près de 54 % des factures des assurés étrangers en 2012, tandis que celle d'assurés français dans des hôpitaux étrangers représente 46 % des factures réglées par le **CLEISS**.

Les paiements effectués par le **CLEISS** et le **CNSE** sont très tributaires du rythme de présentation des factures par les pays créditeurs. En 2012, les paiements les plus importants effectués par la France vont vers 4 pays voisins : Belgique, Espagne, Portugal, Allemagne, qui totalisent 69 % des factures réglées par le **CLEISS** et les autres caisses de sécurité sociale. Notons que 12 % des remboursements de factures sont allés vers la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, qui relèvent de conventions bilatérales.

Les remboursements à la France les plus importants proviennent aussi de pays frontaliers : Allemagne, Belgique, Luxembourg et Royaume-Uni. Ces 4 pays totalisent 74 % des créances présentées par le **CLEISS** en 2012.

DÉFINITIONS

AME : Aide médicale d'État ; dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions

CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) : il rembourse les prestations servies par les institutions étrangères à des assurés du régime français ; il demande aux institutions étrangères le remboursement des prestations servies par les organismes de santé français pour les soins dispensés en France à des assurés de régimes étrangers.

CNSE : Centre National des Soins à l'Étranger : pour les pays hors convention.

Carte EHIC : European Health Insurance Card ou Carte européenne d'assurance maladie : elle a remplacé le formulaire E111 et permet une prise en charge des soins identique à celle des assurés du pays d'accueil.

Factures : pour un assuré français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré français qui réside avec sa famille au Royaume-Uni et qui travaille en France : le règlement prévoit le remboursement des soins au Royaume-Uni, puis la France (où il cotise) rembourse le Royaume-Uni.

Forfaits : pour les familles d'assurés français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré qui travaille et réside en France, alors que sa famille réside au Royaume-Uni : les soins à sa famille sont remboursés par le Royaume-Uni, puis la France rembourse le Royaume-Uni par forfait. Ils sont appelés à disparaître au profit des factures.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport statistique – exercice 2012 », **CLEISS**, disponible sur le site www.cleiss.fr

A18.1 Les échanges extérieurs d'activités pour la santé humaine

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins des assurés sociaux français à l'étranger * (1)	301	340	309	336	427	457	479	507
dont Importations (des résidents en France) (2)	258	261	195	228	302	269	241	340
Soins des assurés sociaux étrangers en France ** (2)	571	516	574	754	796	876	736	877

* Soins effectués à l'étranger par des assurés français qu'ils soient résidents en France ou à l'étranger.

** Soins effectués en France par des assurés étrangers qu'ils soient résidents à l'étranger ou en France.

Sources : (1) Direction de la sécurité sociale - ONDAM ; (2) Insee, Comptes nationaux.

A18.2 Les remboursements effectués par le CLEISS et les autres caisses de Sécurité sociale (dont CNSE)

en millions d'euros

	2009	2010	2011	2012
Factures	174	236	250	445
dont Importations	130	187	204	309
Soins inopinés	110	140	138	217
Soins programmés	20	46	66	92
dont Soins aux assurés français résident à l'étranger *	44	49	46	136
Forfaits Soins de familles d'assurés français résident à l'étranger *	109	208	108	121

* Exclus du champ de la comptabilité nationale.

Source : CLEISS.

A18.3 Les créances présentées par le CLEISS

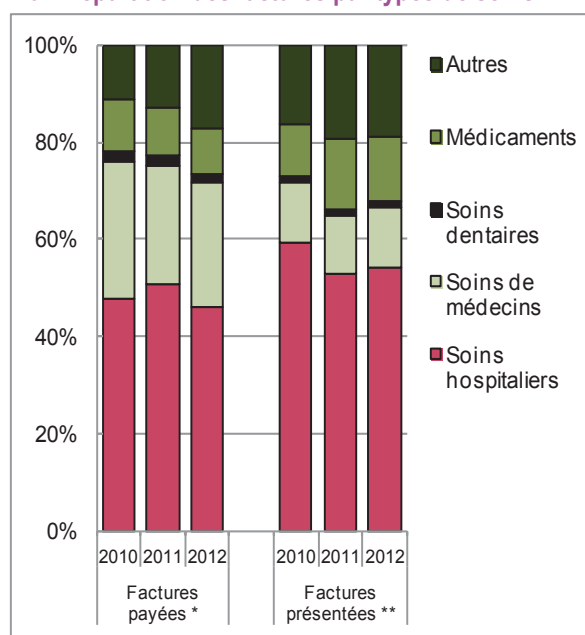
en millions d'euros

	2009	2010	2011	2012
Factures	446	373	452	1123
dont Exportations	192	167	131	291
Soins inopinés	152	135	110	245
Soins programmés	40	32	21	45
dont Soins aux assurés étrangers résident en France *	254	206	321	833
Forfaits Soins de familles d'assurés étrangers résident en France *	515	154	329	370

* A ajouter à la CSBM pour évaluer le montant global de la consommation de santé des résidents.

Source : CLEISS.

A18.4 Répartition des factures par types de soins

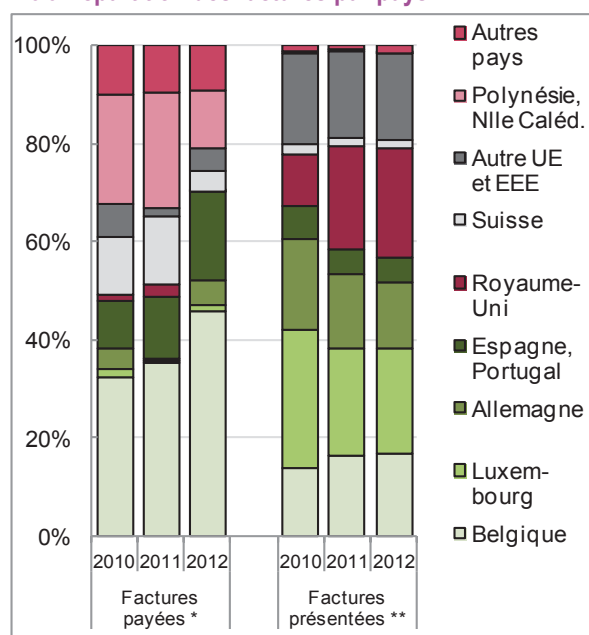


* Factures payées par le CLEISS et les organismes de Sécurité sociale (CNSE, MSA,...).

** Factures présentées par le CLEISS uniquement.

Source : CLEISS.

A18.5 Répartition des factures par pays



* Factures payées par le CLEISS et les organismes de Sécurité sociale (CNSE, MSA,...).

** Factures présentées par le CLEISS uniquement.

Source : CLEISS.

B. La Dépense Courante de Santé (DCS)

Le contour de la Dépense courante de santé n'a pas varié avec le changement de base des Comptes nationaux. Seuls les niveaux ont été revus, les variations les plus importantes concernant la Consommation de soins et biens médicaux (cf. Annexe 1).

La **Dépense courante de santé** (DCS) au sens français 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.

La DCS au sens français n'intègre pas non plus certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées (**APA**, **PCH** et **ACTP**), à la différence de la DTS (dépense totale de santé) et de la DCS au sens international utilisées en comparaison internationale (cf. fiche C.1).

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

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM) ;
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA**, **EHPAD**, **USLD** des hôpitaux) et à domicile (**SSIAD**), les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ;
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective ;

- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, **FIQCS** et aide à la télétransmission), la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé ;
- les coûts de gestion du système de santé.

En base 2010, la DCS au sens français est ainsi évaluée pour l'année 2013 à 247,7 milliards d'euros, soit 3 772 euros par habitant. En base 2005, elle représentait 11,9 % du PIB pour l'année 2011. En base 2010, elle s'établit à 11,5 % du PIB cette même année (et 11,7 % en 2013). En effet, lors du changement de base, le PIB a été réévalué de 3 % par l'INSEE, alors que la DCS au sens français a diminué de 0,2 %. La progression de 0,1 point de sa part dans le PIB en 2013 s'explique par le fait qu'en dépit de sa modération, la croissance de la DCS a de nouveau été plus rapide que celle du PIB en 2013 (respectivement +2,2 % et +1,1 % en valeur).

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+ 2,2 % en valeur en 2013), qui en représente les trois quarts. Ce sont les « autres dépenses pour les malades » qui représentent ensuite la part la plus importante (12,9 %), devant les coûts de gestion (5,9 %), les dépenses pour le système de soins (3,4 %) et la prévention institutionnelle (2,4 %).

La structure de la dépense courante de santé a évolué entre 2006 et 2013. La part de la CSBM a diminué d'un point tandis que les « autres dépenses en faveur des malades » progressaient, notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement.

DÉFINITIONS

APA : allocation personnalisée à l'autonomie.

PCH : prestation de compensation du handicap.

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, hors soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé,
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux et soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux,
- la consommation de transports de malades.

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : Unités de soins de longue durée.

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile.

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 sur les agrégats des comptes de la santé en base 2010.

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

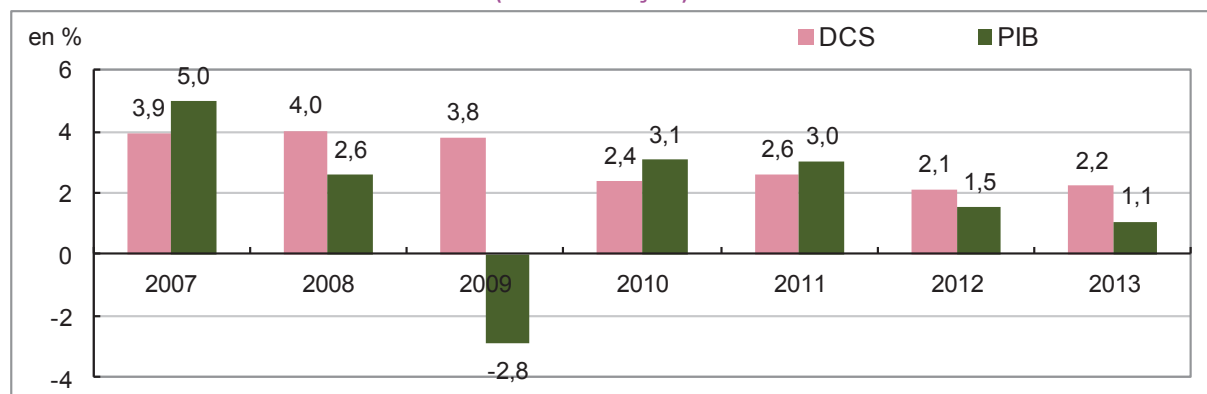
en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dépense courante de santé	201 245	209 164	217 573	225 885	230 998	237 316	242 352	247 732
en % du PIB	10,9	10,7	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6	11,7
CSBM	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
Autres dépenses pour les malades	23 686	24 853	26 747	28 705	29 808	30 670	31 241	31 991
SSIAD	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538
Soins aux personnes âgées en établissements	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595
Soins aux personnes handicapées en étab.	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 054
Indemnités journalières	10 748	11 001	11 594	12 144	12 603	12 827	12 750	12 805
Prévention	5 240	5 416	5 647	6 403	5 697	5 718	5 838	5 846
Prévention individuelle	2 962	3 087	3 192	3 329	3 289	3 312	3 317	3 396
- Prévention primaire	2 493	2 597	2 706	2 822	2 791	2 798	2 805	2 877
- Prévention secondaire	469	490	486	508	498	514	512	519
Prévention collective	2 278	2 329	2 455	3 074	2 408	2 406	2 521	2 450
Dépenses pour le système de soins	10 632	10 859	11 461	11 461	11 663	11 975	12 089	12 183
Subventions au système de soins	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 660	2 797
Recherche médicale et pharmaceutique	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 498	7 421
Formation	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 966
Coût de gestion de la santé *	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 329	14 722
Double compte (recherche pharmaceutique)	-3 850	-4 056	-4 131	-4 060	-3 887	-3 999	-3 797	-3 759

* Le coût de gestion des organismes complémentaires est calculé hors contribution au Fonds CMU.

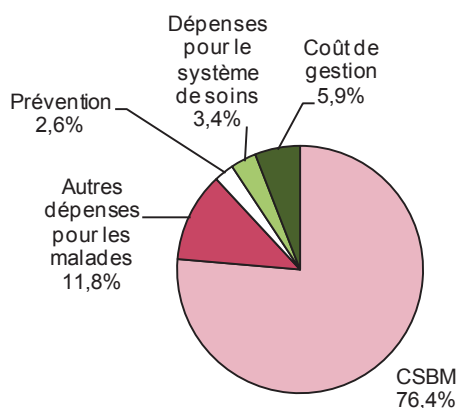
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

B1.2 Taux de croissance en valeur de la DCS (au sens français) et du PIB



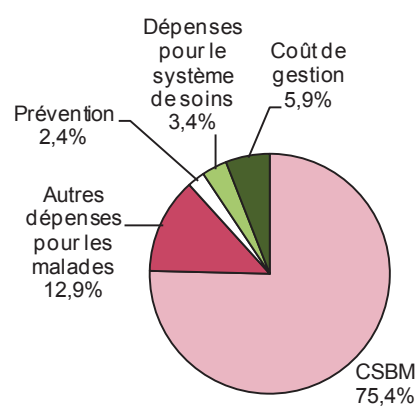
Sources : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB – base 2010.

B1.3 Structure de la DCS en 2006



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

B1.4 Structure de la DCS en 2013



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

B2 Les soins de longue durée aux personnes âgées

Les soins de longue durée aux personnes âgées regroupent les soins assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées : **EHPA** ou **EHPAD**.

Ils peuvent également être assurés à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes ou des infirmiers et aides-soignants (services de soins infirmiers à domicile ou SSIAD).

Ces soins sont financés soit sur l'enveloppe « autres soins en établissements de santé » (USLD), soit sur l'enveloppe « contribution de l'assurance maladie et de la **CNSA** aux personnes âgées » de l'**OGD** médico-social (EHPA, EHPAD et SSIAD).

En 2013, 8,6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit une hausse de 4,0 % par rapport à 2012. Après six années de très forte hausse (13 % par an en moyenne) entre 2003 et 2009, le rythme de croissance annuel de cette dépense s'est stabilisé depuis 3 ans aux alentours de 4 %.

On observe même une sous-consommation de l'**OGD** pour personnes âgées pour la troisième année consécutive : -156 millions d'euros en 2013 après -189 millions en 2012 et -245 millions en 2011, en lien notamment avec les gels opérés en vue du respect de l'**ONDAM**.

Les soins en EHPA ou EHPAD représentent 7,6 milliards d'euros, soit 4,6 % de plus qu'en 2012. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et à la forte expansion de capacité des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2013, si le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 42 000, celui des lits en EHPAD a cru de 373 000 à 563 000, soit au total environ

108 000 lits supplémentaires, très largement utilisés. Cette augmentation est également à rapprocher de la conversion en EHPAD de certaines USLD (application de la circulaire n° 2008-34 relative à la mise en œuvre de la réforme des USLD). En 2013, le taux d'occupation est de 93 % des capacités en EHPA et de 93,5 % en EHPAD. Le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 51 % fin 2007, puis à 55 % fin 2011.

Les EHPA appartiennent très majoritairement au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif : 696 établissements sur 739 en 2013. Parmi les 6 908 EHPAD, on compte 3 001 établissements publics, 2 182 privés à but non lucratif et 1 725 privés à but lucratif. Ainsi, malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes, les établissements publics ou à but non lucratif restent encore largement majoritaires.

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2013, la consommation de soins réalisée dans les USLD s'élève à un milliard d'euros, soit un montant stable depuis 2010. Les USLD comptent environ 31 000 lits.

Par ailleurs, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,5 milliard d'euros en 2013, soit un triplement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 117 000 personnes en 2013 (116 000 en 2012). Les soins dispensés par les SSIAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites.

DÉFINITIONS

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

GIR : Groupes Iso-Ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

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

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

« L'hébergement offert en établissements pour personnes âgées », J. Chazal et J. Perrin-Haynes, *Dossier Solidarité Santé*, n° 29, DREES, juin 2012.

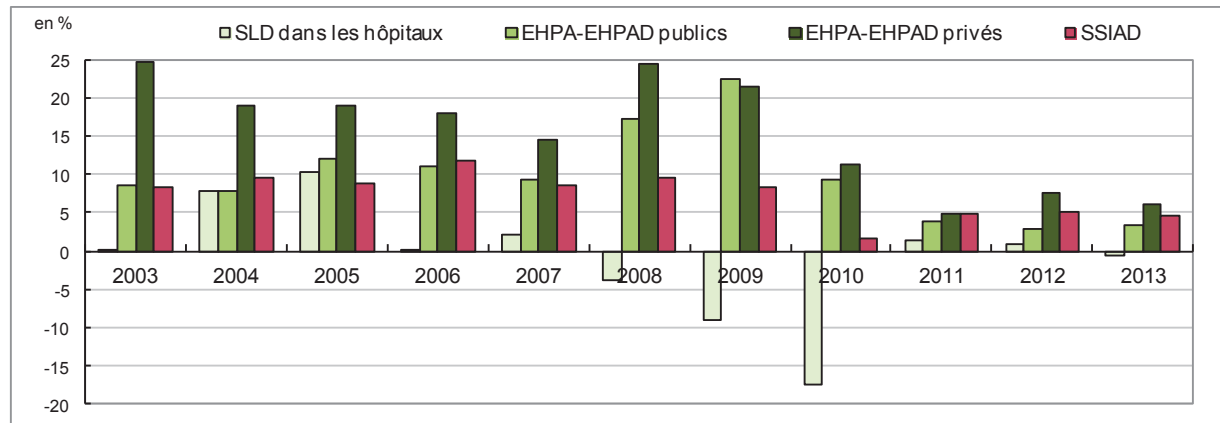
« Les services des soins infirmiers à domicile en 2008 », D. Bertrand, *Études et résultats*, n° 739, DREES, septembre 2010.

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Soins de longue durée aux personnes âgées	4 408	4 868	5 480	6 034	6 572	7 457	8 525	8 950	9 312	9 736	10 132
Évolution en %	9,1	10,4	12,6	10,1	8,9	13,5	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1
dont ONDAM personnes âgées	3 301	3 629	4 142	4 367	4 794	5 523	6 267	7 170	7 588	8 045	8 388
dont Contribution CNSA				815	862	892	853	807	712	691	719
Soins en établissements pour pers. âgées	3 645	4 031	4 569	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595
Évolution en %	9,2	10,6	13,3	9,8	9,0	14,3	15,5	5,6	3,9	4,5	4,0
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 126	1 216	1 341	1 343	1 372	1 318	1 199	990	1 004	1 013	1 007
Évolution en %	0,1	7,9	10,3	0,1	2,1	-3,9	-9,0	-17,4	1,3	0,9	-0,6
Soins en EHPA - EHPAD	2 518	2 815	3 228	3 673	4 095	4 928	6 015	6 626	6 910	7 254	7 588
Établissements publics	1 632	1 761	1 972	2 190	2 396	2 813	3 448	3 766	3 909	4 023	4 159
Évolution en %	8,7	7,9	12,0	11,1	9,4	17,4	22,6	9,2	3,8	2,9	3,4
Établissements privés à but non lucratif	625	697	790	904	1 004	1 216	1 485	1 669	1 735	1 861	1 971
Évolution en %	10,6	11,6	13,3	14,4	11,1	21,1	22,1	12,4	3,9	7,3	5,9
Établissements privés à but lucratif	261	357	466	579	695	899	1 083	1 191	1 266	1 370	1 458
Évolution en %	80,2	36,6	30,5	24,2	20,0	29,4	20,4	10,0	6,3	8,2	6,5
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538
Évolution en %	8,3	9,6	8,9	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6

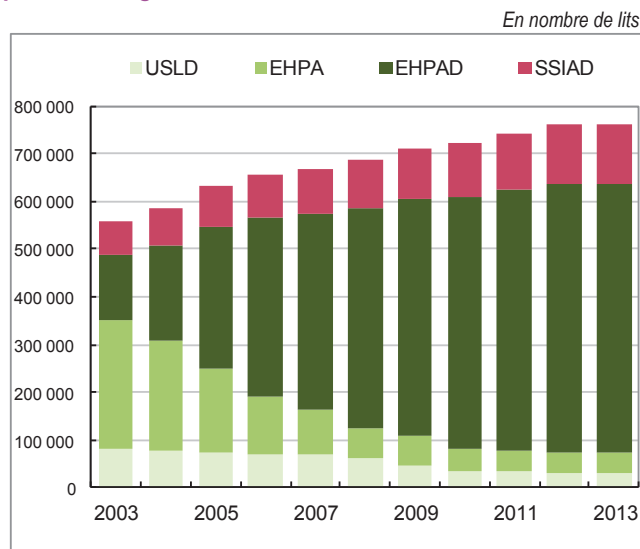
Source : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition ; DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

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



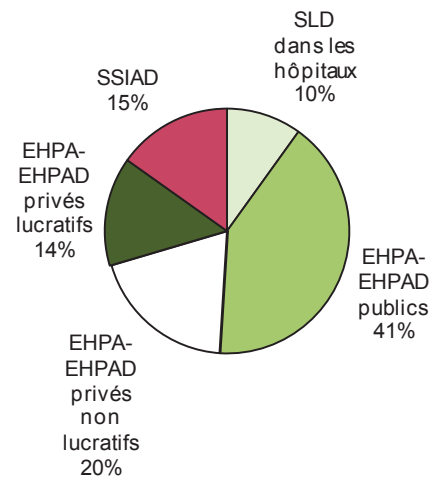
Sources : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

B2.3 Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées



Sources : CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition ; DREES, SAE pour les USLD.

B2.4 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2013



Source : CNAMTS, Commission nationale de répartition.

Les soins apportés aux personnes handicapées sont financés par l'assurance maladie via l'**ONDAM** médico-social (8,7 milliards d'euros en 2013) et par la **CNSA** (0,3 milliard d'euros), l'ensemble représentant l'**OGD** médico-social personnes handicapées. Les soins aux personnes handicapées s'élèvent ainsi à près de 9,1 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2012.

Une analyse menée sur les dépenses consacrées en 2011 aux personnes handicapées dans le cadre de l'ONDAM médico-social montre que sur les 8,3 milliards de dépenses, 6,3 milliards avaient été dévolus aux soins dispensés à des enfants et des adolescents (à 85 % dans des établissements accueillant des enfants et des adolescents, avec ou sans hébergement, et à 15 % dans les services médico-sociaux) et environ 2,1 milliards aux soins dispensés à des adultes (à 93 % pour les établissements et à 7 % pour les services).

Selon l'enquête ES 2010-handicap, les établissements pour enfants et adolescents handicapés offraient 106 000 places fin 2010. Les plus nombreux sont les **IME**, avec près de 70 000 places (dont 31 % en internat et 69 % en externat /accueil de jour) et les **ITEP** avec 15 000 places (dont 56 % en internat). Viennent ensuite les **EJDS** (7 800 places), les **IEM** (7 500 places) et les **EP** (5 600 places dont 51 % en internat). Les enfants accueillis dans ces établissements y sont le plus souvent scolarisés. Les services à l'enfance handicapée **SESSAD** offraient quant à eux 44 000 places, soit 10 000 de plus qu'en 2006. 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. À l'offre de services des **SESSAD** s'ajoutent les services de soins ambulatoires qui proposent du dépistage précoce et des suivis en consultation, assurés par les **CAMSP** pour des enfants âgés de moins de 6 ans et par les **CMPP** pour les enfants de moins de 20 ans. En 2010, 65 000 enfants ont été suivis par les **CAMSP** et 175 000 par les **CMPP**.

Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés offraient 140 000 places fin 2010. 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. Les **MAS** (24 000 places) sont entièrement financées par l'assurance maladie ; elles accueillent des personnes souffrant de déficiences intellectuelles (41 % des personnes accueillies) ou de polyhandicap (30 %). Les **FAM** (20 500 places), financés partiellement par l'assurance maladie, accueillent majoritairement des déficients intellectuels, psychiques et moteurs. L'âge moyen des personnes accueillies en **MAS** et en **FAM** progresse : plus de 30 % d'entre elles ont plus de 50 ans. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés se sont fortement développés entre 2006 et 2010, notamment les **SAVS** - qui accompagnent 38 000 adultes - et les **SAMSAH**. Seuls ces derniers sont financés pour partie par l'assurance maladie (80 millions en 2011). Leur nombre a été multiplié par 4 depuis 2006 : il s'élève à 250 en 2010 pour 7 300 personnes accueillies.

DÉFINITIONS

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

IME : Instituts médico-éducatifs ;

ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques ;

EJDS : Établissements pour jeunes déficients sensoriels ;

IEM : instituts d'éducation motrice ;

EP : établissements pour enfants polyhandicapés ;

SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile ;

CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce ;

CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques ;

MAS : Maisons d'accueil spécialisées ;

FAM : Foyers d'accueil médicalisés ;

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale, financés par les départements.

SAMSAH : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

« Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », Y. Makdessi et B. Mordier, *Document de travail – Série Statistiques*, n°177, DREES, mars 2013.

« Établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », Y. Makdessi et B. Mordier, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 180, DREES, juin 2013.

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

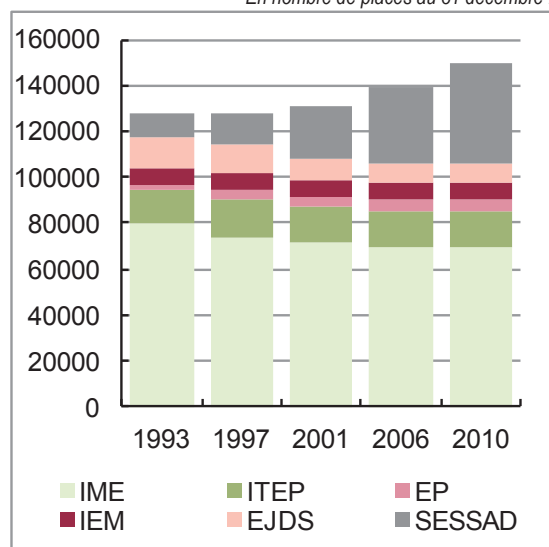
Montants en millions d'euros

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013
Objectif global de dépenses	4 491	4 744	5 322	6 158	6 904	7 697	8 255	8 531	8 755	9 054
<i>Evolution en %</i>								3,4	2,6	3,4
dont ONDAM pers. handicapées	4 491	4 744	5 322	6 158	6 638	7 376	7 941	8 251	8 444	8 736
dont Contribution CNSA					266	321	314	280	311	318

Source : DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

B3.2 Places d'accueil pour enfants handicapés par type d'établissements

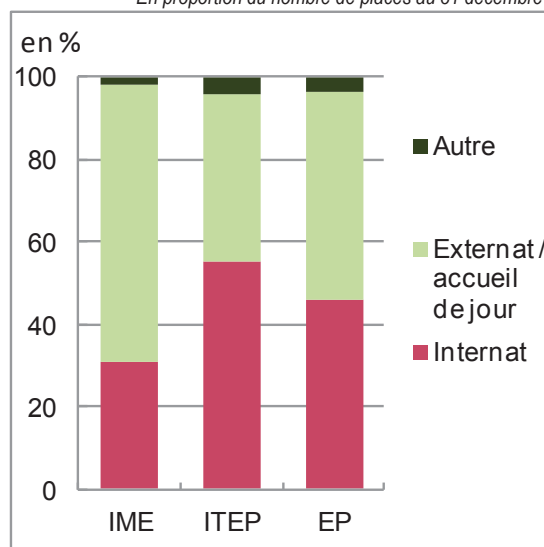
En nombre de places au 31 décembre 2010



Source : DREES, Enquêtes ES 1993 à 2010.

B3.3 Répartition des places pour enfants handicapés selon la modalité d'accueil

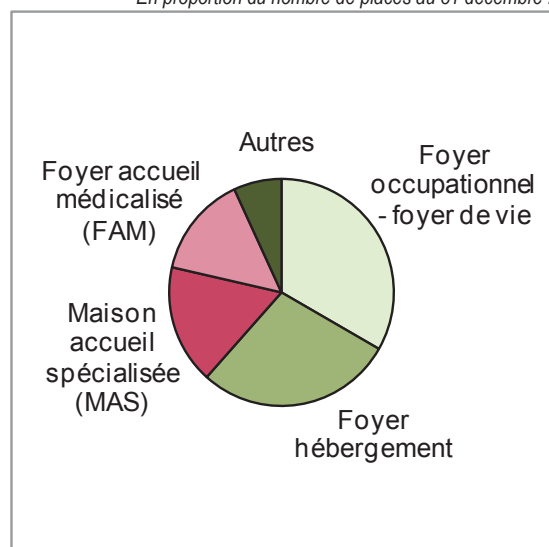
En proportion du nombre de places au 31 décembre 2010



Source : DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

B3.4 Répartition des places d'hébergement pour adultes handicapés*

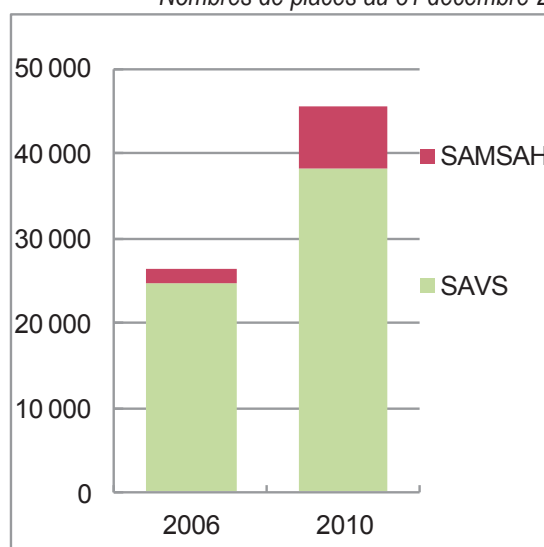
En proportion du nombre de places au 31 décembre 2010



* 90 % de financement ONDAM sur MAS et FAM. Seuls ces deux types d'hébergement entrent en partie dans la dépense courante de santé, les autres types étant en dehors du champ des comptes de la santé.
Source : DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

B3.5 Accompagnement d'adultes handicapés*

Nombres de places au 31 décembre 2010



* Seuls les SAMSAH sont financés sur l'ONDAM. Les SAVS sont entièrement en dehors du champ des comptes de la santé.
Source : DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques maladie, accident du travail et maternité versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique). En 2013, elles s'élèvent à 12,8 milliards d'euros.

Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (+8 % par an en moyenne), leur rythme de croissance a nettement ralenti à partir de 2004 pour s'établir aux alentours de 4 % par an jusqu'en 2010. Ce rythme ralentit à nouveau en 2011, et après avoir légèrement reculé en 2012 (-0,6 %), les indemnités journalières (IJ) n'augmentent que de 0,4 % en 2013.

Une analyse de l'évolution en valeur des indemnités journalières des risques « maladie » et « accident du travail » du régime général montre que leur dynamique est liée à plusieurs facteurs :

- l'évolution des salaires, qui constituent le prix des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des indemnités journalières, mais avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active, en raison des problèmes de santé qui peuvent apparaître avec l'âge, nécessitant des arrêts plus longs que pour les salariés plus jeunes ;
- les mesures de maîtrise des dépenses, et notamment la politique de contrôle des arrêts de travail par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ainsi que les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

Depuis 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées : les sorties des patients hors de leur domicile soit ne sont pas autorisées, soit sont interdites de 9h à 11h et de 14h à 16h ; les contrôles des arrêts de travail sont devenus systématiques à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours auparavant. Depuis 2008, le versement des IJ maladie peut être suspendu lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical.

À partir du 1^{er} décembre 2010, le calcul des indemnités journalières versées par la CNAMTS, la MSA et le RSI est effectué sur une base de 365 jours au lieu de 360, ce

qui a représenté une économie de 110 millions d'euros en année pleine. Enfin, l'abaissement à 1,8 SMIC du salaire maximal pris en compte pour le calcul des IJ maladie des salariés du régime général et du régime agricole depuis le 1^{er} janvier 2012 a représenté une économie de 150 millions d'euros en année pleine.

L'évolution du volume des indemnités « maladie » et « accident du travail », rapporté à l'emploi a connu des ruptures de tendance en 2004, en 2007 puis en 2010 puisque l'on a enregistré :

- une forte progression de 2001 à 2003, qui 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 ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Au cours de ces trois années, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée en valeur ;
- une reprise de la hausse du volume des dépenses d'indemnités journalières rapporté à l'emploi à partir de 2007 ;
- une chute depuis la mi-2011 jusqu'à la fin 2012, qui est liée à trois facteurs : la modification du mode de calcul des IJ, la dégradation du marché du travail, et le contexte épidémiologique favorable ;
- une très légère reprise en 2013 pour le risque « maladie » et une quasi-stabilisation pour le risque « accident du travail ».

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont gardé un rythme de croissance de 3 % à 4 % par an en moyenne jusqu'en 2010. Depuis 2011, en lien avec le léger recul observé du nombre de naissances, leur rythme de croissance a nettement diminué : en 2012-2013, elles augmentent de 1 % seulement.

In fine, on observe une légère modification de la structure des indemnités journalières selon les différents risques entre 2006 et 2013 : si les IJ « maladie » représentent toujours un peu plus de la moitié des dépenses, la part des IJ « accident du travail » a augmenté, passant de 20,7 % en 2006 à 22,1 % en 2013.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières », MECSS, avril 2013.

« Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 177, juin 2012.

« La dynamique des dépenses d'indemnités journalières », fiche CCSS n°10-3, septembre 2011.

« Les indemnités journalières », F. Lê, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

B4.1 Dépenses d'indemnités journalières

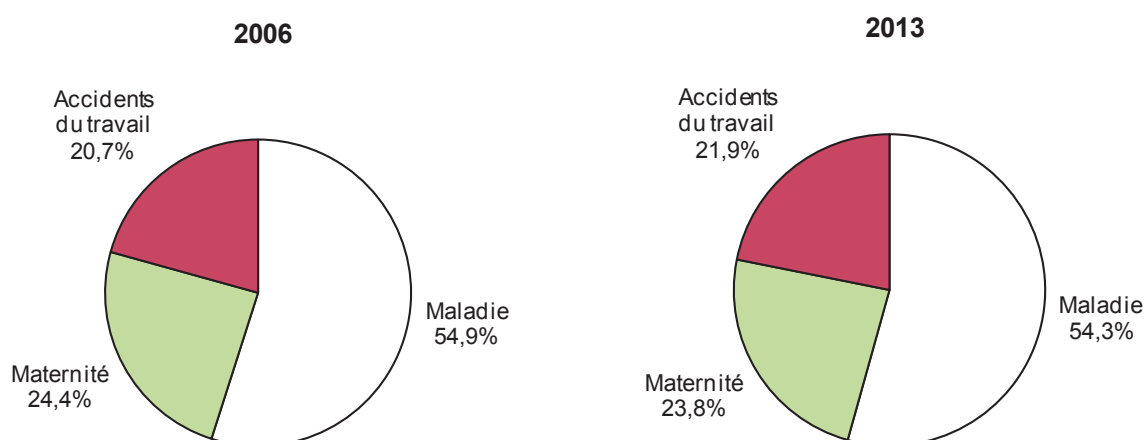
en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	10 748	11 001	11 594	12 144	12 603	12 827	12 750	12 805
Maladie	5 905	6 012	6 329	6 643	6 880	7 001	6 922	6 957
Maternité	2 618	2 643	2 786	2 885	2 994	2 987	3 017	3 048
Accidents du travail	2 226	2 346	2 478	2 617	2 729	2 839	2 811	2 799
Evolution (en %)		2,4	5,4	4,8	3,8	1,8	-0,6	0,4

Note : montants hors fonction publique.

Sources : DREES, ensemble des régimes de base d'assurance-maladie.

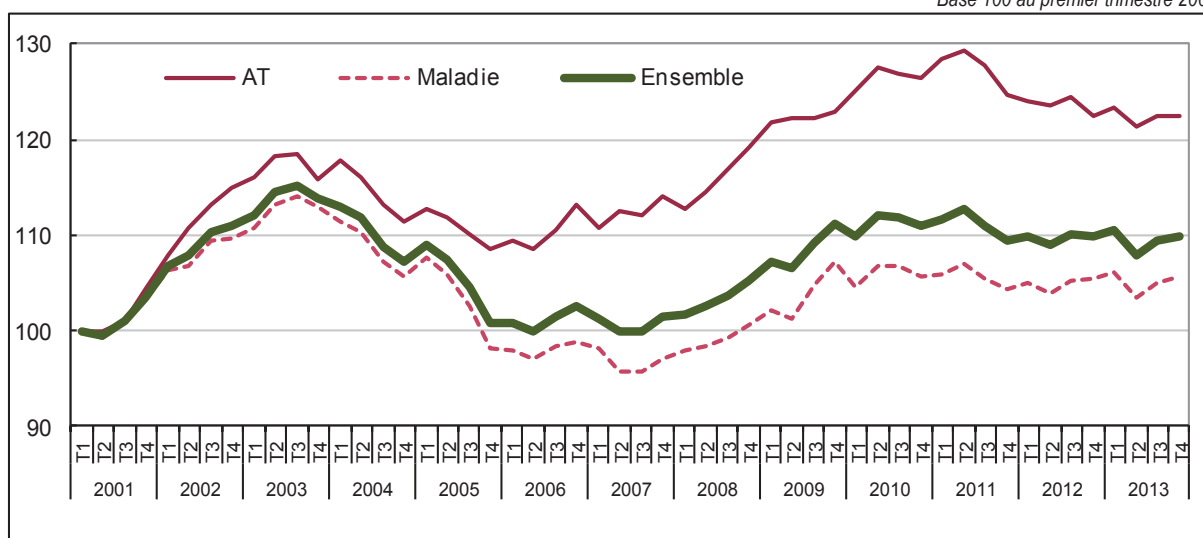
B4.2 Répartition des indemnités journalières selon le risque



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

B4.3 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapportées à l'emploi salarié

Base 100 au premier trimestre 2001



Sources : CNAMTS (régime général des salariés) pour les indemnités journalières, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

La consommation de services de **prévention institutionnelle** (ou organisée) s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2013 comme en 2012, dont 3,4 milliards pour la prévention individuelle et 2,4 milliards pour la prévention collective. Une estimation plus globale des dépenses de prévention dans le champ de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) portant sur l'année 2012 est présentée par ailleurs en éclairage.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes, et dont la totalisation n'induit pas de double compte avec la CSBM. 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 630 millions d'euros en 2013 ; mais sont présentées ici les seules dépenses de vaccination « organisée », financées par les collectivités locales et le **FNPEIS** (108 millions en 2013) ; le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus 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. Notons que cette dernière représente à elle seule 26 % 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 (hyper-tension, diabète...). Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Avec les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 millions d'euros en 2003 à 185 millions d'euros en 2013. 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 2013 (56 millions d'euros), avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes : en

2012, le taux de participation des jeunes à qui ce programme s'adresse atteignait 35 %.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non « individualisables », c'est-à-dire non imputables à un individu. On distingue :

- la prévention collective à visée comportementale, qui comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé ;
- 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, veille, alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

À noter : le poste « Observation, veille, recherche, règlements » présente une rupture de série en raison de la modification du mode de financement de l'ANSM intervenue en 2011 : auparavant financée en partie par une taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique (non comptabilisée en base 2005), l'ANSM est désormais principalement financée par une dotation budgétaire de l'État (inscrite au programme 204).

Avec 5,8 milliards d'euros en 2013, les dépenses de prévention institutionnelle s'élèvent à 89 € par habitant. Elles représentent 2,4 % de la dépense courante de santé. Au niveau local, la fongibilité des crédits du fonds d'intervention régional (FIR), mis en place en 2012, est asymétrique au bénéfice des dépenses de prévention. Les ARS ont ainsi la possibilité de dépenser plus que prévu sur ces enveloppes, l'inverse n'étant pas possible.

L'État et les collectivités locales ont financé 59 % de ces dépenses en 2013, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, comme en 2012). Entre 1995 et 2012, cette structure a peu évolué, sauf en 2009 en raison de la part exceptionnelle prise par la Sécurité sociale dans la prévention de la grippe H1N1.

DÉFINITIONS

FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES (Études et résultats, n° 504, DREES, juillet 2006) ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002. Voir également l'éclairage dans ce rapport « Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012 ».

Vaccination : elle comporte les vaccins et leur administration ; cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport annuel de performances annexé au PLF 2012, programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

« MT dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie », CNAMTS, Point d'information, mai 2013.

B5.1 Dépenses de prévention institutionnelle

en millions d'euros

	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	5 013	5 036	5 416	6 403	5 697	5 718	5 838	5 846
<i>Evolution en %</i>	4,8	1,1	3,4	13,4	-11,0	0,4	2,1	0,1
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 282	2 413	2 599	2 823	2 791	2 800	2 807	2 878
Vaccins (1)	94	98	106	134	109	111	109	108
PMI - Planning familial	599	619	653	693	688	683	673	681
Médecine du travail	1 272	1 334	1 407	1 508	1 512	1 536	1 527	1 549
Médecine scolaire	316	362	434	488	482	470	498	540
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	431	507	571	617	604	622	615	622
Dépistage des tumeurs	91	143	159	182	173	193	184	185
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	143	154	191	180	180	179	177	178
Autres pathologies	13	12	14	21	21	21	21	20
Examens de santé	165	173	175	184	181	180	182	184
Bilans bucco-dentaires	19	25	32	51	49	50	51	56
PREVENTION COLLECTIVE	2 337	2 164	2 327	3 072	2 408	2 404	2 519	2 449
A visée comportementale	396	442	504	511	508	494	485	461
Campagne en faveur des vaccinations	24	28	25	25	24	24	24	24
Lutte contre les addictions	67	69	90	103	104	104	106	87
Information, promotion, éducation à la santé	305	346	389	384	379	365	355	350
A visée environnementale	1 941	1 722	1 823	2 561	1 900	1 911	2 034	1 988
Hygiène du milieu (2)	402	471	492	522	523	531	529	537
Prévention des risques professionnels	363	377	394	419	423	436	435	444
Prévention et lutte contre la pollution	250	202	145	157	225	198	172	143
Observation, veille, recherche, règlements (3)	107	154	146	172	176	174	311	311
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	6	10	93	580	-28	26	42	48
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	508	553	712	582	546	544	505
DOUBLE-COMPTÉ AVEC LA CSBM (4)	-37	-48	-81	-110	-106	-108	-102	-103

(1) selon l'ANSM, les dépenses totales de vaccination s'élèvent à 630 millions d'euros en 2013.

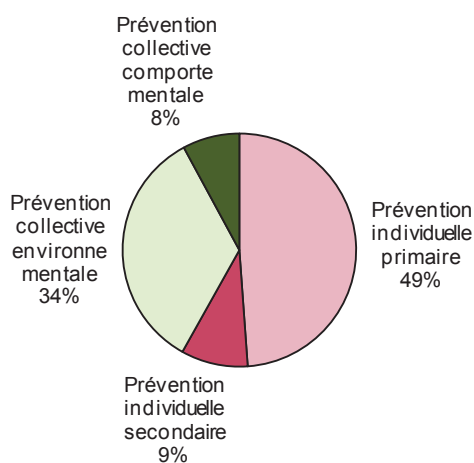
(2) y compris lutte anti-vectorielle

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

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

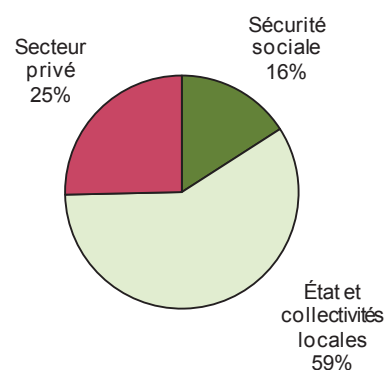
Sources : calculs DREES.

B5.2 Répartition des dépenses de prévention 2013



Sources : calculs DREES.

B5.3 Financement des dépenses de prévention 2013



Sources : calculs DREES.

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** s'élèvent à 2,8 milliards d'euros en 2013. Elles comprennent :

- la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (ou cotisations PAM), soit 2,4 milliards d'euros en 2013. Mise en place en 1960 pour les médecins, cette prise en charge 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...) ;
- la dotation versée par l'assurance maladie au **FIQCS** qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins de ville, soit 244 millions d'euros en 2013 ;
- l'**aide à la télétransmission**, soit 136 millions d'euros en 2013.

Les dotations versées à d'autres fonds sont comptabilisées par ailleurs : celles de l'INPES ou de l'EPRUS dans les dépenses de prévention, celles de la HAS ou de l'ATIH dans les coûts de gestion du système de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** a été évaluée à 7,5 milliards d'euros en 2012, soit 113 euros par habitant. Pour le compte provisoire de l'année 2013, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élèverait à 7,4 milliards d'euros, soit 1 % de moins qu'en 2012.

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIRE (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. ;

- la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;
- 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).

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 à 52 % en 2013.

En 2013, les **dépenses de formation des personnels médicaux** atteignent près de 2 milliards d'euros, soit 1,7 % de plus qu'en 2012. Leur rythme de croissance ralentit depuis 4 ans, après plusieurs années de forte hausse due principalement 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 (plus de 90 %). La Sécurité sociale contribue au financement de la formation continue des médecins et au financement des **IFPP** (budgets annexes des hôpitaux). 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.

DÉFINITIONS

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, créé en 2007 et résultant de la fusion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (créé en 1999) et de la Dotation nationale de développement des réseaux (créée en 2002).

IFPP : Écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes.

Aide à la télétransmission : elle a figuré dans les charges de gestion courante de la CNAMTS jusqu'en 2009 ; elle a donc été retranchée jusqu'en 2009 des coûts de gestion de la CNAMTS figurant dans la fiche B.7.

Recherche médicale et pharmaceutique : une partie de ces dépenses figure déjà dans la CSBM : il s'agit du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. C'est pourquoi la dernière ligne des tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur est intitulée « double compte ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche qui seraient sinon comptés deux fois.

B6.1 Les dépenses en faveur du système de soins

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	7 856	8 981	9 680	10 632	11 461	11 461	11 663	11 975	12 089	12 183
<i>Evolution en %</i>	6,7	8,4	4,0	6,6	5,5	0,0	1,8	2,7	1,0	0,8
Subventions au système de soins *	1 628	1 833	2 103	2 277	2 189	2 226	2 397	2 562	2 660	2 797
<i>dont PAM</i>	1 613	1 719	1 957	2 086	1 880	1 958	2 040	2 165	2 312	2 416
<i>dont FIQCS et aide à la télétransmission</i>	15	114	146	191	310	268	357	397	348	381
Recherche médicale et pharmaceutique **	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 498	7 421
Formation des personnels médicaux	807	873	967	1 320	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 966

* Prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé (PAM), FIQCS et aide à la télétransmission.

** y compris "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : DREES, ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

B6.2 Recherche médicale et pharmaceutique

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 498	7 421
<i>Evolution en %</i>	8,9	8,9	1,8	6,3	5,1	-2,1	-0,4	1,4	-0,4	-1,0
Financements budgétaires	2 662	3 049	3 171	3 097	3 401	3 344	3 498	3 490	3 620	3 583
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
Universités et hôpitaux *	954	1 055	1 170	1 136	1 550	1 454	1 550	1 553	1 628	1 612
Autres financements	2 760	3 226	3 439	3 938	4 210	4 108	3 923	4 035	3 877	3 837
Industries pharmaceutique et de matériel médical **	2 641	3 108	3 311	3 810	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 695
Secteur associatif	119	118	128	128	126	116	108	108	144	142

* y compris PHRC repris dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur : 63 millions d'euros en 2013.

** Ligne reprise dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 14,7 milliards d'euros en 2013, soit 2,7 % de plus qu'en 2012. Ils comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (y compris les contributions versées aux **ARS**) ;
- des organismes complémentaires: mutuelles, assurances, institutions de prévoyance et Fonds CMU ;
- de l'**ONIAM** ;
- ainsi que :
- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (y compris celui des ARS) ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (**HAS, ATIH, CNG, ANAP**).

Concernant l'assurance-maladie, sont comptabilisés les coûts de gestion des différents régimes (hors aide à la télétransmission retracée avec les subventions au système de soins). Ces coûts s'élèvent à 7,4 milliards d'euros en 2013.

Depuis le passage à la LOLF en 2005, il n'existe plus 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), hors subventions à la HAS, à l'ATIH et au CNG. Au total, le montant retenu

pour le ministère chargé de la santé est de 0,9 milliard d'euros en 2013.

Pour les opérateurs publics (HAS, CNG, ATIH, ANAP), le montant des financements publics ou de leurs frais de gestion (ONIAM) s'élève à 0,12 milliard d'euros en 2013. Les autres opérateurs publics tels que l'INPES, l'InVS ou l'EPRUS sont déjà comptabilisés dans les dépenses de prévention (fiche B.5).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) ont été évalués à partir des données recueillies par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de régulation (ACPR)**. En 2011, le changement de réglementation comptable intervenu le 1^{er} janvier a modifié les coûts de gestion des OC. En effet, jusqu'en 2010, la **contribution au Fonds CMU** des OC était comptabilisée dans leur compte de charges de gestion courante ; à partir de 2011, cette contribution est devenue une taxe comptabilisée en compte de tiers, ainsi exclue des charges de gestion. Ainsi, pour l'année 2012, les coûts de gestion des OC ont été évalués à 6,2 milliards d'euros : 3,2 milliards pour les mutuelles, 2,2 milliards pour les sociétés d'assurance et 0,8 milliard pour les institutions de prévoyance (cf. « Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, 2014, pp.24-25).

Dans un souci d'homogénéité, la série des coûts de gestion des OC a été recalculée pour les années 2000 à 2010 hors contribution versée par les OC au Fonds CMU. En 2013, les coûts de gestion des OC atteignent 6,4 milliards d'euros.

DÉFINITIONS

ARS : Agence régionale de santé.

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

HAS : Haute autorité de santé.

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance.

EPRUS : Établissements de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

InVS : Institut de veille sanitaire.

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Autorité de contrôle prudentiel et de régulation (ACPR) : créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACPR recueille des états de contrôle prudentiel ainsi que des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire.

Contribution au Fonds CMU : jusqu'en 2010, cette contribution est comptabilisée par les organismes complémentaires dans leurs charges de gestion (classe 6 du plan comptable des organismes d'assurances) ; à partir de 2011, elle se transforme en taxe comptabilisée en compte de tiers (classe 4 du plan comptable).

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - 2013 », O. Jacod et C. Zaidman, DREES, juin 2014.

« La protection sociale en France et en Europe en 2012 – édition 2014 », *Études et statistiques*, DREES, juin 2014.

B7.1 Coûts de gestion du système de santé

en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 329	14 722
<i>Evolution en %</i>		2,7	4,9	3,3	2,7	3,7	1,7	2,7
Principaux organismes gérant le risque maladie *	6 370	6 526	6 927	7 233	7 191	7 147	7 170	7 356
Organismes complémentaires **	4 776	4 916	5 076	5 156	5 513	6 012	6 213	6 372
- Mutuelles	2 620	2 650	2 664	2 662	2 873	3 046	3 209	3 257
- Sociétés d'assurance	1 566	1 657	1 792	1 868	1 970	2 196	2 213	2 315
- Institutions de prévoyance	589	609	620	625	669	769	790	799
- Fonds CMU	1	1	1	1	1	1	1	1
Ministère chargé de la Santé	632	665	683	702	730	770	814	870
Opérateurs publics (HAS, ATIH, CNG, ANAP et ONIAM) ***	94	91	111	134	144	157	132	124

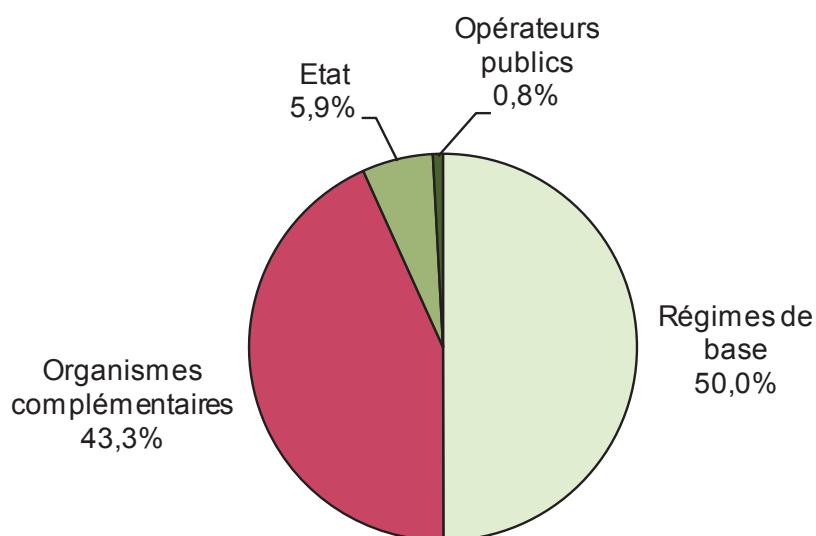
* CNAMTS, MSA, RSI, autres régimes : frais de gestion (avant 2009, hors aide à la télétransmission comptée en subvention au système de soins).

** Coût de gestion des organismes complémentaires hors contribution au Fonds CMU.

*** Les financements des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (INPES, InVS, ABM, INTS, ANSM, EPRUS).

Sources : DREES, Comptes de la Protection Sociale ; DSS, comptabilité des organismes de sécurité sociale ; calculs DREES à partir des données ACPR et Fonds CMU pour les organismes complémentaires.

B7.2 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2013



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

C. Le Financement de la Santé

Avec le changement de base, plusieurs modifications ont été apportées à la répartition du financement de la CSBM entre les différents agents économiques. De ce fait, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale (y compris régime d'Alsace-Moselle et CAMIEG) est réévaluée en 2011 de 0,26 point par rapport à la base 2005.

En 2013, la Sécurité sociale (y compris régime d'Alsace-Moselle et CAMIEG) reste l'acteur majeur du financement de la CSBM avec 76,0 % de la dépense. Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM a diminué de façon continue, passant de 76,8 % à 75,7 % en raison de mesures d'économies : franchises sur les médicaments, les soins d'auxiliaires et les transports de malades, hausse du forfait journalier et remboursements de nombreux médicaments. Cette tendance s'interrompt en 2012-2013 : en effet, à l'exception des soins hospitaliers, la part de la Sécurité sociale augmente sur tous les autres postes de dépenses depuis 2 ans.

Sur la même période, le reste à charge des ménages a connu une évolution inverse de celle de la Sécurité sociale : il s'accroît entre 2006 et 2011 pour diminuer en 2012 puis en 2013, où il s'établit à 8,8 % de la CSBM. Enfin, la part des organismes complémentaires a augmenté de façon continue, passant de 13,0 % en 2006 à 13,7 % en 2011 puis 13,8 % en 2013, expliquant ainsi en partie le recul de la Sécurité sociale en début de période, et la baisse du reste à charge en fin de période.

C'est pour le secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée : 91,0 % en 2013 contre 92,0 % en 2006. Ce recul est dû aux augmentations du forfait journalier de 2007 et 2010, ainsi qu'au relèvement de 91 € à 120 € en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 € sur actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part des organismes complémentaires (OC) qui a augmenté de 0,9 point entre 2006 et 2013.

Entre 2006 et 2011, la part des **soins de ville** (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades) prise en charge par la Sécurité sociale était orientée à la baisse (-0,8 point) tandis que, symétriquement, la part des OC progressait (+1,1 point). En 2008, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point avec la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. Le reste à charge des ménages restait quasi-stable. À partir de 2012, la part de la Sécurité sociale

pour les soins de ville repart à la hausse pour atteindre 62,9 % en 2013 : en effet, la **ROSP** constitue un supplément de rémunération versé aux médecins qui à court terme fait augmenter la dépense de la Sécurité sociale. A moyen terme, elle devrait faire diminuer cette dépense avec une modération des prescriptions, une prescription de génériques en hausse, un meilleur suivi des patients en **ALD** (diabète notamment), etc. En 2013, la part des OC dans les soins de ville s'établit à 22,2 % et le reste à charge des ménages à 13,0 %.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale avait nettement diminué entre 2006 et 2008 en raison des nombreux remboursements intervenus en 2006 et de la mise en place d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008. La prise en charge par la Sécurité sociale a atteint son point le plus bas, 66,6 %, en 2008. Stable de 2008 à 2011, cette part repart à la hausse depuis 2012 et atteint 67,5 % en 2013, car ce sont les médicaments remboursés à 100 % (correspondant pour l'essentiel au traitement des ALD) dont la consommation s'avère la plus dynamique, en particulier la rétrocession hospitalière.

Symétriquement, le reste à charge des ménages sur le médicament augmente de 3,9 points entre 2006 et 2012, passant de 13,0 % à 16,9 %, notamment en raison de l'instauration d'une franchise en 2008. Il reste à ce niveau en 2013. La part des médicaments prise en charge par les OC (14,3 % en 2013) a en revanche diminué de 2,6 points entre 2006 et 2013, sous l'effet mécanique des remboursements et de la franchise. Le recul s'est accru d'un point entre 2010 et 2012, certains organismes complémentaires ne prenant plus en charge les médicaments à faible service médical rendu (remboursés au taux de 15 %).

Enfin, c'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale reste la plus faible : 42,4 % de la dépense totale en 2013. Ce taux moyen recouvre un taux très faible pour l'optique (4 % de la dépense totale), mais nettement plus important pour les autres matériels. Les biens médicaux constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge près de 40 % de cette dépense. L'optique y tient une place prépondérante : en effet, sur les 5,3 milliards versés par ces organismes pour des biens médicaux en 2013, 4,2 milliards sont consacrés à l'optique. En parallèle, le reste à charge des ménages s'est sensiblement réduit, passant de 24,6 % en 2006 à 17,4 % en 2013, soit une diminution de 6 points en 7 ans.

DÉFINITIONS

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

Soins de ville : soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), les analyses médicales et les cures thermales.

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique.

ALD : affections de longue durée

Autres biens médicaux : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses et véhicules pour handicapés physiques.

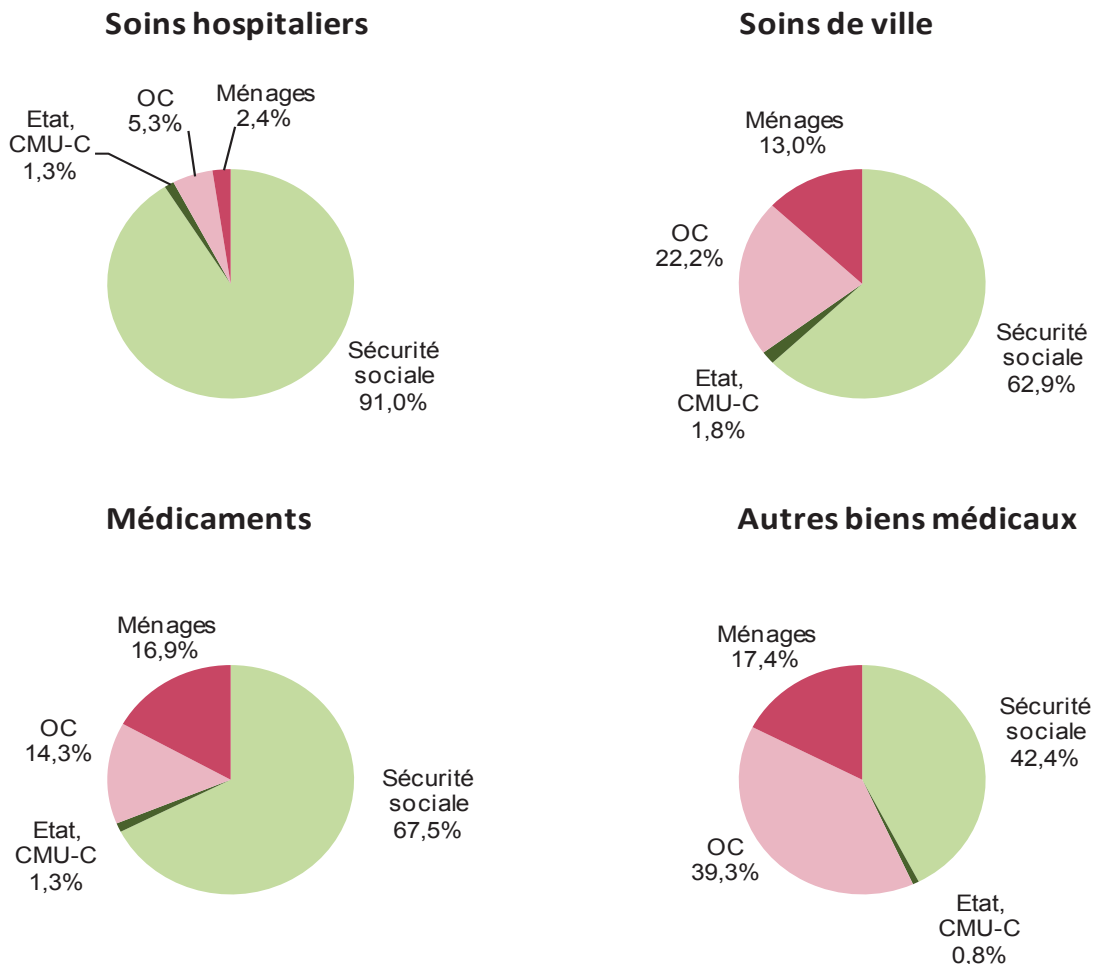
C1.1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble de la CSBM								
Sécurité sociale	76,8	76,6	76,0	76,1	76,0	75,7	75,9	76,0
Etat, CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Organismes complémentaires	13,0	13,1	13,4	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8
Ménages	8,8	8,9	9,3	9,2	9,2	9,2	9,0	8,8
Soins hospitaliers								
Sécurité sociale	92,0	91,8	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,0
Etat, CMU-C org. de base	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires	4,4	4,6	4,8	4,7	5,1	5,2	5,3	5,3
Ménages	2,5	2,5	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	2,4
Soins de ville								
Sécurité sociale	63,2	63,1	62,6	62,5	62,4	62,4	62,6	62,9
Etat, CMU-C org. de base	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	21,3	21,1	21,8	21,9	22,0	22,4	22,3	22,2
Ménages	13,6	13,9	13,8	13,8	13,9	13,4	13,3	13,0
Médicaments								
Sécurité sociale	68,7	68,6	66,6	66,8	66,8	66,8	67,1	67,5
Etat, CMU-C org. de base	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires	16,9	16,7	16,3	16,5	15,9	15,2	14,8	14,3
Ménages	13,0	13,3	15,8	15,5	16,1	16,8	16,9	16,9
Autres bien médicaux								
Sécurité sociale	41,1	41,8	42,7	41,8	42,2	41,6	42,0	42,4
Etat, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
Organismes complémentaires	33,5	33,6	34,5	35,3	36,0	37,1	39,1	39,3
Ménages	24,6	23,8	22,0	22,1	21,0	20,5	18,1	17,4

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

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

C1.2 Part de la Sécurité sociale dans les principaux postes de la CSBM en 2013



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

L'analyse ci-dessous est effectuée sur la base 2005, mais la révision de l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux intervenue à l'occasion de la publication de la nouvelle base des Comptes nationaux ne constitue pas un obstacle à l'étude de son financement sur longue période.

Entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est passée de 50 % à 80 %. La couverture maladie s'est généralisée au cours des années 1960-1970 et la quasi-totalité de la population en bénéficie en 1980. La Sécurité sociale rembourse alors 80 % des dépenses. 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 depuis la mise en place du secteur 2,
- les mesures de déremboursement et ce, malgré les facteurs structurels qui poussent à l'accroissement de la prise en charge comme la progression du nombre de personnes en **ALD**.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM recule ainsi de 80 % en 1980 à 77 % en 1990, et se stabilise à ce niveau jusqu'en 2005. Depuis 2005, la part de la Sécurité sociale s'est à nouveau légèrement réduite, pour s'établir aux alentours de 76 % depuis 2010.

Entre 1950 et 1980, l'assurance maladie complémentaire se développe lentement : elle couvre 31 % des assurés en 1960, 49 % en 1970 et 69 % 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 complé-

mentaire s'impose comme un étage à part entière du 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 sur le petit risque. 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. Ainsi, l'assurance complémentaire couvre 95 % de la population depuis 2003 et finance près de 14 % de la CSBM en 2012.

Supérieure à 30 % entre 1950 et 1959, la participation des ménages et des organismes complémentaires autres que les mutuelles (sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) au financement de la CSBM a diminué régulièrement jusqu'à 12 % en 1980, pour remonter autour de 15 % en 1990.

Depuis 1992, il est possible de distinguer la part prise par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance du reste à charge des ménages. Bien qu'elle reste encore modeste, la contribution des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance s'accroît : elle représente 6,3 % de la CSBM en 2012 contre 3,8 % en 1992. Cette augmentation de la prise en charge complémentaire entraîne une diminution du reste à charge des ménages qui a diminué de près de 4 points en 20 ans.

DÉFINITIONS

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

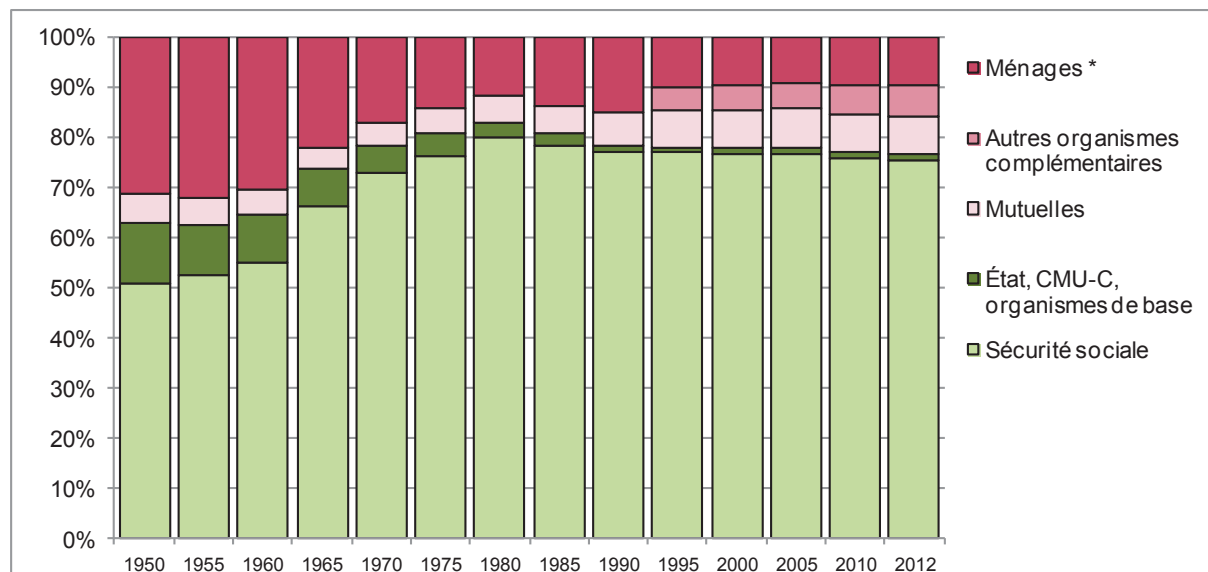
Organismes complémentaires : mutuelles (depuis 1950), sociétés d'assurance et institutions de prévoyance (présentes dans les Comptes de la santé depuis 1992 seulement).

ALD : affections de longue durée.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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



* Ménages y compris autres organismes complémentaires (assurances et institutions de prévoyance) jusqu'en 1994.

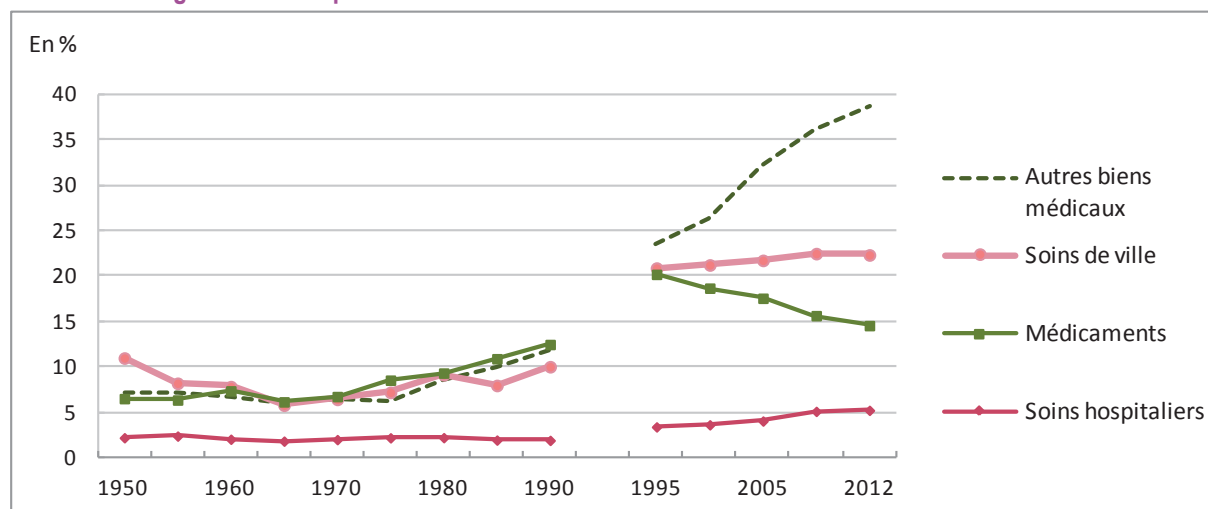
Sources : DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

C2.2 Part de la Sécurité sociale dans la CSBM



Sources : DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

C2.3 Part des organismes complémentaires * dans la CSBM



* Mutuelles seules jusqu'en 1990 ; mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance à partir de 1995.

Sources : DREES, réropolation des Comptes de la santé – base 2005.

En 2013, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 76,0 % (y compris régime d'Alsace-Moselle et **CAMIEG**), soit 142,0 milliards d'euros.

Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié (55,6 %) des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2013. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (cf. annexe 2.b).

Viennent ensuite les soins de ville (21,7 % de la dépense de la Sécurité sociale), constitués à près de 80 % de dépenses de médecins et d'auxiliaires médicaux. Les médicaments de ville (vendus dans les officines pharmaceutiques ou en rétrocession hospitalière) constituent le 3^{ème} poste le plus important des dépenses de l'assurance maladie : 15,9 % en 2013.

La Sécurité sociale finance les trois-quarts de la Dépense courante de santé (DCS) en 2013, soit 185,2 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements ou en **SSIAD**, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que les coûts de gestion de la Sécurité sociale elle-même.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM, il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) au sens français : le cumul des financements « État, collectivités locales et **CMU-C** organismes de base » représente en effet 12,3 milliards d'euros en 2013, soit 5,0 % de la DCS.

Parmi ces 12,3 milliards, 28 % sont consacrés aux dépenses de prévention et 29 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15 % et les coûts de gestion du système de santé 7 %. Ceux-ci ont été revus à la baisse car ils ne comprennent plus la contribution des organismes complémentaires au Fonds CMU (cf. fiche D.7).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, 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) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.

Pour bénéficier de l'AME, il faut en outre disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2013, on comptait 282 400 bénéficiaires de l'AME, dont 262 600 en France métropolitaine et 19 800 dans les DOM. Après s'être accru continûment de 5,4 % par an en moyenne entre 2007 et 2010, le nombre de bénéficiaires avait reculé en 2011 de 8,4 %. Depuis 2012, le nombre de bénéficiaires de l'AME augmente à nouveau, de 20 % en 2012, puis de 12 % en 2013. Ainsi, après avoir observé une stagnation du montant des prestations versées par l'État au titre de l'AME en 2012 (608 millions d'euros comme en 2011), on constate une forte hausse des prestations versées en 2013 : elles s'élèvent à 712 millions d'euros (dont 551 millions au titre de 2013 et 161 millions au titre des années antérieures), soit 17 % de plus qu'en 2012.

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base. Leur montant s'est élevé à 1,7 milliard d'euros en 2013, soit 3,7 % de plus qu'en 2012.

DÉFINITIONS

Financements publics : Sécurité sociale, État (AME, invalides de guerre, soins urgents) et collectivités locales.

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

CAMIEG : Caisses d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile.

CMU-C : la CMU 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2013, prévisions 2014 », juin 2014.

« Insertion socioprofessionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », B. Boisguérin, *Dossier Solidarité-Santé*, n° 19, DREES, 2011.

C3.1 Financements publics en 2013 au sein de la CSBM et de la DCS

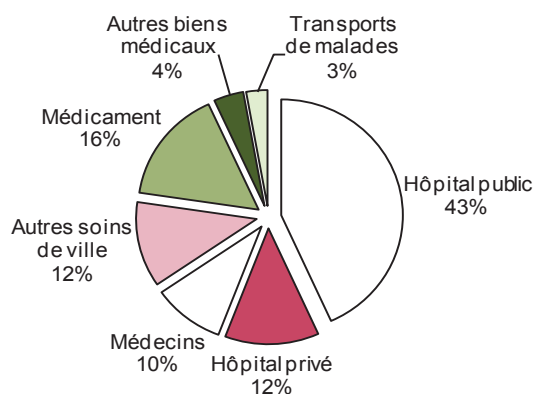
Dépenses par poste	Total 2013 en millions €	Sécurité sociale (1)		Etat, collectivités locales, CMU-C org. de base	
		en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Soins hospitaliers	86 707	78 942	91,0	1 104	1,3
dont Hôpitaux du secteur public	66 770	61 223	91,7	1 002	1,5
dont Hôpitaux du secteur privé	19 938	17 720	88,9	103	0,5
Soins de ville	48 927	30 794	62,9	896	1,8
dont Médecins	20 537	13 700	66,7	358	1,7
dont Auxiliaires	13 436	10 644	79,2	111	0,8
dont Dentistes	10 637	3 418	32,1	343	3,2
dont Laboratoires d'analyses	4 318	3 031	70,2	83	1,9
Médicaments en ville	33 453	22 585	67,5	424	1,3
Autres biens médicaux en ville	13 359	5 667	42,4	110	0,8
Transports de malades	4 302	4 004	93,1	40	0,9
CSBM	186 749	141 992	76,0	2 573	1,4
Soins de longue durée	19 186	19 186	100,0	0	0,0
dont SSIAD	1 538	1 538	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	8 595	8 595	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	9 054	9 054	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	12 805	12 805	100,0	0	0,0
Prévention	5 846	930	15,9	3 434	58,7
dont Prévention individuelle	3 397	386	11,4	1 580	46,5
dont Prévention collective	2 449	544	22,2	1 854	75,7
Subventions au système de soins	2 797	2 797	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 421	0	0,0	3 583	48,3
Formation	1 966	17	0,9	1 848	94,0
Coût de gestion de la santé	14 722	7 449	50,6	887	6,0
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ (2)	247 732	185 176	74,7	12 326	5,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

(2) corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.

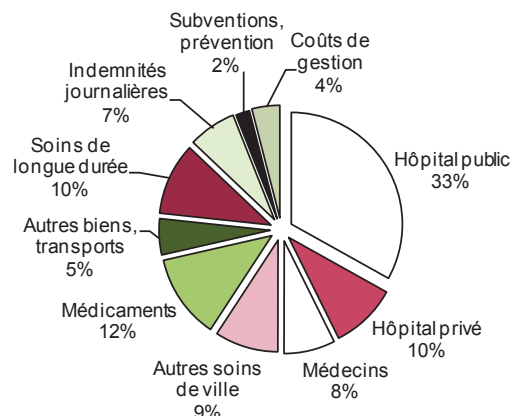
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C3.2 CSBM : Dépense de la Sécurité sociale (2013)



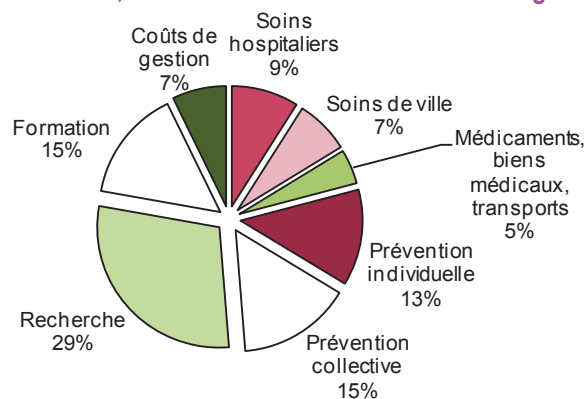
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C3.3 DCS : Dépense de la Sécurité sociale (2013)



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C3.4 DCS : Dépense de l'État, des collectivités locales et CMU-C org. de base (2013)



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux est orientée à la hausse en raison notamment de l'augmentation de la dépense sur les postes qu'ils prennent en charge. Cette part atteint 25,7 milliards d'euros en 2013, soit 13,8 % de la CSBM.

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,6 milliard d'euros en 2013 – cf. fiche D.7), la part des OC dans le financement de la CSBM passe même à 14,7 %.

Sa progression est imputable aux soins hospitaliers, aux soins de ville (dépassements des médecins et des dentistes notamment), ainsi qu'à la dynamique de croissance des biens médicaux qui sont particulièrement bien pris en charge par les OC.

En 2013, les versements des mutuelles représentent 52,8 % des versements des OC (58,8 % en 2006), ceux des sociétés d'assurance 28,6 % et ceux des institutions de prévoyance 18,6 %. La part des mutuelles a ainsi reculé de 6 points en 7 ans au profit de celle des sociétés d'assurance principalement : +5,2 points entre 2006 et 2013.

Entre 2006 et 2013, la part des OC dans le financement des dépenses de santé est passée de 13,0 % à 13,8 %. Cette progression résulte de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments.

La part des OC dans les dépenses hospitalières est passée de 4,4 % en 2006 à 5,3 % en 2013. Elle a augmenté en 2008 avec de la prise en charge par les OC de la participation de 18 € sur les actes lourds (de plus de 91 €), puis en 2010 avec l'augmentation de 2 € du forfait journalier au 1^{er} janvier. À noter l'alourdissement du ticket modérateur « acte lourd » en 2011 avec le relèvement du seuil de 91 € à 120 €. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, se sont ajoutées une hausse des prestations des OC sur les soins de ville (+1 point en 7 ans) ainsi qu'une forte augmentation sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, matériels...), en lien notamment avec la baisse des taux de remboursement par l'assurance maladie (passés de 65 % à 60 % depuis mai 2011 sur les produits de la LPP) et avec la hausse des montants au-delà des tarifs opposables. C'est le type de dépenses pour lequel la participation des OC a le plus progressé : 39,3 % en 2013 contre 33,5 % en 2006 (et environ 26 % en 2000).

La hausse de ces trois postes dans les prestations des OC a plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. En outre, depuis 2011, certains organismes complémentaires ne prennent plus en charge les médicaments à **SMR** faible (remboursés à 15 %). C'est pourquoi la part des OC dans la dépense de médicaments est passée de 16,9 % en 2006 à seulement 14,3 % en 2013, malgré le passage de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments à SMR modéré en 2011.

Parmi les prestations versées par les OC, la 1^{ère} place revient aux soins de ville avec 42,3 % de leur contribution (dont 16,3 % de soins dentaires et 15,4 % de soins de médecins). Viennent ensuite les « autres biens médicaux » (20,2 %) qui devancent désormais les médicaments qui ne représentent plus que 18,6 % des prestations des OC. Enfin, les soins hospitaliers représentent 17,9 % des prestations des OC en 2013.

La structure de prestations prises en charge n'est toutefois pas rigoureusement identique selon le type d'OC considéré. Ainsi, les versements au titre des soins hospitaliers et des médicaments représentent une part plus importante que la moyenne des OC pour les mutuelles et les sociétés d'assurance. *A contrario*, les institutions de prévoyance offrent une prise en charge sensiblement plus élevée des soins dentaires (notamment des prothèses dentaires) et des biens médicaux tels que l'optique.

Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour...) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acupuncture...). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,8 milliard d'euros en 2013.

Actuellement, 95 % des ménages disposent d'une couverture complémentaire en 2012 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES.

DÉFINITIONS

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

SMR : service médical rendu.

POUR EN SAVOIR PLUS

« La situation financière des les organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2012 », O. Jacod et C. Zaidman, DREES, juin 2014.

« Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », N. Célant, S. Guillaume, T. Rochereau, IRDES, juin 2014.

Sites internet : www.mutualite.fr, www.fsa.fr et www.ctip.fr ; www.irdes.fr, ESPS.

C4.1 Financements des organismes complémentaires en 2013

(en millions d'euros)

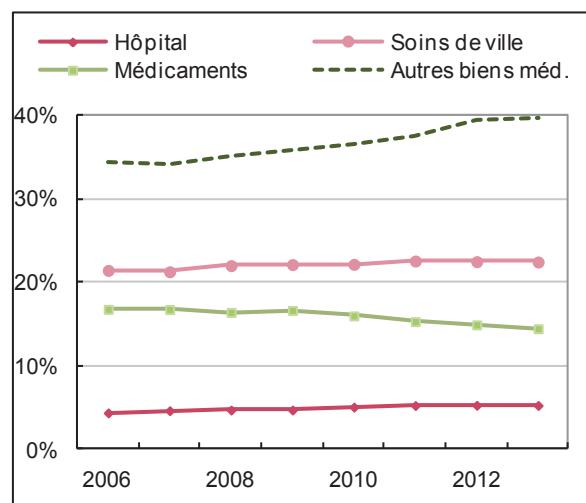
Prestations versées	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 574	7 346	4 788	25 709	13,8
Soins hospitaliers	2 487	1 441	681	4 608	5,3
Soins de ville	5 660	3 093	2 113	10 866	22,2
Médecins	2 065	1 199	725	3 989	19,4
Dentistes	2 072	1 143	968	4 183	39,3
Auxiliaires médicaux	944	429	237	1 609	12,0
Laboratoires d'analyses	580	322	183	1 085	25,1
Médicaments	2 763	1 353	673	4 790	14,3
Autres biens médicaux **	2 551	1 400	1 304	5 255	39,3
Transports de malades	113	59	18	190	4,4
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	1 039	517	278	1 834	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour...)	653	377	176	1 206	
Prestations diverses	387	139	103	629	

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

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

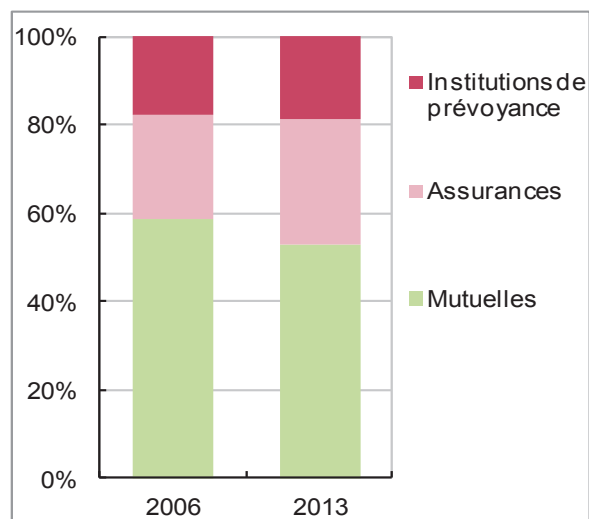
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C4.2 Part des OC pour les principaux postes de la CSBM



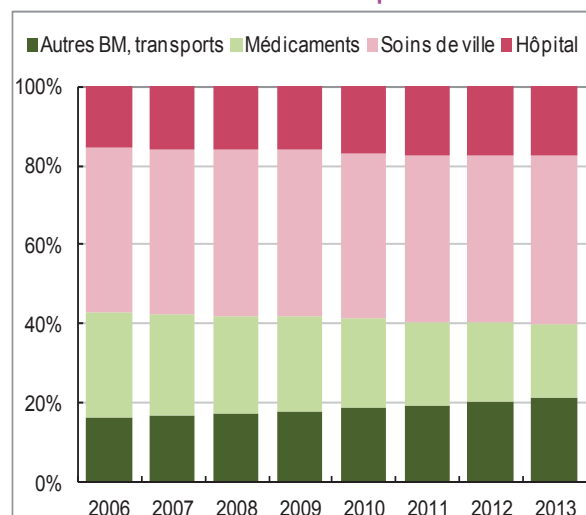
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C4.3 Parts relatives des OC en 2006 et en 2013



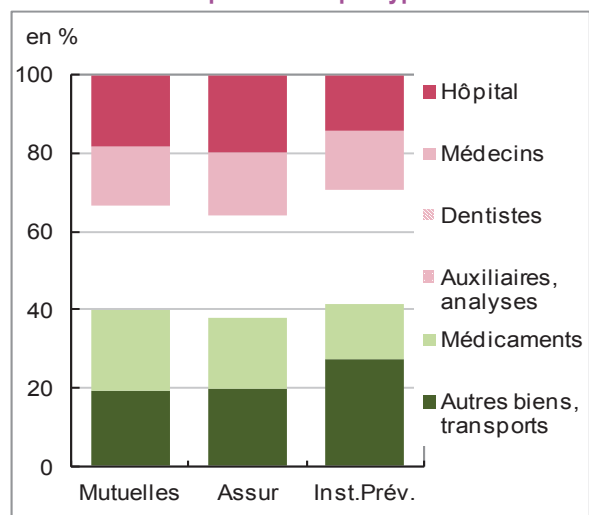
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C4.4 Évolution de la structure des prestations des OC



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C4.5 Structure des prestations par type d'OC en 2013



Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

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 offre la prise en charge complémentaire des soins à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'assurance maladie, du forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou certains dispositifs médicaux. Sa gestion est assurée par les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires santé. En 2013, 14,7 % des bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire (15,3 % en 2012).

La CMU-C est attribuée sous conditions de ressources. Ce dispositif a été complété en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus un peu supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C.

Le plafond de ressources pour l'attribution de la CMU-C a été relevé de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013 et fin 2013, on dénombrait 4,9 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 7,5 % de plus qu'en 2012, et 1,2 million de bénéficiaires d'attestations ACS soit 15 % de plus qu'en 2012 (pour l'ACS, le plafond de ressources est fixé à 35 % de plus que le plafond CMU-C).

Depuis 2009, les organismes complémentaires (OC) constituaient l'unique source de financement du Fonds CMU. L'année 2011 a vu la transformation de la contribution des OC en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (taxe TSA). Pour être neutre financièrement, le taux est passé de 5,9 % à 6,27 %, son assiette étant constituée du montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par les OC. En 2013, les OC ont ainsi versé 2,1 milliards d'euros au Fonds CMU.

Fin 2012, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a réattribué une fraction (3,15 %) des taxes sur le tabac au Fonds CMU, qui a ainsi encaissé 352 millions d'euros à ce titre en 2013.

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires sous la forme d'un forfait. Depuis le 1^{er} janvier 2009, ce forfait était fixé à 370 € par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. Si le montant moyen de dépense par bénéficiaire était

équivalent au forfait pour le régime agricole et inférieur pour le régime des indépendants, en revanche, les dépenses constatées pour les bénéficiaires gérés par le régime général s'élevaient en moyenne à 445 € par bénéficiaire. La CNAMTS a ainsi supporté une charge de 262 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2012, charge partiellement compensée par le versement par le Fonds CMU de son excédent de 2011 (126 millions d'euros). C'est la raison pour laquelle à partir du 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel de 400 € par bénéficiaire, indexé sur l'inflation. En 2013, la dépense moyenne par bénéficiaire du régime général (440 €) étant à nouveau supérieure à ce forfait, l'excédent de 337 millions dégagé par le Fonds CMU sera reversé à la CNAMTS.

Les organismes complémentaires cotisant au Fonds CMU déduisent du montant dû au titre de la TSA les versements reçus du Fonds CMU (au maximum 400 € par bénéficiaire), soit un total de 264 millions d'euros en 2013. Ils déduisent également depuis 2005 le crédit d'impôt lié à l'aide à l'ACS : 234 millions d'euros en 2013, soit 20 % de plus qu'en 2012.

Au final, la contribution nette des organismes complémentaires s'élève à 1,6 milliard d'euros en 2013. La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,6 % au lieu de 13,8 %.

Le traitement de la CMU-C dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Les dépenses liées à la CMU-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé (*cf. annexe*) :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État, collectivités territoriales et CMU-C org. de base » soit 1,7 milliard d'euros en 2013 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurance » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations versées par ces organismes complémentaires.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2013 », mai 2014, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

« Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale – Résultats 2013, prévisions 2014 », juin 2014.

« Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique », CNAMTS, Points de repère, n° 37, février 2012.

C5.1 Compte du Fonds CMU en 2013

Charges		Produits	
Total charges	2 097	Total produits	2 434
Versements aux régimes de base	1 581	Taxe CMU versée par les OC	2 066
Déductions "Contrats CMU-C" (1)	264	Taxe sur le tabac	352
Déduction "ACS" (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) (2)	234	Reprise sur provisions	16
Dotations aux provisions	17		
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (excédent)	337		

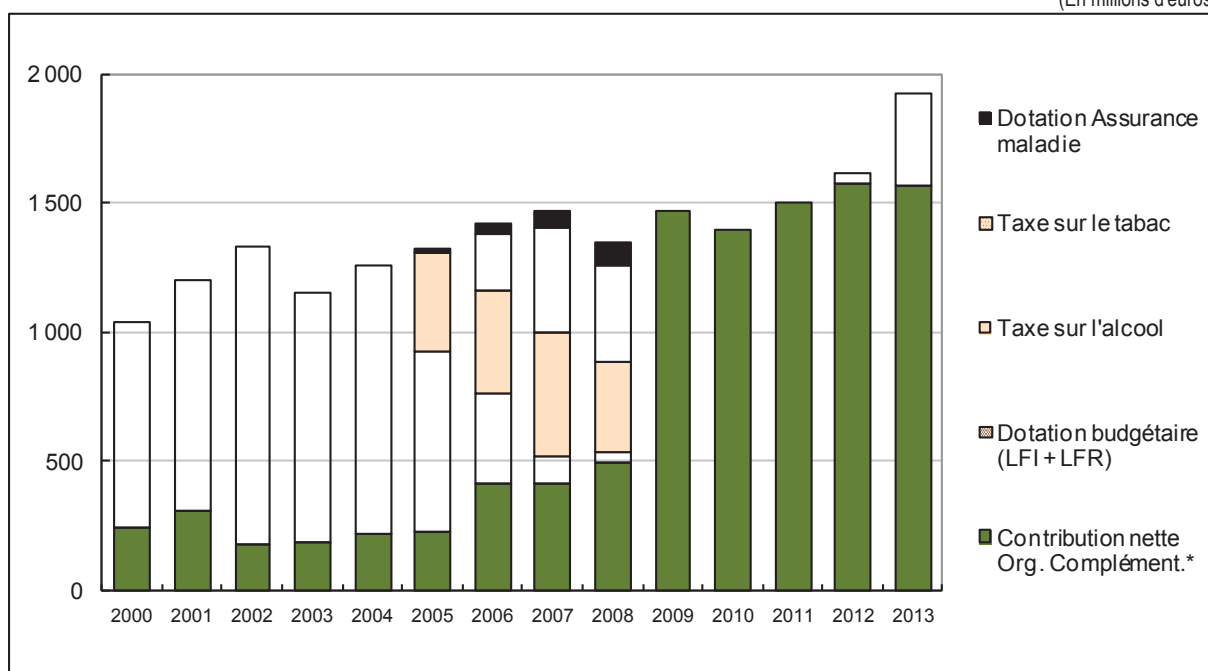
(1) Avoirs accordés aux organismes complémentaires pour les bénéficiaires CMU-C qu'ils gèrent (370 € par bénéficiaire).

(2) Avoirs accordés aux organismes complémentaires pour les bénéficiaires ACS qu'ils gèrent.

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2013.

C5.2 Évolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2013

(En millions d'euros)



* Contribution des OC nette des reversements du Fonds CMU (forfaits et ACS).

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2013.

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des Comptes nationaux, l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux et le partage de son financement ont été revus. C'est ce qui explique la modification du niveau du reste à charge entre les deux bases.

La baisse du niveau du reste à charge résulte d'une révision à la baisse de l'automédication, par définition entièrement supportée par les ménages, conjuguée à une révision à la hausse de la part de la Sécurité sociale avec en particulier l'intégration de la CAMIEG.

En base 2010, le **reste à charge** des ménages est évalué à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 8,8 % de la **CSBM**, contre 9,0 % en 2012 et 9,2 % en 2011. Ce recul est en partie dû au ralentissement des dépassements d'honoraires de médecins et des dépassements de tarif opposable sur de nombreux produits de la LPP à partir de 2012 et à la baisse de la consommation de médicaments non remboursables en 2013.

L'évolution du reste à charge est très liée à celle de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi aux diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie.

Ainsi, entre 2006 et 2009, le reste à charge s'est accru sous l'effet de différentes mesures non compensées par les organismes complémentaires : en 2005 avec la participation forfaitaire de 1 € sur les remboursements de consultations et d'analyses ; en 2006 avec la modulation des taux de remboursement des consultations de médecins, selon que les patients respectent ou non le parcours de soins ; en 2007, avec l'augmentation du plafond de la participation forfaitaire, qui était fixé à 1 € par jour et qui a été porté à 4 € et avec l'accroissement de la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins (le taux de remboursement est passé à 50 % au lieu de 70 % pour les soins effectués hors du cadre du parcours coordonné, puis à 30 % en 2009) ; puis en 2008, avec l'instauration de franchises sur les postes de dépenses les plus dynamiques : médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires. Ces franchises, dont le montant total est plafonné à 50 € par patient et par an, ont constitué une économie de 890 millions pour l'ensemble des régimes.

Des mesures ont aussi été prises en 2010 et 2011 : en 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 €, tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à faible service médical rendu passait de 35 % à 15 %, le relèvement en 2011 du seuil d'application du forfait journalier ; en outre, le taux de remboursement des médicaments à 35 % est passé à 30 % en mai 2011. Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, certains

d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15 %, ce surcoût se reportant intégralement sur les ménages.

Le reste à charge s'est stabilisé à 9,2 % de 2009 à 2011 : les nouvelles mesures d'économies ont en effet été compensées par les facteurs structurels de diminution de ce reste à charge tels que hausse des prestations des organismes complémentaires, progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée – ALD ou croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins d'infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades).

En 2012-2013, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reprend sa tendance à la baisse : elle passe de 9,2 % en 2011 à 9,0 % en 2012 puis 8,8 % en 2013. Ce recul est imputable pour partie aux facteurs structurels précédemment mentionnés, mais également à une diminution des dépenses non remboursables.

Ces éléments expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages par grand poste de la CSBM. Cette part est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 2,5 %, pour l'hôpital.

Pour les soins de ville, elle a augmenté de 13,6 % en 2006 à 13,9 % en 2011 ; elle recule depuis, s'établissant à 13,0 % en 2013. Ce recul est dû au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins conjugué à la montée en charge de la ROSP (qui augmente la prise en charge de la Sécurité sociale sur la dépense de soins de médecins).

Pour les médicaments en revanche, la part des ménages augmente de 3,9 points entre 2006 et 2012 sous l'effet des déremboursements, de la baisse du taux de prise en charge et de la progression de l'automédication. Elle recule en 2013, les achats de médicaments non remboursables diminuant pour la 1^{ère} fois depuis 2005.

Enfin, pour les autres biens médicaux (optique, matériels, orthèses...), la part des ménages diminue de 7,2 points entre 2006 et 2013 en raison de l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 %, conjuguée à une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses.

Au sein du reste à charge, soins de ville (39 %) et médicaments (34 %) dominant ; la part des autres biens médicaux s'est réduite, passant de 17 % en 2006 à 14 % en 2013, celle des soins hospitaliers restant stable.

Au total, la France reste l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible (cf. graphique 14 de la vue d'ensemble).

DÉFINITIONS

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « Total des dépenses de soins et de biens médicaux » diminué de la « Somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux.

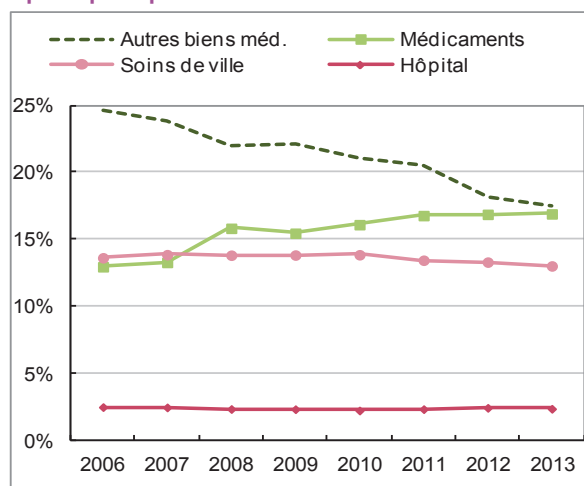
C6.1 Reste à charge des ménages

en millions d'euros

	Base 2010								% de la dépense 2013
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Ensemble	13 541	14 296	15 330	15 587	15 962	16 461	16 463	16 474	8,8
Part dans la CSBM (en %)	8,8%	8,9%	9,3%	9,2%	9,2%	9,2%	9,0%	8,8%	
Hôpital	1 760	1 799	1 770	1 829	1 798	1 928	2 061	2 052	2,4
Soins de ville	5 384	5 733	5 880	6 046	6 161	6 198	6 320	6 372	13,0
Médicaments	4 041	4 299	5 246	5 191	5 469	5 754	5 716	5 655	16,9
Autres biens médicaux	2 282	2 390	2 343	2 424	2 439	2 505	2 298	2 327	17,4
Transports de malades	73	75	92	96	95	75	69	69	1,6

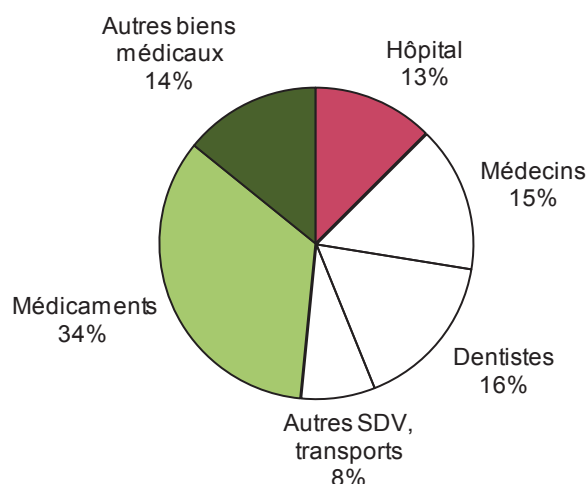
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C6.2 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



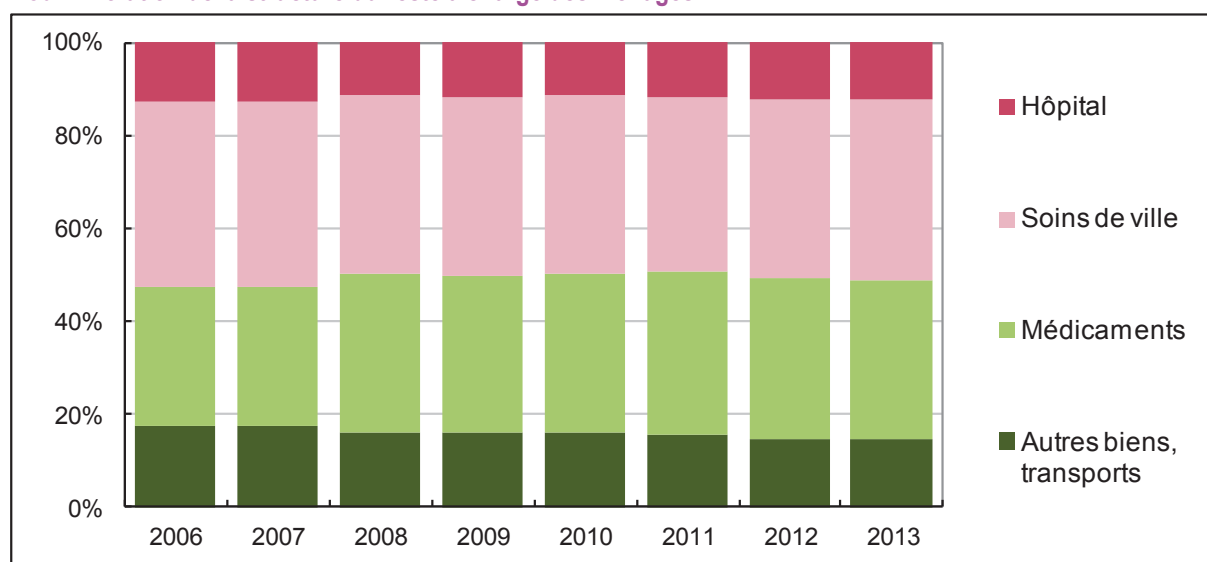
Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C6.3 Structure du reste à charge en 2013



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

C6.4 Évolution de la structure du reste à charge des ménages



Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

D. Des Comptes de la santé aux comptes de la Sécurité sociale

La consommation de soins et de biens médicaux (**CSBM**, 186,7 milliards d'euros en 2013) est essentiellement constituée de dépenses remboursées par les organismes de Sécurité sociale (y compris régime Alsace-Moselle et **CAMIEG**) et l'État. Les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale et l'État comprennent le ticket modérateur, le forfait journalier, les différentes participations forfaitaires et franchises. Elles comprennent également les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement. La part des dépenses remboursées dans la CSBM est plus élevée pour l'hôpital et les transports de malades que pour les soins de ville et les biens médicaux.

On passe de la dépense remboursée à la consommation de soins et biens médicaux par l'enchaînement suivant :

- la dépense **remboursée** (142,9 milliards d'euros) représente les prestations versées par les organismes de Sécurité sociale (76,0 % de la CSBM) et l'État (**AME**, invalides de guerre, soins urgents). On ne prend pas en compte ici la CMU-C versée par les organismes de base ;
- le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises représentent en tout 21,3 milliards (11,4 % de la CSBM). La dépense **reconnue**, qui inclut ces montants, est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires ;
- en ajoutant les dépassements d'honoraires (2,9 milliards) et le surcroît de dépense par rapport au tarif opposable des prothèses dentaires et de la **LPP** (11,5 milliards) à la dépense reconnue, on obtient la dépense **remboursable présentée au remboursement** ; cette dépense correspond 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 ;
- la CSBM inclut également en sus la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (8,2 milliards, soit 4,4 % 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...

Dans les dépenses de soins hospitaliers, les dépassements sont globalement faibles (1 %) et seuls le ticket modérateur et le forfait journalier sont significatifs, puisqu'ils représentent 6,7 % de la consommation. Ainsi, la dépense remboursée par l'assurance maladie lors d'une hospitalisation est en moyenne de 91,0 % de la consommation (hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM).

Pour les soins de ville au sens des Comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades), le taux global de remboursement de l'assurance maladie est de 62,9 % de la consommation en 2013 et les diverses participations financières représentent 17,2 % de cette consommation. Elles s'ajoutent aux dépassements qui représentent 13,9 % des dépenses totales de soins de ville.

Le taux global de remboursement par la Sécurité sociale des médicaments est de 67,5 % en 2013 tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent 17,8 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits) représentent 14,4 % de la consommation en 2013.

Pour les biens médicaux, le taux global de remboursement par la Sécurité sociale est de 42,4 % en 2013 ; il est très faible pour l'optique (4,0 %) et nettement plus important sur les autres biens. *A contrario*, les dépassements par rapport au tarif opposable sont très importants sur ce poste (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent la moitié de la consommation totale en 2013.

Enfin, les transports de malades sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'assurance maladie : leur taux de remboursement est de 93,1 %. Ce haut niveau de prise en charge s'explique par la proportion importante de patients en ALD qui ont recours à ce service, et qui sont remboursés à 100 % du fait de leur ALD.

La structure de l'écart entre prestations des organismes de Sécurité sociale et consommation totale (qui représente 24,0 % de la CSBM en 2013) s'est lentement déformée depuis 2006. Cet écart a globalement augmenté de 2006 à 2011, puis diminué depuis 2012. En effet, le ticket modérateur tend à reculer tendanciellement en l'absence de mesure affectant la participation des assurés, tandis que les dépassements par rapport au tarif opposable et la dépense non remboursable se stabilisent.

DÉFINITIONS

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

En base 2010, elle 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),
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

AME : Aide médicale d'État : pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.

LPP : liste de produits et prestations.

D1.1 Consommation de soins et de biens médicaux et dépense remboursée par la Sécurité sociale et l'État

2013	Dépense de base remboursée (S.S.* + Etat)	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 - Sect. Public	61,8	5,0	66,8	0,0	66,8	0,0	66,8
Soins hospitaliers - Sect. Prive	17,8	0,9	18,6	0,9	19,5	0,4	19,9
Soins Hospitaliers	79,6	5,8	85,4	0,9	86,3	0,4	86,7
Médecins	13,8	4,2	18,0	1,9	19,8	0,7	20,5
Auxiliaires	10,7	1,8	12,5	0,1	12,5	0,9	13,4
Dentistes	3,4	1,1	4,6	4,8	9,4	1,2	10,6
Analyses de laboratoires	3,0	1,3	4,3	0,0	4,3	0,0	4,3
Soins de ville	30,9	8,4	39,3	6,8	46,1	2,8	48,9
Transports de malades	4,0	0,2	4,2	0,0	4,2	0,1	4,3
Prestataires de Soins	114,5	14,4	128,9	7,7	136,6	3,3	139,9
Médicaments	22,7	6,0	28,6	0,0	28,6	4,8	33,5
Autres biens médicaux **	5,7	1,0	6,6	6,7	13,4	0,0	13,4
Biens Médicaux	28,4	6,9	35,3	6,7	42,0	4,8	46,8
CSBM	142,9	21,3	164,2	14,4	178,6	8,2	186,7

* 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.

** Pour les " autres biens médicaux ", ne figurent que les biens présentés au remboursement.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

D1.2 Part des différentes composantes de la dépense dans la CSBM selon le type de soins en 2013

	en %					
	Soins hospitaliers	Soins de ville	Médicaments	Biens médicaux	Transports de malades	Ensemble
Dépense remboursée par les org. de Sécurité sociale *	91,0	62,9	67,5	42,4	93,1	76,0
Dépense prise en charge par l'Etat	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, franchises	6,7	17,2	17,8	7,1	4,7	11,4
Dépense reconnue	98,5	80,3	85,6	49,7	98,0	87,9
Dépassements	1,0	13,9	0,0	50,3	0,0	7,7
Dépense présentée au remboursement	99,5	94,2	85,6	100,0	98,0	95,6
Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	0,5	5,8	14,4	0,0	2,0	4,4
CSBM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* y compris déficit des hôpitaux publics et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

D1.3 Structure de l'écart entre CSBM et dépense remboursée



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des Comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux ont été revus, ainsi que son financement. Les remboursements complémentaires effectués par la **CAMIEG** ont été identifiés et ajoutés aux autres prestations obligatoires de Sécurité sociale.

La Consommation de soins et de biens médicaux (**CSBM**) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les analyses médicales et les cures thermales),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les assurés français pour la satisfaction de leurs 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 relèvent de la Sécurité sociale, de l'État, des organismes complémentaires ou des ménages eux-mêmes. Elle s'élève à 186,7 milliards d'euros en 2013.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) augmentée :

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail ;
 - 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 prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS, FMESPP, FAC...**) ;
 - des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses ;
- et diminuée :
- des remises conventionnelles sur médicaments

versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance maladie ;

- des prestations complémentaires obligatoires du régime Alsace-Moselle et de la CAMIEG, comptabilisées dans les Comptes de la santé avec la Sécurité sociale.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes en situation précaire, des dotations à certains fonds et des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) au sens français des Comptes de la santé. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 174 milliards en 2013 lors de la CCSS de juin 2014.

Jusqu'en 2013 (avant l'ajout d'un sous-objectif propre au FIR), l'ONDAM était décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville (plus larges au sens de l'ONDAM qu'à celui de la CSBM) : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité, prestations diverses ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé ; dotation au FAC (dont aide à la télétransmission) ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;
- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au FMESPP ;
- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et celle pour personnes handicapées ;
- les autres prises en charge : soins pour les assurés français à l'étranger, dotation nationale en faveur du FIQCS, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

DÉFINITIONS

CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FAC : Fonds d'action conventionnelle.

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2013, prévisions 2014 », juin 2014.

D2.1 Dépense courante de santé (au sens français)

en millions d'euros

	2013	dont Sécurité sociale (y compris Alsace- Moselle et CAMIEG)
CSBM	186 749	141 992
Soins hospitaliers	86 707	78 942
Secteur public (1)	66 770	61 223
Secteur privé	19 938	17 720
Autres soins et biens médicaux	100 041	63 050
Soins de ville	48 927	30 794
Médicaments	33 453	22 585
Autres biens médicaux	13 359	5 667
Transports de malades	4 302	4 004
Dépense Courante de Santé (DCS)	247 732	185 176
CSBM	186 749	141 992
Autres dépenses pour les malades	31 991	31 991
SSIAD	1 538	1 538
Soins aux personnes âgées en étab. (2)	8 595	8 595
Soins aux pers. handicapées en étab. (2)	9 054	9 054
Indemnités journalières (3)	12 805	12 805
Prévention institutionnelle	5 846	930
Dépenses pour le système de soins	12 183	2 814
Subventions au système de soins (4)	2 797	2 797
Recherche médicale et pharmaceutique	7 421	
Formation des professionnels de santé	1 966	17
Coût de gestion de la santé	14 722	7 449
Double compte : recherche pharmaceutique	-3 759	

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD ou encore en MAS et FAM. Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1 milliard d'euros en 2013).

(3) en Soins de ville dans l'ONDAM (sauf les IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

(4) dont prise en charge des cotisations PAM.

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

D2.2 ONDAM

en millions d'euros

	2013
ONDAM Ville - Hôpital	155 550
Soins hospitaliers	76 150
y c. FMESPP	480
y c. USLD (1)	1 000
Soins de ville	79 400
y c. indemnités journalières maladie et AT (1)	10 200
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2 400
y c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	60
ONDAM médico-social	17 100
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1) (2)	8 400
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	8 700
Autres prises en charge	1 300
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)	
ONDAM total	174 000

(1) dans la DCS pour les Comptes de la santé qui, contrairement à l'ONDAM, ne comprend pas les montants versés par la fonction publique.

(2) contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSIAD.

(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 2014.

D2.3 Passage de la CSBM à l'ONDAM

en milliards d'euros

	2013
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	142,0
- Prestations complémentaires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,6
- Remises conventionnelles sur médicaments	-0,4
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,2
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSIAD (2)	9,5
+ Ondam personnes handicapées	8,7
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,4
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,5
+ Autres prises en charge (3)	1,3
Total	174,0
Ecart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	0,0
ONDAM	174,0

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers, et y compris régimes spéciaux.

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010 ; CCSS de juin 2014 pour l'ONDAM.

E. La Dépense Totale de Santé (DTS)

Les données internationales présentées dans ce chapitre se rapportent aux comptes de l'année 2012, effectués en base 2005 des Comptes nationaux. De même, dans ce chapitre, à l'inverse des analyses figurant dans l'ensemble du rapport, les comparaisons internationales sont basées sur le PIB en base 2005.

La **dépense totale de santé** (DTS) est l'agrégat habituellement utilisé pour les comparaisons internationales entre 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) depuis 2003.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DTS progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE était de 7,8 % du PIB en 2000. Elle est passée à 8,9 % en 2008, puis 9,6 % en 2009 et recule légèrement depuis : 9,5 % en 2010 et 9,3 % en 2012. La forte progression observée en 2009 résulte de la contraction du PIB intervenue cette année-là dans de nombreux pays de l'OCDE suite à la crise internationale. De 2010 à 2012 en revanche, la part du PIB consacrée à la santé a diminué légèrement dans la plupart des pays. La DTS de la France représente 11,6 % du PIB en 2012 en base 2005 (soit 0,4 point de plus qu'en base 2010, principalement suite à la révision par l'INSEE du niveau du PIB français).

Toutefois, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse) 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** (DCS) au sens de l'OCDE, égale à la DTS hors dépense en capital. Avec une DCS représentant 11,2 % du PIB en 2012 en base 2005, la France se place en 4^{ème} position derrière les États-Unis (16,2 %), les Pays-Bas (11,8 %) et la Suisse (11,4 %) et devant l'Allemagne et la Belgique (10,9 %), le Danemark (10,6 %), l'Autriche et le Canada (10,4 %).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense totale 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 11^{ème} rang, à un niveau un peu supérieur à la moyenne de l'OCDE. 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, Allemagne, Autriche, Danemark, Belgique, Luxembourg) et au Canada.

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car le passage de la Dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, Eurostat et à l'OMS) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux). Ainsi, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas de FBCF dans leur DTS.

Pour la France, la DTS est évaluée à partir de la dépense courante de santé au sens français diminuée des dépenses d'indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et de certaines dépenses sociales liées à la dépendance et au handicap (dépenses des départements et de la CNSA liées à l'accueil des personnes âgées ou handicapées telles que l'APA, la PCH et l'ACTP).

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 de 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.

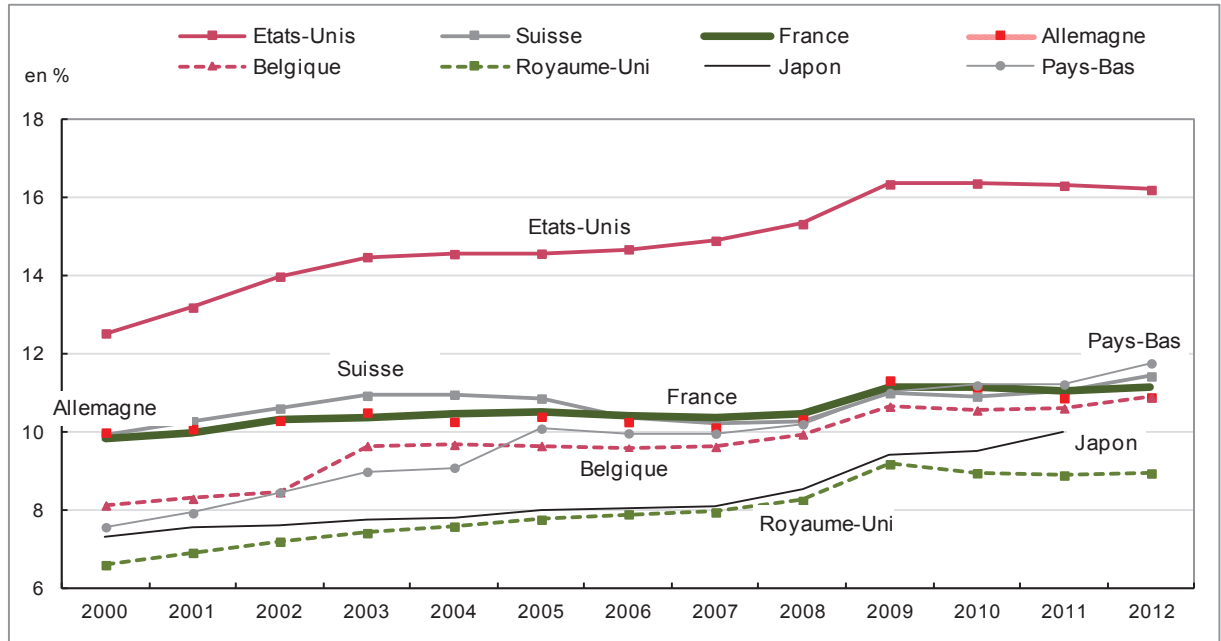
POUR EN SAVOIR PLUS

« Base de données « Eco-Santé 2014 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/health/sha.

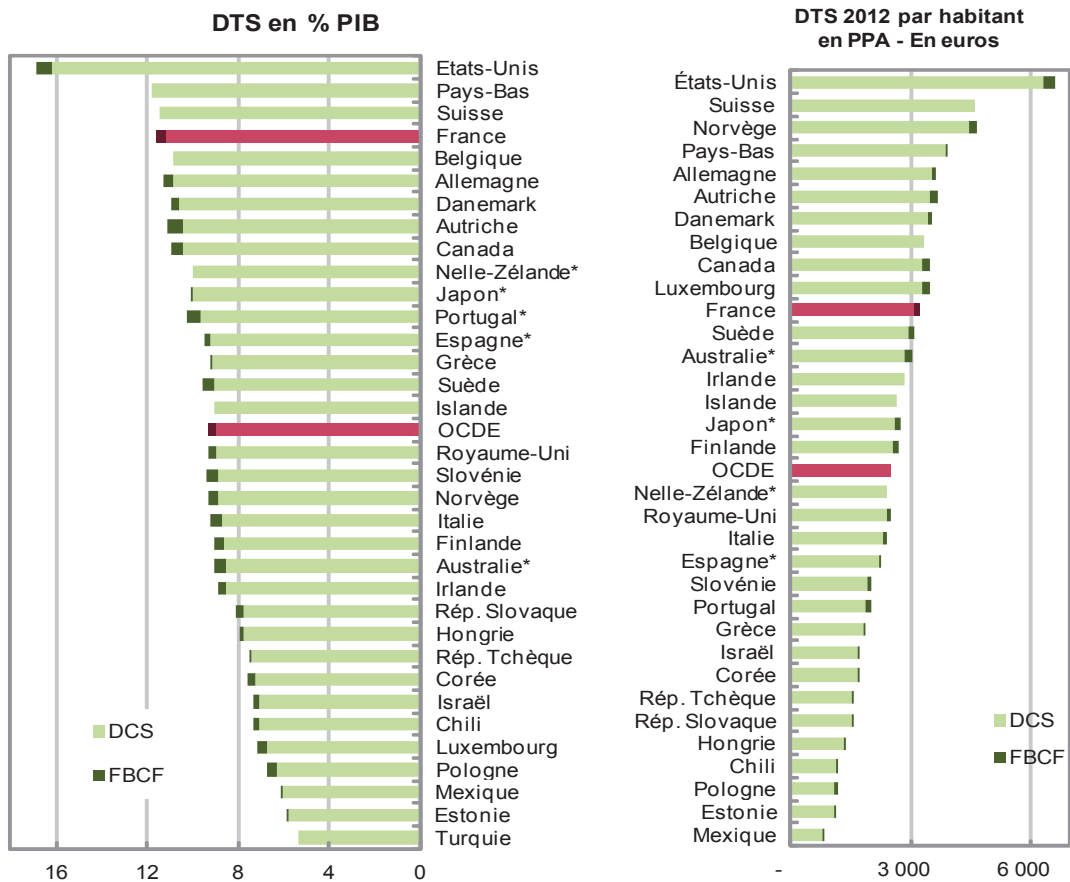
« Panorama de la santé 2013 », OCDE, décembre 2013.

E1.1 Part de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE dans le PIB



Source : Eco-Santé OCDE 2014 – base 2005.

E1.2 Dépense totale de santé en 2012



* Données 2011. Source : Eco-Santé OCDE 2014 – base 2005.
 Note : ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé.

E2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 85,1 milliards d'euros en 2012, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 46,6 % de la consommation individuelle de soins et biens médicaux française ce qui place la France en 2^{ème} position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière la Grèce.

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 biens médicaux passe pour la France à 38,5 %, ce qui la place en 7^{ème} position.

Dans le système international des comptes de la santé, deux approches sont utilisées concernant l'analyse des dépenses, celle par type de soins et celle par type de producteurs, comme l'illustre le cas des établissements hospitaliers.

L'hôpital en tant que producteur (nomenclature HP) correspond à l'entreprise qui assure les soins : ainsi les montants des cliniques privées comprennent seulement les frais de séjour, et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant. Dans l'optique « production », la production de soins des médecins comprend leurs honoraires en clinique et en ville.

L'hôpital sous l'angle des soins (nomenclature HC) correspond aux montants totaux dépensés lors d'une hospitalisation : ainsi les honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique privée sont intégrés dans les dépenses d'hospitalisation privée.

L'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 biens médicaux (y compris les soins de longue durée) est de 35,7 % pour la France en 2012, mais les niveaux des autres pays peuvent également varier de façon significative. La France se place alors à un niveau proche de celui de ses voisins européens.

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour les équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. En 2012, ce nombre s'élève à 3,39 lits pour 1 000 habitants en France pour 3,42 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits (4,7 pour 1 000 habitants en 1995).

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme 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 plus élevé. En 2010, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,2 jours contre 6,2 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette durée moyenne de séjour a baissé dans tous les pays : elle est passée de 8,7 jours en 1995 à 7,2 jours en 2000, puis 6,2 jours en 2010.

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.

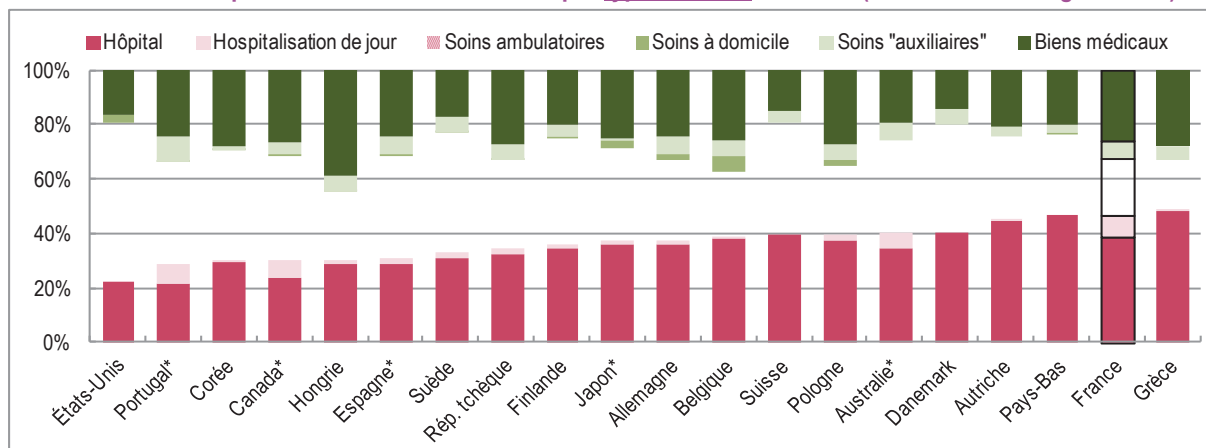
Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

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.

POUR EN SAVOIR PLUS

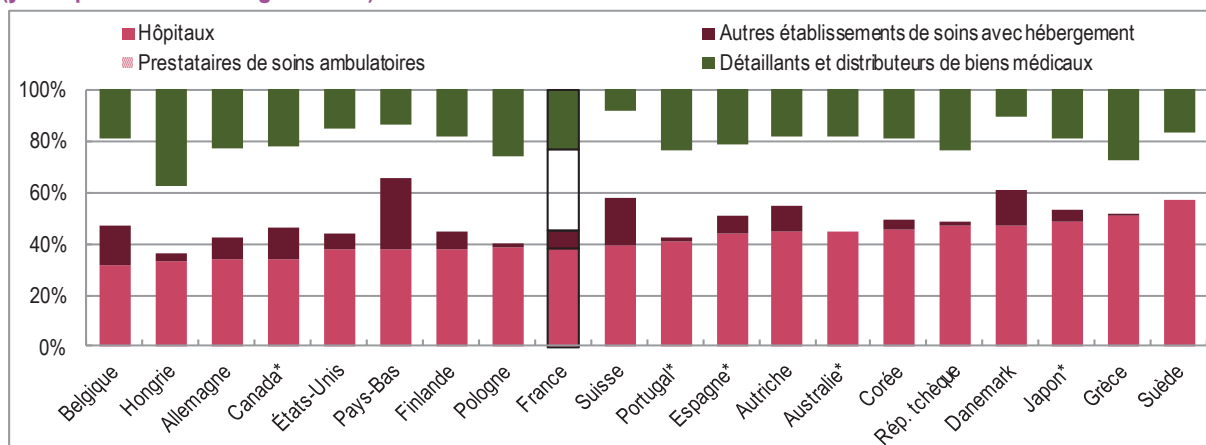
Base de données « Eco-Santé 2014 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.
« Panorama de la santé 2013 », OCDE, décembre 2013.

E2.1 Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2012 (hors soins de longue durée)



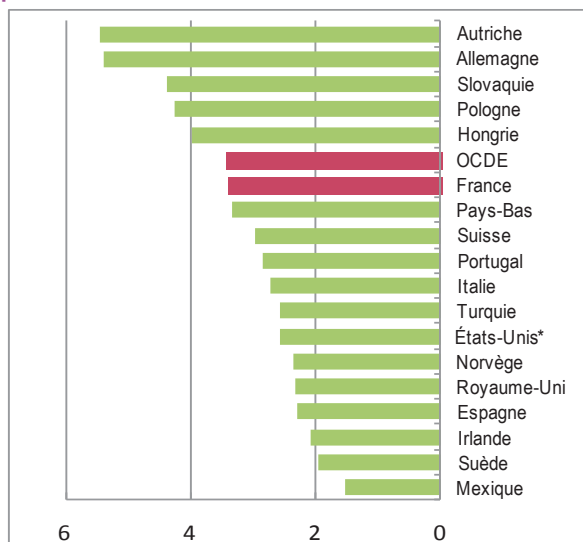
Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée. * Données 2011. Dans certains pays, la chirurgie ambulatoire est incluse dans les soins ambulatoires. Par conséquent, la proportion d'hospitalisation de jour reflète mal les différences de développement de la chirurgie ambulatoire. Celles-ci peuvent s'appréhender à partir des données de l'enquête IAAS 2009 : la part de la chirurgie ambulatoire dans la dépense totale de chirurgie s'élevait en 2009 à 36 % en France, soit un niveau plus bas qu'en Allemagne (43 %) et ou encore qu'au Danemark (74 %). Sources : Eco-Santé OCDE 2014.

E2.2 Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2012 (y compris soins de longue durée)



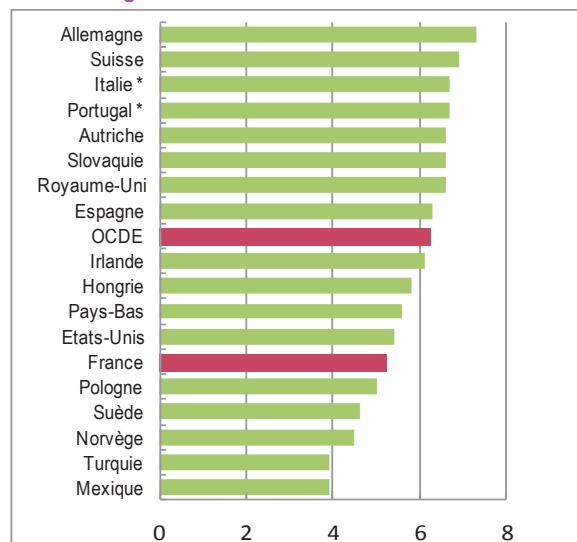
Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée). * Données 2011. Sources : Eco-Santé OCDE 2014.

E2.3 Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2012



* Données 2011. Sources : Eco-Santé OCDE 2014.

E2.4 Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2010



* Données 2009. Sources : Eco-Santé OCDE 2012.

E3 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2012, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant est de 3,2 pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays : elle va de 1,7 médecin pour 1 000 habitants en Turquie à 4,3 médecins pour 1 000 habitants en Allemagne, 4,9 en Norvège et 6,2 en Grèce. La France se situe légèrement au-dessus de la moyenne, avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

La densité de médecins a fortement augmenté depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme de croissance ralenti depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, son rythme de croissance est devenu inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2010 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période, ainsi que les pays à faible densité de médecins (Mexique, Turquie). 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.

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 1,9 en 2012, avec toutefois une grande hétérogénéité entre les pays. En France, on compte encore presque autant de généralistes que de spécialistes, comme au Portugal, au Canada ou aux Pays-Bas. Mais dans la plupart des autres pays de l'OCDE, les spécialistes sont nettement

plus nombreux que les omnipraticiens. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la catégorie « autres ».

Dans plusieurs pays (Australie, 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 (Suède par exemple), certains professionnels de santé (infirmiers spécialisés par exemple) jouent un rôle important dans les soins primaires, évitant ainsi le recours à un médecin.

En 2012, le nombre de consultations par habitant est de 6,7 par an en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette moyenne recouvre des disparités très importantes : pas plus de 3 consultations par an au Mexique, en Suède ou en Finlande, contre plus de 11 en Hongrie, en République Tchèque, en Corée ou au Japon. La France se situe dans la moyenne, avec 6,7 consultations par an en 2012.

Parmi les pays européens, les pays où les médecins sont principalement payés à l'acte (Allemagne, Espagne) 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 2012, le nombre de consultations par médecin s'élève à environ 2 400 en moyenne par an (il est légèrement inférieur en France). Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de médecins ayant augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

DÉFINITIONS

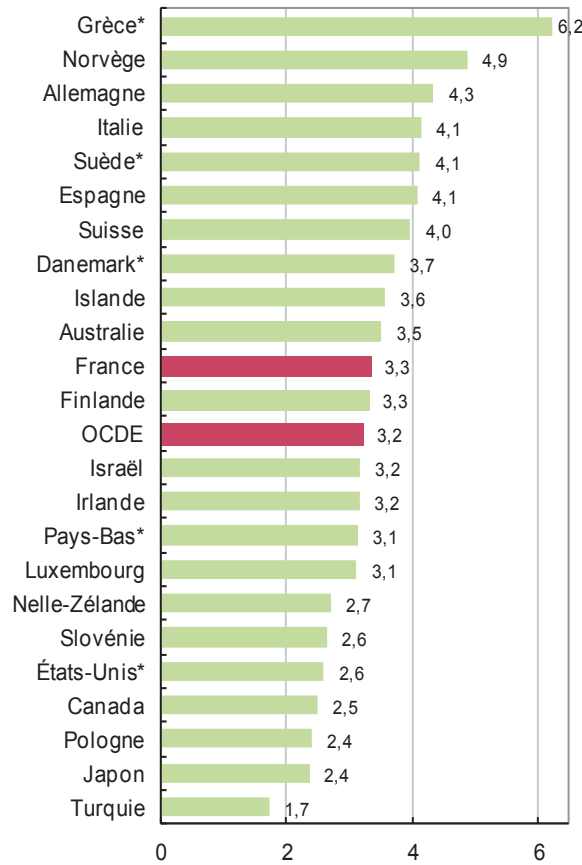
Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la France, la Grèce, les Pays-Bas et la Turquie incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

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 (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

POUR EN SAVOIR PLUS

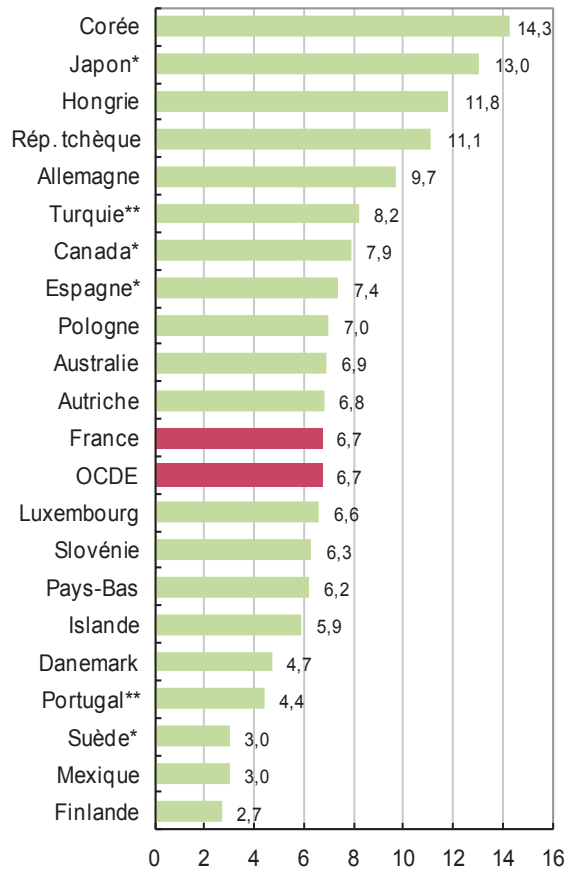
« Health at glance – Europe 2013 », OCDE, décembre 2013.
Base de données « Eco-Santé 2014 » de l'OCDE, consultable sur <http://stats.oecd.org>

E3.1 Médecins en activité en 2012
Densité pour 1 000 habitants



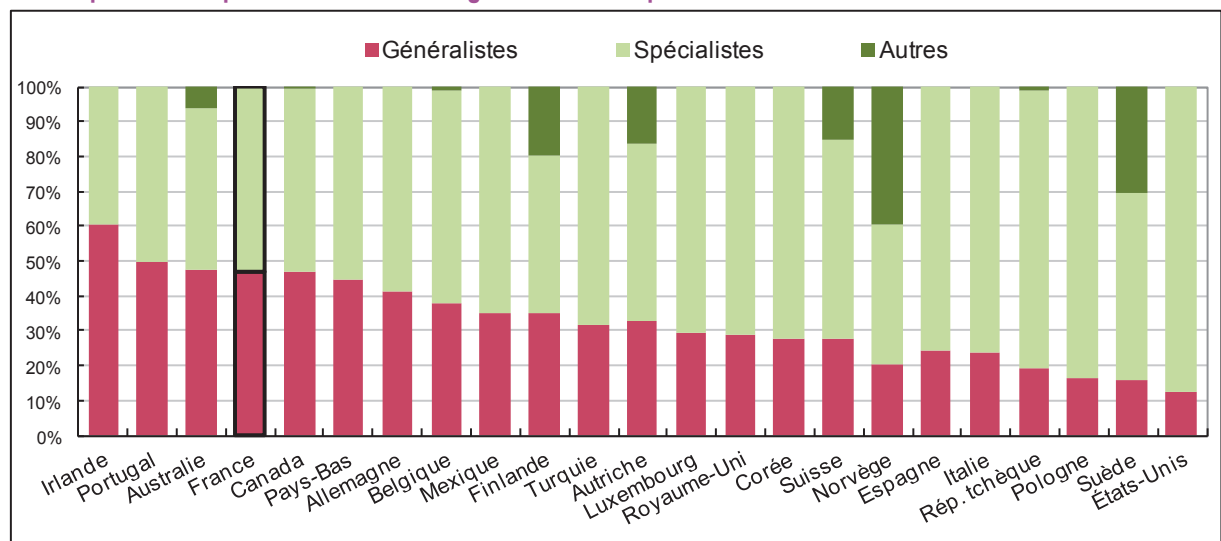
* Données 2011.
Source : Eco-santé OCDE 2014.

E3.2 Nombre de consultations par habitant en 2012



* Données 2011.
** hors visites des médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.
Source : Eco-santé OCDE 2014.

E3.3 Proportions respectives de médecins généralistes et spécialistes en 2012



Spécialistes : y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.
Autres : internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins.
Source : Eco-santé OCDE 2014.

Selon l'OCDE, en 2012, la dépense française de produits pharmaceutiques (médicaments et pansements) rapportée au nombre d'habitants se situe désormais au 7^{ème} rang mondial, derrière les États-Unis, le Canada, la Belgique, le Japon, l'Allemagne et l'Irlande alors qu'elle occupait le 4^{ème} rang jusqu'en 2009. Elle reste néanmoins nettement supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE. Mesurée en part de PIB, la dépense pharmaceutique française se situe au 10^{ème} rang mondial, alors qu'elle était 8^{ème} en 2011.

Dans les pays de l'OCDE, les fonds publics couvrent en moyenne 60 % des **dépenses pharmaceutiques**. Les assurances privées en prennent en charge près de 7 %, laissant un peu plus d'un quart de la dépense à la charge des ménages, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers ou ambulatoires. 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 2012, les financements publics représentent 67 % de la dépense, les financements des complémentaires santé 15 % et le reste à charge des ménages 18 % (base 2005).

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2012, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a doublé en moyenne en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été nettement supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période, avec toutefois une nette inflexion sur la période récente, notamment en France.

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**). À noter que la rémunération sur objectifs de santé publique (**ROSP**) introduite en France en 2012 pour les médecins généralistes français (cf. fiche A.6) comporte des objectifs de prescriptions de médicaments génériques.

En 2012, la France reste l'un des tout premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en **unités standards (SU)** par habitant. Bien qu'elle ait nettement ralenti, avec 1 339 SU par habitant, la consommation française est encore de 22 % supérieure à celle observée dans les pays voisins. Mesurée en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant, la consommation française de médicaments demeure nettement supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Espagne, Italie, Royaume-Uni) mais est désormais inférieure à celle de l'Allemagne.

La structure de la consommation pharmaceutique française se caractérise par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, y compris pour les génériques. Des analyses de la CNAMTS montrent qu'en France, le coût des traitements par les génériques pour des classes importantes comme les statines (anti-cholestérol), les IPP (anti-ulcéreux) et les IEC (anti-hypertenseurs) sont plus élevés que ceux pratiqués dans sept pays voisins : Allemagne, Espagne, Finlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, et Royaume-Uni.

DÉFINITIONS

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments délivrés sur ordonnance, l'automédication, mais aussi les achats d'autres produits médicaux non durables tels les pansements.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, mise en place en 2012.

Unités standards (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

POUR EN SAVOIR PLUS

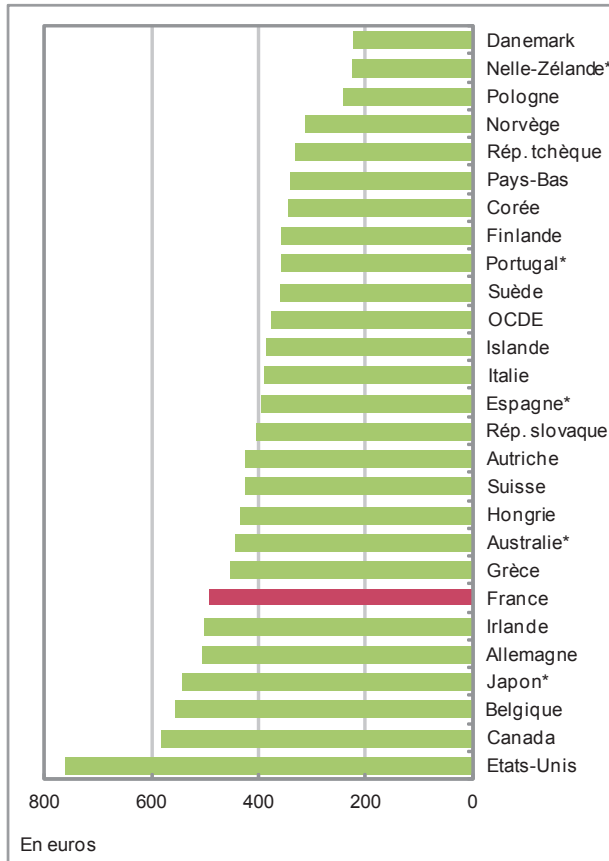
Base de données « Eco-Santé 2014 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

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

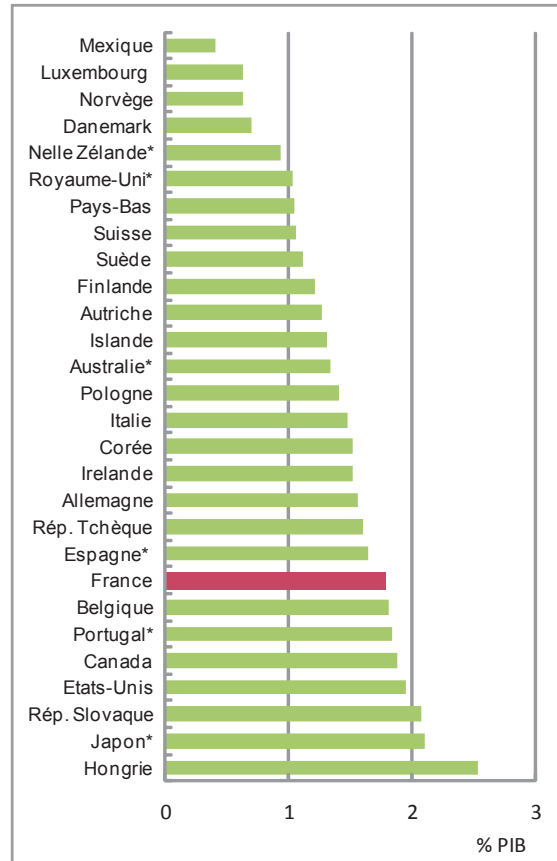
« Rapport de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013 », partie 3, CNAMTS, juillet 2012.

E4.1 Dépenses de produits pharmaceutiques en 2012

En parités de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



En % du PIB



* Données 2011.

Source : Eco-santé OCDE 2014.

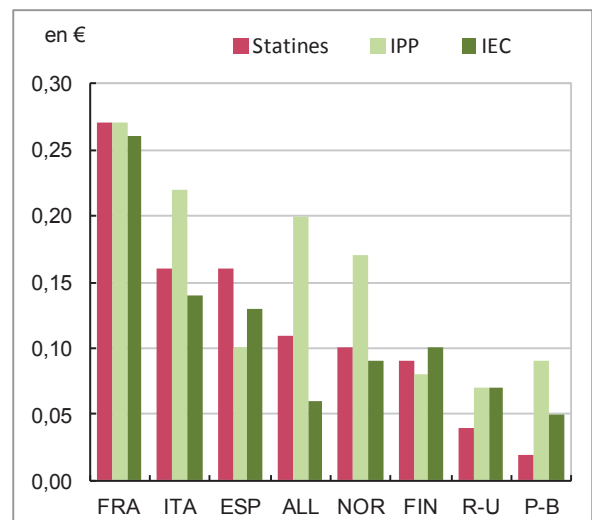
E4.2 Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2012

	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standard par boîte	Nb d'unités standard par hab.
Ensemble des 8 pays	248	28	39	1 099
Allemagne	350	18	62	1 132
France	314	45	30	1 339
Finlande	267	18	62	1 097
Norvège	221	16	54	886
Espagne	201	28	36	1 022
Italie	185	31	25	783
Pays-Bas	169	18	40	711
Royaume-Uni *	168	26	49	1 283

* hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources : DREES – données IMS Health 2012 ; Eco-Santé OCDE 2013 pour la population.

E4.3 Coût moyen des génériques par unité standard en 2011



Sources : CNAMTS - IMS Health MIDAS 2011.

E5 Les soins de longue durée (Long-term care)

La définition des soins de longue durée (long-term care) utilisée dans SHA (System of Health Accounts) est la suivante : « 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 ». Elle s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées, en longue maladie, etc.

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) et les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (long term social care – HCR.1).

L'OCDE note la difficulté de distinguer dans les comptes de la santé et de l'action sociale ce qui relève de l'aide spécifique 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) et les 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'OCDE estime que l'erreur qui résulte de cette difficulté d'identification peut modifier de 10 % le montant des dépenses de soins de longue durée.

En France, dans l'état actuel de l'information statistique, il est impossible d'alimenter de façon exhaustive tant le poste HC.3 que le poste HCR.1 dans le cas d'une personne gardée à domicile. De même, si cette personne est hébergée en institution la ventilation des dépenses entre HC.3 et HCR.1 est difficile.

Les soins de longue durée en établissements sont constitués des soins en **USLD**, en établissements pour personnes âgées - **EHPA**, **EHPAD** - et en établissements pour personnes handicapées, et d'une estimation de l'**APA** en établissement pour AVQ.

Les dépenses de soins de longue durée à domicile comprennent les soins infirmiers (approximés par les **AMI** et **AIS** de ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les **AMK** et **AMS** de ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en **SSIAD** (y compris SSIAD rattachés aux hôpitaux publics), et une estimation de l'APA à domicile pour AVQ.

Outre l'APA pour AIVQ, 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 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 dépendance des organismes complémentaires.

Les dépenses de soins de longue durée (y compris services sociaux connexes) en France s'élèvent ainsi à 39,8 milliards d'euros en 2012, soit 17,5 % de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE (226,8 milliards d'euros en 2012).

Étant donné l'insuffisance des sources, peu de pays de l'OCDE parviennent à isoler précisément les dépenses de soins de longue durée ; en outre, les délimitations entre le volet sanitaire et le volet social peuvent varier entre les pays, ce qui rend ces données difficilement comparables. Compte tenu de ces restrictions, la part des dépenses totales de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé varie de 5 à 30 % en 2012 selon les pays (11 % pour la France). Elle est souvent élevée dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Norvège, Pays-Bas), mais très faible dans les pays d'Europe de l'Est.

NOTA BENE

Cette fiche est basée sur la nouvelle nomenclature de SHA 2011, et non sur l'ancienne nomenclature SHA v1.0. En particulier, la définition du poste HCR.1 diffère de celle de l'ancien poste correspondant (HCR.6.1), d'où une nouvelle estimation de la dépense de soins de longue durée.

DÉFINITIONS

USLD : unités de soins de longue durée des hôpitaux.

EHPA - (EHPAD) : établissements d'hébergement pour les personnes âgées (dépendantes).

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile, assurés par des infirmiers (15 %) ou des aides-soignantes (85 %).

APA : Aide personnalisée à l'autonomie.

AMI-AIS : actes de soins infirmiers ; **AMK-AMS** : actes de kinésithérapie.

POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données « Eco-Santé 2014 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

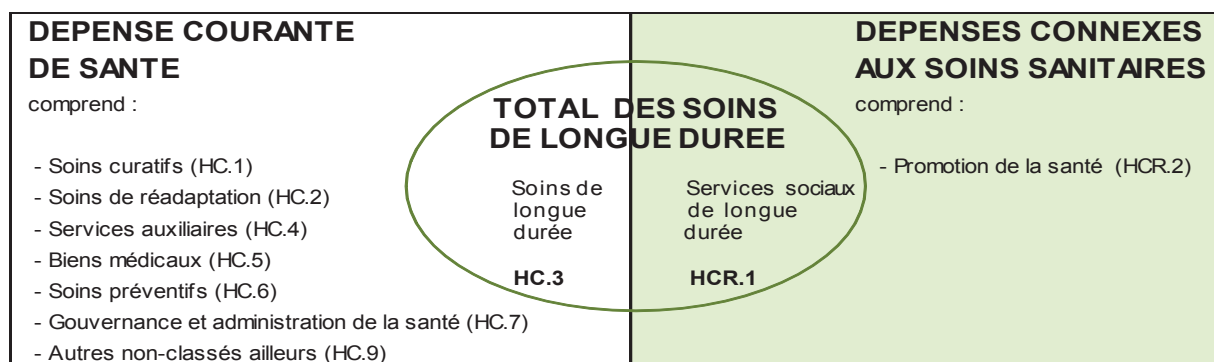
« Panorama de la santé 2013 », chapitre 8 – Vieillesse et soins de longue durée, OCDE, décembre 2013.

« A system of health accounts – 2011 edition », OCDE, 2011.

E5.1 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

Source: OCDE, SHA 2011 - A system of Health Accounts.



E5.2 Dépenses de soins de longue durée en France en 2012

En millions d'euros

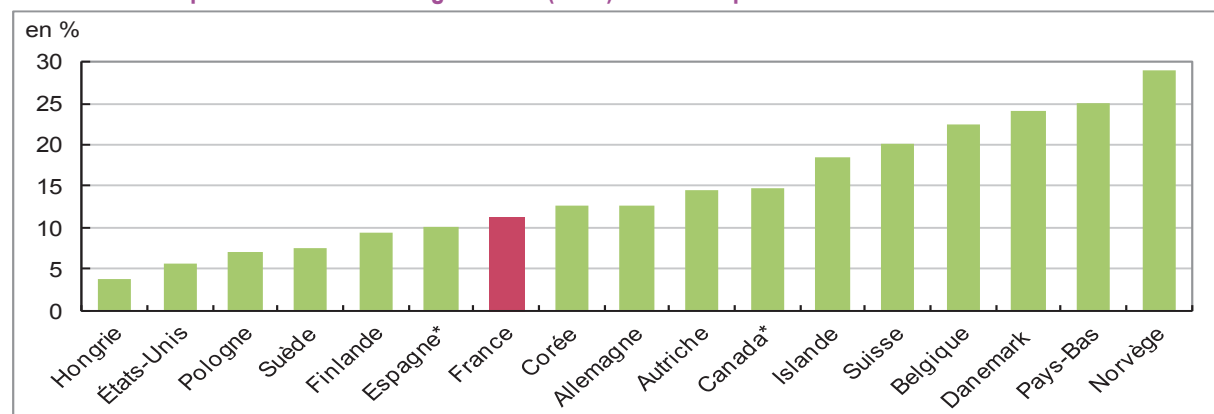
	HP.1 - Hôpitaux	HP.2 - Établiss. résid. de soins de longue durée	HP.3 - Ambulatoire		Autres (HP.7, HP.8)*	TOTAL
			Auxil. Médic. libéraux	Services de soins à dom.		
HC.3.1 SLD en établissements	3 015	14 767				17 783
- USLD, EHPA, EHPAD	3 015	5 301				8 317
- APA en établissement pour AVQ		712				712
- Établissements pour pers. handicapées		8 755				8 755
HC.3.4 SLD à domicile	152		4 240	4 198		8 590
- Soins à domicile aux personnes âgées	152		4 240	1 318		5 709
- APA à domicile pour AVQ				939		939
- Pers. hand. et pers. âgées (ACTP + PCH)				1 941		1 941
HCR.1 Services sociaux de longue durée		7 954		3 326	2 135	13 415
- Aide sociale aux personnes âgées		2 253		1 121	254	3 628
- APA pour AIVQ		1 423		2 192		3 615
- Aide sociale aux personnes handicapées		4 278		13	1 881	6 172
TOTAL	3 167	22 722	4 240	7 524	2 135	39 788

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 2005, Comptes de la protection sociale pour SHA 2011.

E5.3 Part de la dépense de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé en 2012



* Données 2011.

Source : Eco-Santé OCDE 2014.

E6 Comparaisons des besoins de soins non satisfaits

Dans la plupart des pays de l'Union européenne (UE), la majorité de la population accède aux soins sans difficulté. On peut appréhender d'éventuelles difficultés d'accès à travers les indicateurs **SILC / SRCV** : ceux-ci permettent en effet de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen médical ou de traitement dentaire pour plusieurs motifs (coût, délai d'attente, éloignement) et selon plusieurs critères : niveaux de revenus, d'activité ou d'éducation.

Les comparaisons entre pays de besoins de soins non satisfaits doivent être prises avec prudence, car la formulation des questions peut varier d'un pays à l'autre. En outre, il s'agit de « déclarations » des personnes interrogées sur leurs éventuelles insatisfactions, qui peuvent être influencées par des facteurs socioculturels ou des réactions à des débats nationaux sur les politiques de santé.

En 2012, 94,5 % des Français déclarent ne pas avoir eu de besoin de soin médical non satisfait, pour 93,6 % en moyenne dans l'UE (94,2 % en Allemagne, 93,6 % en Italie).

Tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût est plus faible en France que dans l'ensemble de l'UE : 1,9 % contre 2,2 %. Dans le quintile des plus bas revenus (Q1), il est de 4,8 % en France et de 4,5 % en moyenne dans les pays européens ; dans les autres quintiles de revenus, il est toujours inférieur en France à la moyenne européenne.

Lorsque le motif du renoncement à un soin médical est une liste d'attente trop longue, la France est toujours bien classée avec un taux de renoncement moyen de 0,3 % contre 1,0 % pour l'ensemble de l'UE. On n'observe également que très peu de besoin non satisfait pour cause d'éloignement en France (0,1 %). Il est par

contre le principal motif de renoncement du dernier quintile en Norvège.

Parmi les États-membres de l'Union européenne, les taux de renoncement à des soins médicaux les plus importants sont déclarés en Italie et en Grèce ; ils sont en revanche très faibles au Royaume-Uni, au Pays-Bas et au Danemark.

Si l'on considère le statut d'activité, ce sont les chômeurs qui ont le plus de besoins non satisfaits, en France (9,8 %) comme dans l'ensemble de l'UE (9,4 %). En revanche, les retraités français sont nettement moins nombreux (2,5 %) à déclarer renoncer à des soins médicaux que la moyenne des retraités européens (7,0 %). Enfin, si l'on s'intéresse au niveau d'éducation, les personnes des niveaux primaire et secondaire de 1^{er} cycle renoncent aux soins en raison de leur coût, tandis que les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur y renoncent davantage en raison des délais d'attente.

S'agissant des soins dentaires, les taux de renoncement aux soins sont plus importants que pour les soins médicaux, en particulier pour des raisons financières. En 2012, 91,3 % des Français déclarent leurs besoins de soins dentaires satisfaits, pour 92,8 % en moyenne dans l'UE (96,6 % en Allemagne mais 89,9 % en Italie).

Comme pour les soins médicaux, ce sont les personnes aux plus faibles revenus (Q1) qui sont les plus nombreuses à renoncer à des soins dentaires en raison de leur coût : 9,5 % en France pour 8,6 % en moyenne dans l'UE. Quant aux Français aux revenus élevés (Q5), 1,4 % d'entre eux y renoncent en raison du coût, mais également 1,1 % par manque de temps et 1,0 % par « peur du dentiste ».

DÉFINITIONS

SILC : (Statistic on Income and Living Conditions) ou **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. Certains indicateurs ont trait aux besoins non satisfaits de soins médicaux ou dentaires, tels que rapportés par les personnes interrogées ; ils sont déclinés suivant 5 quintiles de niveaux de revenu, 3 classes de niveau d'éducation et 4 catégories d'activité de la population.

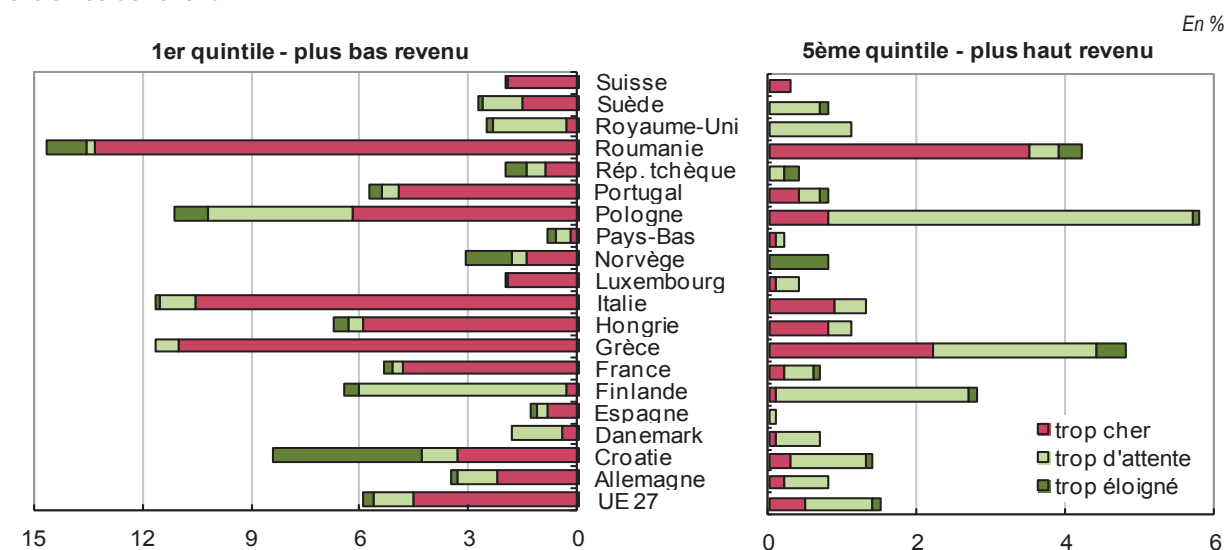
POUR EN SAVOIR PLUS

« Base de données « SILC 2004-2012 » d'Eurostat, consultable sur www.ec.europa.eu.

« Panorama de la santé 2013 », OCDE, décembre 2013.

« Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011.

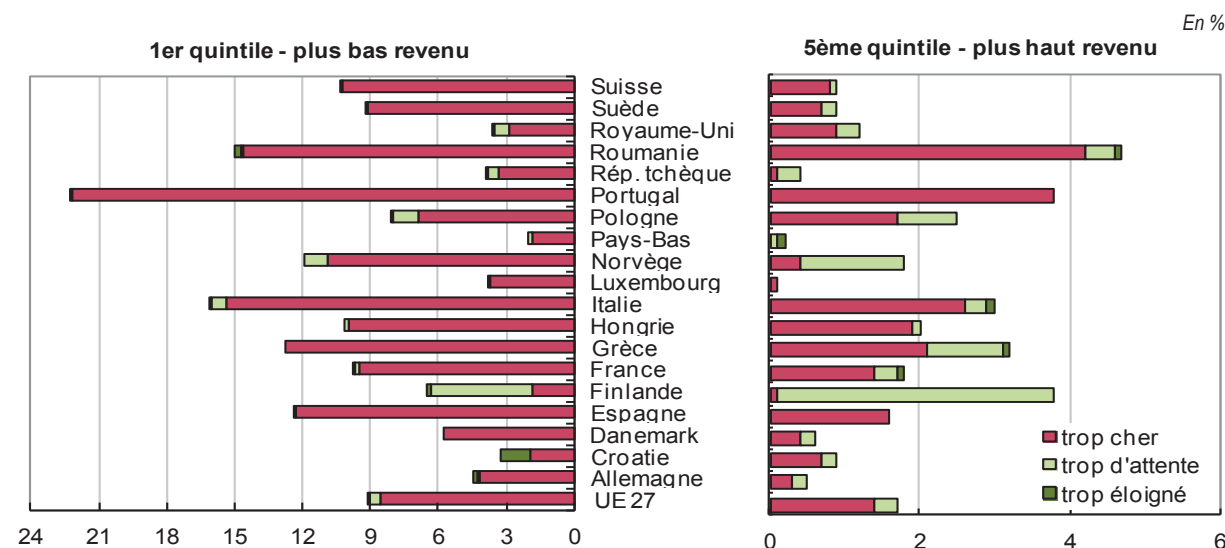
E6.1 Besoins non satisfaits de soins médicaux, tels que déclarés par l'enquêté, par motif et pour les quintiles extrêmes de revenu



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)

Source : Eurostat, SILC 2012.

E6.2 Besoins non satisfaits de soins dentaires, tels que déclarés par l'enquêté, par motif et pour les quintiles extrêmes de revenu



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)

Source : Eurostat, SILC 2012.

E6.3 Besoins non satisfaits de soins médicaux, par statut d'activité et par niveau d'éducation

Motif de renoncement		Statut d'activité				Niveau d'éducation *			Ensemble de la population
		Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	Niv. 0-2	Niv. 3-4	Niv. 5-6	
Trop cher	UE 27	1,4	4,8	2,8	2,8	3,7	1,9	0,8	2,2
	France	1,8	5,7	1,0	2,4	2,3	1,9	1,5	1,9
Trop d'attente	UE 27	0,9	0,9	1,3	1,0	0,9	1,1	1,0	1,0
	France	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,5	0,3
Autres motifs	UE 27	3,4	3,7	2,9	2,7	3,2	3,3	3,0	3,2
	France	4,2	3,9	1,3	4,0	2,6	3,3	4,1	3,3
Pas de besoin non satisfait	UE 27	94,3	90,6	93,0	93,5	92,2	93,7	95,2	93,6
	France	93,6	90,2	97,5	93,5	94,9	94,5	93,9	94,5

* Niveaux 0-2 : Enseignement primaire et secondaire de premier cycle.

Niveaux 3-4 : Enseignement secondaire de 2ème cycle et postsecondaire non-supérieur.

Niveaux 5-6 : Enseignement supérieur de premier et deuxième cycles.

Source : EU-SILC-2012.

DOSSIER

Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2

Elise Coudin (Crest), Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Dauphine), Anne Pla (DREES)

Alors que les prix pratiqués par les médecins de secteur 1 sont fixés et régulés, les médecins de secteur 2 ont la possibilité de pratiquer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires pour les mêmes actes. Depuis le 1^{er} décembre 1989, l'accès au secteur 2 est restreint aux ex-chefs de cliniques et assistants des hôpitaux. Cet encadrement de l'accès au secteur 2 avait pour but de réguler la pratique des dépassements d'honoraires. Cette étude utilise cette réforme pour évaluer empiriquement l'impact du secteur de conventionnement sur l'offre de soins fournie par les médecins et sa composition, ainsi que sur leurs honoraires et leurs revenus. L'analyse porte uniquement sur les médecins généralistes, principale spécialité affectée par la réforme.

Les résultats suggèrent un impact fort de la régulation des tarifs sur l'offre de soins. La baisse très significative des tarifs pratiqués conduit, pour les médecins généralistes de secteur 1 qui auraient souhaité adhérer au secteur 2, à une activité nettement plus importante que ce qu'elle aurait été si ces derniers avaient effectivement pu adhérer au secteur 2. Les hommes réagissent plus fortement que les femmes : l'augmentation de leur activité est plus importante, avec une hausse significative de leurs revenus d'activité. La régulation des prix conduit à une plus grande accessibilité des médecins concernés, ceux-ci rencontrant un plus grand nombre de patients. Les hommes médecins assurent aussi davantage de gardes et d'astreintes que ce qu'ils auraient fait s'ils avaient été conventionnés en secteur 2. Lorsque leurs prix sont régulés, les médecins sont par ailleurs médecins traitants d'un plus grand nombre de patients et perçoivent davantage de rémunérations forfaitaires en plus du paiement à l'acte de leur activité libérale.

Introduction

La pratique des dépassements d'honoraires touche directement à l'organisation du système de santé. Même si les dépassements d'honoraires ne pèsent pas sur les comptes de la Sécurité sociale puisqu'ils sont à la charge des patients ou de leurs complémentaires, ils questionnent l'accès aux soins et l'équité entre les patients et peuvent influencer sur le volume d'offre de soins disponible. Selon la théorie économique, une régulation des prix pourrait en effet modifier le comportement d'offre des médecins s'ils arbitrent entre travail et loisir, en particulier en les incitant à augmenter leur offre de façon à disposer d'un revenu proche de celui qu'ils avaient avant régulation. On parle alors d'effet « revenu ». Il peut aussi y avoir « demande induite » lorsque les médecins, du fait de l'asymétrie d'information existant dans le secteur de la santé entre médecins et patients, incitent leurs patients à revenir les voir plus souvent ou concentrent leurs actes sur les plus rémunérateurs. Il n'existe toutefois pas de consensus selon les modèles sur cette analyse¹, ni même de résultats empiriques convergents quant à l'impact sur l'activité ou les revenus des médecins d'une régulation accrue des tarifs. Aux États-Unis, restreindre la pratique des dépassements dans le cadre du Medicare n'a pas modifié les comportements d'activité des médecins selon McKnight (2007). D'autres études américaines et canadiennes mettent au contraire en évidence des effets revenus : face à une régulation des prix, les médecins augmentent leur activité et en modifient la composition en fournissant plus d'actes complexes ou intensifs, et rémunérateurs (Yip, 1998, Rochaix, 1993, Nassiri et Rochaix, 2006).

Bien que la question des dépassements constitue aujourd'hui en France un enjeu majeur en termes de politique publique, l'encadrement de l'accès au secteur 2 intervenu en 1990, outil de régulation de la pratique des dépassements, n'a encore jamais été utilisé pour évaluer l'impact du secteur de conventionnement sur l'activité. D'ailleurs, en France, peu d'études ont été menées sur la pratique des dépassements d'honoraires et elles sont principalement descriptives. Elles se sont notamment intéressées aux déterminants du choix du secteur de conventionnement (Lancry, 1989, Carrère, 1991, et plus récemment, Bellamy et Samson, 2011, qui analysent également les facteurs explicatifs des montants de dépassements pratiqués par quatre spécialités médicales).

L'objectif de cette étude est de mesurer les effets de moyen-long terme de la régulation des tarifs sur l'activité des médecins généralistes, en utilisant l'encadrement de l'accès au secteur 2 en 1990. En particulier, nous analysons l'impact du secteur de conventionnement sur le volume de soins délivrés, la composition de l'activité, les honoraires et revenus des médecins et les caractéristiques de leur patientèle. Nous utilisons les données exhaustives de l'appariement entre données fiscales (issues de la DGFIP) et données d'activité et d'honoraires (issues des bases de l'assurance-maladie), réalisé par l'Insee pour le compte de la DREES (encadré données et variables) pour les années 2005 et 2008. Nous estimons les effets de cette régulation des prix sur les comportements d'offre de soins des médecins généralistes installés après 1990 et contraints par l'encadrement de l'accès au secteur 2 à pratiquer des tarifs régulés, en mobilisant les techniques de « régression par discontinuité ».

L'encadrement de l'accès au secteur 2 : un moyen d'estimer l'effet causal de moyen-long terme du secteur de conventionnement sur l'activité

Le "secteur 2" a été créé en 1980, juste avant les élections présidentielles, avec l'idée d'augmenter les revenus des médecins sans impacter les comptes de la Sécurité sociale (voir Lancry et Sandier, 1999). Le succès de ce contrat dès sa création a cependant engendré une préoccupation constante quant au nombre croissant de médecins, spécialistes et généralistes, installés en secteur 2. Aussi l'accès au secteur 2 a-t-il été encadré à partir du 1^{er} décembre 1989 : alors que les médecins installés avant cette date pouvaient librement choisir leur secteur de conventionnement, voire changer de secteur s'ils le souhaitaient², ceux installés après cette date ne peuvent prétendre au secteur 2 que s'ils ont eu l'expérience d'une pratique hospitalière et d'enseignement (ex-chefs de clinique ou assistants des hôpitaux³). En outre, les médecins ayant choisi le secteur 1 au moment de l'installation ne peuvent désormais plus en changer⁴ ensuite, et ce, quels que soient leurs titres.

Cet encadrement de l'accès au secteur 2 a provoqué une chute brutale du pourcentage de généralistes s'installant en secteur 2 entre 1989 et 1990, première année complète de mise en œuvre de la réforme (Graphique 1). Les statuts désormais requis pour l'adhésion à ce secteur ne concernent que très rarement les médecins généralistes, la plupart

¹ Voir en particulier pour une présentation des différents modèles économiques : McGuire et Pauly, 1991, Rizzo et Blumenthal, 1994, Thornton et Eakin, 1997, Evans, 1974, Delattre et Dormont, 2000, 2003, Glazer et McGuire, 1993.

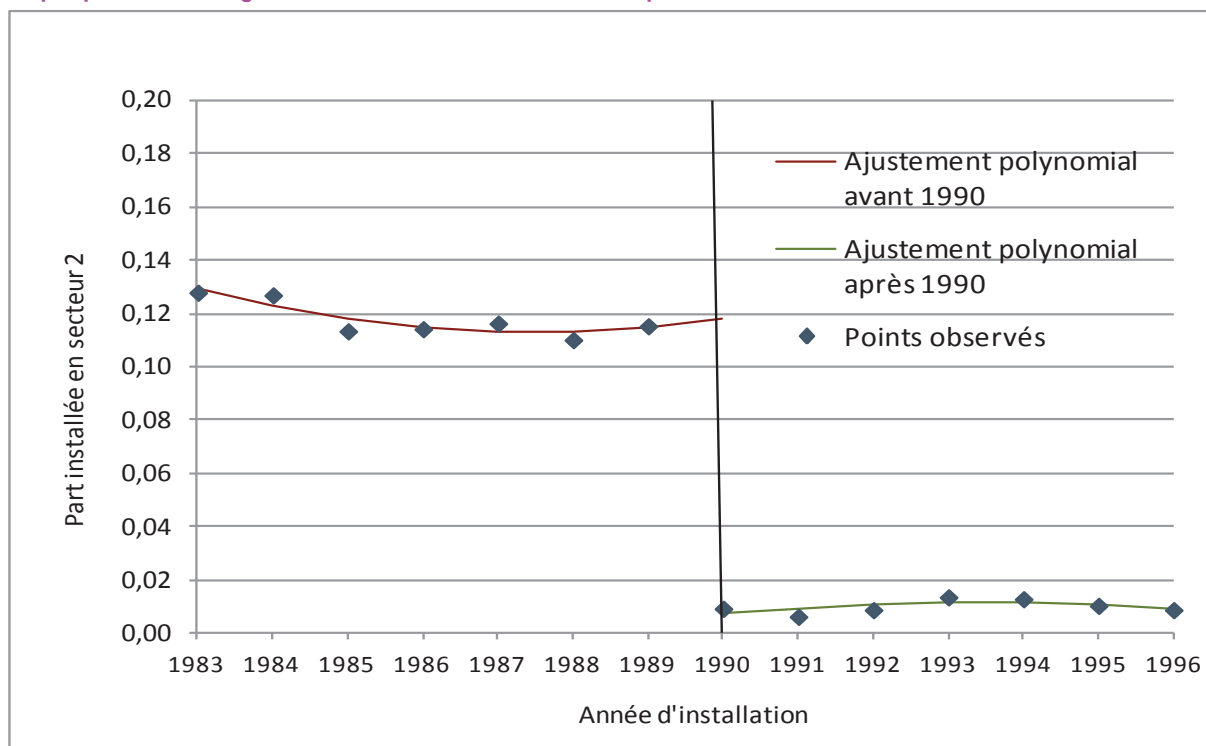
² Entre 1980 et 1989, les médecins pouvaient changer de secteur de conventionnement (passer du secteur 1 au secteur 2, et du secteur 2 au secteur 1) lors de périodes de négociations appelées « fenêtres conventionnelles ». La dernière fenêtre conventionnelle a eu lieu en décembre 1988.

³ Le secteur 2 n'est ouvert qu'aux ex- « chefs de clinique des Universités - assistants des Hôpitaux » ou « assistants des Hôpitaux généraux ou régionaux » qui ont eu une pratique hospitalière pendant au moins deux ans, voir la « convention médicale de mars 1990 », DGR 2474 / 90.

⁴ Les médecins en secteur 2 peuvent toujours choisir de passer en secteur 1, mais l'inverse n'est pas possible.

d'entre eux n'ont de fait plus eu la possibilité de prétendre au secteur 2 suite à la réforme. Ainsi, 11,2 % des généralistes installés en 1989 avaient choisi le secteur 2, contre seulement 0,9 % de ceux installés en 1990, et la proportion reste très faible par la suite. Au final, en 2013, 6,2 % des médecins généralistes libéraux conventionnés exercent en secteur 2 contre 16 % en 1990 (source : assurance-maladie).

Graphique 1 - Part de généralistes choisissant le secteur 2 par année d'installation



Note : Les ajustements polynomiaux sont obtenus à partir de spécifications quadratiques avant et après 1990.

Champ : Médecins généralistes libéraux, non retraités si âgés de plus de 60 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires dans l'année, hors médecins à exercice particulier (MEP), installés entre 1983 et 1996. Observations regroupées pour 2005 et 2008.

Source : Insee-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

Cette chute de la part d'installations en secteur 2 juste après 1990 n'est pas le reflet d'une évolution des compétences ou des préférences des médecins généralistes : elle est uniquement attribuable à la réforme, qui peut être considérée comme un facteur exogène touchant de façon différente les installations avant et après 1990.

Aussi, afin d'identifier un effet causal du secteur de conventionnement sur l'activité, l'étude exploite cette discontinuité induite par l'encadrement de l'accès au secteur 2, en utilisant la méthode des « régressions par discontinuité » (RDD, cf. annexe). Cette méthode permet d'identifier et d'estimer l'effet causal moyen d'être en secteur 1 plutôt que d'être en secteur 2 pour le groupe de médecins généralistes de secteur 1 installés en 1990 qui auraient choisi de s'installer en secteur 2 en l'absence de réforme. Ce groupe représente 11 % des médecins installés en 1990 (voir graphique 1¹) ; il est très spécifique.

L'étude mesure ainsi les effets de la régulation des tarifs sur l'activité de ces 11 % de médecins installés chaque année entre 1990-1996. Par ailleurs, comme nous utilisons des données observées en 2005 et 2008, soit 15 à 18 ans après la date de la réforme, l'effet identifié est un effet de moyen-long terme.

Activité et rémunération des généralistes en libéral : un état des lieux

a) La rémunération des médecins libéraux

En France métropolitaine, on comptabilise 52 000 généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier, dits « MEP ») en exercice en 2013², parmi lesquels 93,8 % appartiennent au secteur 1 et 6,2 % au secteur 2³.

¹ 11,5 % des généralistes se sont installés chaque année en secteur 2 entre 1983 et 1989 alors qu'ils ne sont plus que 0,9 % à le faire chaque année entre 1990 et 1996. On estime donc qu'environ 11 % de médecins n'ont pas pu s'installer en secteur 2 suite à la réforme.

² D'après les données de l'assurance-maladie.

³ Les médecins de secteur 1 avec droit permanent au dépassement sont regroupés avec les médecins de secteur 2 et les très rares médecins non conventionnés sont exclus.

Dans le secteur 1, le tarif de chaque acte est fixé par les conventions médicales et les dépassements sont interdits¹. En 2008, le tarif d'une consultation chez un généraliste s'élevait à 22 €. En contrepartie de ces tarifs fixés, l'assurance-maladie prend en charge une grande partie des cotisations maladie, famille et vieillesse² des médecins de secteur 1.

Dans le secteur 2, appelé aussi secteur à « honoraires libres », les possibilités de dépassement sont permanentes : les tarifs pratiqués sont libres et choisis par les médecins eux-mêmes, avec « tact et mesure », sauf lorsqu'ils reçoivent un patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour lequel ils doivent appliquer les tarifs conventionnels³. En moyenne, le prix d'une consultation chez un généraliste de secteur 2 était de 34 € en 2008, mais avec une forte variabilité entre médecins (écart type de 12,6 €). À la différence des médecins de secteur 1, les cotisations sociales des médecins de secteur 2 ne sont pas prises en charge par les caisses⁴. Un nouveau « contrat d'accès aux soins » est proposé depuis janvier 2013 à tous les médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1, sous la condition qu'ils s'engagent à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité à tarif opposable en échange de certains avantages (prise en charge de cotisations sociales, bénéfice de certaines majorations réservées au secteur 1, ...).

Du côté des patients, ce sont les tarifs conventionnels qui servent de référence pour les remboursements effectués par l'assurance-maladie. Qu'ils consultent un médecin de secteur 1 ou de secteur 2⁵, celle-ci rembourse les patients à hauteur de 70 % du tarif conventionnel. Les 30 % restants, à savoir le ticket modérateur et la participation forfaitaire de 1 euro, ainsi que les éventuels dépassements, sont pris en charge par les patients eux-mêmes et par une assurance santé complémentaire à laquelle ils auraient souscrit (*via* des contrats individuels, des contrats collectifs souscrits par l'entreprise employeur ou au titre de la CMU-C). En 2010, 96 % de la population possédait une couverture complémentaire (Garnero et Le Palud, 2013). Toutefois, si ces complémentaires prennent quasiment toutes en charge la totalité du ticket modérateur, le niveau de prise en charge des dépassements varie très fortement selon le type de contrat⁶.

b) Quelles différences entre généralistes de secteur 1 et de secteur 2 ?

Les analyses sont conduites sur les données individuelles observées en 2005 et en 2008 relatives aux caractéristiques, à l'activité et aux revenus fiscaux des médecins installés entre 1983 et 1996 (encadré 1 - données et variables).

Toutes choses égales par ailleurs⁷, les femmes exercent moins fréquemment en secteur 1 (leur part dans la population des médecins généralistes de secteur 1 est inférieure de 7,4 % à celle dans la population de secteur 2, colonne 3 du tableau 1). À même niveau d'expérience, les médecins de secteur 1 sont plus jeunes (-0,9 an par rapport à ceux de secteur 2), signe d'un début de carrière plus précoce.

On observe par ailleurs des différences importantes en matière d'offre de soins et de rémunération. Les généralistes de secteur 1 effectuent environ 20 % de plus de soins que ceux de secteur 2 (+20 % de volume de soins, +22 % d'actes par an). Ce surcroît d'activité ne compense pas entièrement les plus faibles tarifs qu'ils pratiquent (-30,5 %). Au total, leurs honoraires totaux sont inférieurs à ceux des généralistes de secteur 2 (-8,7 %). Toutefois, et notamment en raison de la prise en charge d'une grande partie de leurs cotisations sociales, leurs revenus d'activité sont plus élevés que ceux des généralistes de secteur 2 (+6 %).

En matière de composition de l'activité, les généralistes de secteur 1 réalisent plus de consultations en cabinet et de visites à domicile que les généralistes de secteur 2, mais moins d'actes techniques. Ils suivent également plus de patients différents par an (+11,6 %). En outre, ils exercent plus fréquemment que les généralistes de secteur 2 en zone

¹ Seuls les dépassements occasionnels, pour exigence particulière du malade par exemple (consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet) sont autorisés. En pratique, ils sont rares : les dépassements des généralistes de secteur 1 étaient en moyenne de 0,2 € par consultation en 2008.

² Ainsi, le montant des cotisations maladie à la charge des médecins de secteur 1 n'est que de 0,11 % de leurs revenus conventionnés (contre 9,81 % pour les médecins de secteur 2), le montant de leurs cotisations vieillesse est fixé à 2 760 € (contre 4 140 € pour ceux de secteur 2) et le montant des cotisations famille est de 0,4 % des revenus conventionnés sur la partie inférieure à 35 352 € et 2,5 % des revenus conventionnés sur la partie supérieure à 35 352 € (contre 5,4 % des revenus conventionnés pour ceux de secteur 2).

³ Depuis la mise en œuvre de l'avenant 8, les assurés de l'aide à une complémentaire santé (ACS) bénéficient également de tarifs opposables.

⁴ Sauf pour ceux, peu nombreux, qui ont adhéré à l'option de « coordination ». Cette option ne concernait que 1300 praticiens en 2011 (et encore moins de généralistes), voir Cour des Comptes (2012). Nous négligeons ces exceptions dans le reste de l'étude.

⁵ Cette décision est laissée au libre choix des patients, qui ont connaissance du secteur de conventionnement des médecins en exercice.

⁶ Et dans le cadre des contrats responsables, la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro par les assurances complémentaires n'est pas permise.

⁷ Ces chiffres sont issus de régressions par moindres carrés ordinaires qui contrôlent les différences de caractéristiques observables entre les médecins de secteur 1 et ceux de secteur 2, notamment d'expérience. Ils sont calculés sur le même champ que le reste de l'étude, voir encadré « données et variables ».

rurale (+12,4 %). La patientèle des généralistes de secteur 1 est plus jeune, moins féminine, et composée de plus de patients bénéficiaires de la CMUC et en affection longue durée (ALD).

ENCADRÉ 1 - DONNÉES ET VARIABLES

LES DONNÉES : UN APPARIEMENT DE DEUX SOURCES ADMINISTRATIVES

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : un fichier sur l'activité des professionnels de santé libéraux géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le fichier des déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers géré par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Cette base associe ainsi pour chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale et à ses honoraires, (source CNAMTS), et des données relatives à ses différentes sources de revenus (source DGFIP). Cette étude se restreint aux généralistes et examine en particulier leur année d'installation et de thèse, leur localisation, leur secteur de conventionnement, l'offre de soins qu'ils fournissent annuellement, leurs honoraires et revenus d'activité ainsi que la structure de ces volumes. Cette base renseigne aussi sur les principales caractéristiques socio-démographiques du médecin (âge, sexe), et celles de sa patientèle. Les données utilisées portent sur les années 2005 et 2008 pour lesquelles les données CNAMTS et DGFIP ont été appariées.

Le champ retenu pour l'étude rassemble l'ensemble des généralistes conventionnés, installés entre 1983 et 1996, exerçant en France métropolitaine, ayant perçu au moins un euro d'honoraires l'année considérée. Les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP, tel que l'homéopathie ou l'acupuncture) sont exclus car la pratique de ces médecins peut différer de celle des généralistes et les taux de remboursement de leurs actes ne sont pas toujours identiques à ceux des autres actes. Parmi les médecins installés âgés de 60 ans ou plus, ceux qui perçoivent par ailleurs une pension de retraite sont aussi exclus.

LES VARIABLES EXPLIQUÉES

L'offre de soins

La principale mesure du *volume de soins* fourni par le médecin en un an correspond à l'indicateur synthétique qui tient compte à la fois du nombre d'actes mais aussi de leur technicité (et ainsi de leur tarif). Ce *volume de soins* s'obtient comme la somme du nombre d'actes de chaque type, pondéré par le prix conventionné de ce type d'acte. Il correspond donc aux honoraires sans dépassements, mais s'interprète comme une mesure d'activité et non de revenu. Le *nombre d'actes* pratiqués dans l'année est aussi considéré.

L'analyse retient aussi le nombre de patients différents vus dans l'année, qui est lié à l'accessibilité du médecin. Enfin, le nombre d'actes est décomposé selon leur type : consultations au cabinet, visites à domicile et actes techniques.

Honoraires et revenus

La rémunération des généralistes est aussi appréhendée au travers de deux variables : le montant annuel total des honoraires, qui inclut donc les dépassements, et le prix moyen de l'acte, défini comme le total annuel des honoraires rapporté au nombre d'actes pratiqués dans l'année.

D'autres sources de rémunération, qui peuvent venir en complément du paiement à l'acte, sont aussi examinées, à savoir les forfaits et l'exercice éventuel d'une activité salariée complémentaire à l'activité libérale. Les forfaits incluent principalement le forfait pour chaque patient classé en ALD suivi en tant que médecin traitant¹, les forfaits pédiatriques² et les forfaits de garde et d'astreinte, de nuit ou de week-end. Ils incluent aussi les forfaits pour l'informatisation, la télétransmission et certains forfaits annexes relatifs au nouveau système de « paiement à la performance », mais ces derniers sont tous négligeables par rapport aux trois premiers.

Enfin, pour rendre compte de la rémunération globale des médecins, l'ensemble de leur revenu d'activité, est aussi retenu. Celui-ci est défini comme la somme des honoraires nets (les honoraires nets des charges professionnelles telles que les cotisations sociales, le loyer du cabinet, le salaire du secrétariat, ...) et des éventuels revenus salariaux.

Autres variables

Sont aussi étudiées : la *part des généralistes installés en zone rurale* pour illustrer les comportements de localisation ; les *caractéristiques de la patientèle* (part de femmes, d'enfants de moins de 15 ans, de seniors de plus de 65 ans, de bénéficiaires de la CMUC, de patients en affection longue durée (ALD)), et enfin *la part de patients que le médecin suit en tant que médecin traitant*.

¹ La France a mis en place en juillet 2005 le système du médecin traitant pour mieux réguler le système de soins ambulatoires : les patients doivent aller voir leur « médecin traitant » avant d'aller consulter un spécialiste s'ils veulent être remboursés par l'Assurance-maladie. Chaque médecin traitant perçoit un forfait annuel de 40 € pour le suivi d'un malade en ALD.

² Différents forfaits existent selon l'âge des enfants (moins de 2 ans, de 2 à 6 ans, de 6 à 16 ans).

L'observation des caractéristiques des médecins généralistes et de leurs comportements d'offre de soins fait donc ressortir des différences importantes selon le secteur de conventionnement : en particulier une différence dans l'offre de soins proposés. Toutefois cette comparaison descriptive entre médecins de secteur 1 et de secteur 2 ne permet pas de conclure sur l'effet du secteur de conventionnement, puisqu'elle mélange des médecins installés avant 1990 pour lesquels le choix du secteur de conventionnement reflète leur intérêt propre, et des médecins installés après 1990 contraints dans leur choix. Il est donc nécessaire d'aller plus loin dans l'analyse, pour mettre en évidence un quelconque effet causal du secteur de conventionnement sur les comportements d'offre de soins observables des médecins. Pour cela on s'appuie sur la discontinuité engendrée par la réforme de 1989 sur l'accès au secteur 2.

Tableau 1 : comparaison descriptive des généralistes de secteurs 1 et 2 installés entre 1983 et 1996.

	Moyenne du Secteur 1	Moyenne du Secteur 2	Estimation MCO: S1 versus S2
Nombre d'observations	42 326	3 211	
Part des Femmes	0,270	0,294	-0,074***
Age	48,858	51,598	-0,904***
Offre de soins (en Log)			
Volume de soins annuel	11,652	11,247	0,209***
Nombre d'actes par an	8,471	8,053	0,217***
Nombre d'Actes Techniques	2,325	2,418	-0,314***
Nombre de Consultations	8,261	7,816	0,134***
Nombre de Visites	5,933	4,009	1,093***
Nombre de Patients différents vus par an	7,249	6,981	0,116***
Nombre d'actes par Patient	1,489	1,379	0,076***
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)			
Prix des actes	3,238	3,577	-0,305***
Honoraires annuels totaux	11,679	11,599	-0,087***
Montant annuel des Forfaits	8,274	6,851	0,812***
pour Gardes et Astreintes (en 2008 uniquement)	4,378	1,713	0,822***
pour Patients spécifiques (en 2008 uniquement)	7,197	4,496	1,642***
Revenu d'activité annuel	11,139	10,95	0,063***
Part du revenu salarial dans le revenu d'activité	0,683	0,858	-0,075***
Part des libéraux exclusifs	0,930	0,879	0,005
Autres			
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	0,357	0,244	0,077***
Part des femmes dans la patientèle	0,556	0,611	-0,052***
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	0,217	0,157	0,045***
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	0,157	0,161	-0,008***
Part des patients CMUC	0,094	0,048	0,053***
Part des patients en ALD	0,145	0,133	0,013***
Part des généralistes installés en zone rurale	0,177	0,060	0,124***

Lecture : *** signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 1%. La colonne 3 reporte les résultats de régressions par moindres carrés ordinaires (MCO), qui expliquent la variable indiquée sur chacune des lignes, par une indicatrice valant 1 si le médecin appartient au secteur 1 et des variables de contrôle X : X=sexe, expérience, expérience au carré et année quand la variable expliquée est l'âge ; X= expérience, expérience au carré et année quand la variable expliquée est le sexe ; X= sexe, expérience, expérience au carré, parts des patients femmes, des - de 15 ans, des + de 65 ans, des CMUC et des ALD, année et type de commune quand il s'agit des variables expliquées relatives à l'offre de soins, aux honoraires et aux revenus ; X= sexe, expérience, expérience au carré, année et type de commune quand il s'agit des variables expliquées Autres, à l'exception de la pratique en zone rurale, pour laquelle X= sexe, expérience, expérience au carré et année.

Champ : Médecins généralistes libéraux installés entre 1983 et 1996, non retraités si âgés de plus de 60 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires dans l'année, hors MEP. Observations de 2005 et 2008.

Source : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

La régulation des tarifs conduit les médecins généralistes à augmenter leur activité

Les effets du secteur de conventionnement sont estimés sur plusieurs variables, les principales se rapportant à l'offre de soins, son volume et sa composition (encadré Données et variables). Sont aussi examinés les honoraires et les revenus des médecins, puis d'autres dimensions, comme la localisation du médecin et la composition de la patientèle. Les résultats détaillés sont reportés dans les tableaux 2 (ensemble des généralistes) et 3 (hommes et femmes séparément).

a) Une meilleure accessibilité

Tout d'abord, les généralistes qui ont été contraints par la réforme à s'installer en secteur 1 effectuent selon les modèles¹ 46 % à 51 % de *volume de soins* en plus que ce qu'ils auraient fait en secteur 2, soit 54 % à 61% de plus *d'actes*. L'augmentation de l'activité est beaucoup plus forte pour les hommes (+52 % à +69 %) que pour les femmes (+22 % à +47 %).

Ce plus grand volume de soins réalisés peut résulter d'une meilleure réponse à la demande se traduisant par une offre plus accessible, mais aussi de mécanismes de demande induite faisant l'objet d'une littérature importante depuis les travaux d'Evans 1974. Dans un contexte de paiement à l'acte et de prix régulés, comme le revenu dépend directement du nombre d'actes délivrés par les médecins, ces derniers seraient incités à augmenter leur activité pour augmenter leurs revenus, conduisant à une potentielle sur-prescription d'actes. Cependant, dans le cas présent, plus des deux tiers du surcroît d'offre de soins s'oriente vers de nouveaux patients. *Le nombre de patients vus dans l'année* augmente en effet d'environ 40 %, et ce pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, la régulation des prix semble accroître l'accessibilité des généralistes². Cette accessibilité renforcée concerne non seulement des patients occasionnels mais aussi de nouveaux patients réguliers. En effet la *part des patients dont le généraliste est le médecin traitant* est significativement plus élevée (+7 % à 10 %). Enfin, cette plus grande offre de soins concerne principalement les actes cliniques (consultations et visites), alors que le nombre d'actes techniques, pourtant souvent plus lucratifs, reste le même ou diminue. On constate par ailleurs que si les consultations au cabinet sont plus nombreuses pour les généralistes hommes ou femmes, seuls les généralistes hommes pratiquent plus de visites à domicile.

b) Des revenus plus élevés pour les hommes uniquement

La régulation des prix peut aussi jouer sur la composition de la rémunération du médecin. Avec des prix pratiqués inférieurs d'environ 40 % à ce qu'ils auraient facturé en secteur 2, les médecins pourraient être incités à augmenter, en compensation, leurs rémunérations forfaitaires complémentaires tirées de l'exercice libéral, ou au contraire à diversifier leurs sources de revenus en se tournant plus fréquemment vers l'exercice salarié.

Or il apparaît que lorsque leurs prix sont régulés, les médecins n'exercent pas plus souvent une activité salariée que ce qu'ils auraient effectué en secteur 2. En revanche, ils recourent beaucoup plus fréquemment aux rémunérations forfaitaires (+132 % à +165 %). Ceci vient en partie du fait qu'ils sont plus souvent médecins traitants de leurs patients, ce qui leur permet de bénéficier par exemple de forfaits pour chaque patient suivi en ALD. Pour l'année 2008 uniquement, on dispose d'informations détaillées sur le type de forfait : les hommes, mais pas les femmes, assurent plus de gardes et d'astreintes (les montants des forfaits relatifs aux gardes et astreintes sont plus élevés pour eux). Les hommes comme les femmes perçoivent également plus de forfaits liés au suivi de patients spécifiques : forfaits pédiatriques, pour patients en ALD suivis par le médecin traitant. Ainsi, lorsque leurs prix sont régulés, les médecins généralistes ne se tournent pas plus vers des activités salariées, mais se concentrent plutôt sur leur activité libérale en profitant des mécanismes de rémunération basés sur la capitation qui lui sont complémentaires.

Au final, du fait de leur plus forte activité et de forfaits plus élevés, on estime que les *honoraires totaux* sont de 19 % à 36 % plus élevés chez les hommes en secteur 1 par rapport à ce qu'ils auraient été si ces médecins avaient pu s'installer en secteur 2. Chez les femmes, les honoraires totaux ne sont pas significativement plus élevés car celles-ci n'ont pas accru leur activité autant que les hommes. Ainsi, alors que *le revenu d'activité* des hommes est plus élevé (+22 % à +33 %), il est toujours plus faible pour les femmes³. En effet, il semble que les hommes réagissent plus fortement que les femmes aux effets revenus (voir Rizzo et Zeckhauser, 2007).

c) Pas ou peu d'effet identifié de la régulation sur la localisation des médecins et les caractéristiques de leur patientèle

La régulation des prix ne semble pas avoir d'effet sur les décisions de localisation des médecins, mesurées ici par la *part des médecins exerçant en zone rurale*, pour les femmes en tout cas⁴. La densité médicale étant plus faible en zone rurale, les médecins ont plus de marge de manœuvre pour y augmenter leur activité et pourraient donc choisir de s'y installer plus fréquemment. Ce n'est pas le cas.

¹ Trois spécifications sont en effet reportées dans les tableaux 2 et 3 (encadré méthode), dont les résultats convergent, mais avec des amplitudes légèrement variables.

² Il peut également y avoir une redirection des patients de l'hôpital vers les soins de ville.

³ L'effet sur le revenu d'activité des femmes est significativement négatif pour deux spécifications sur trois.

⁴ Pour les hommes, les tests d'ajustement des modèles rejettent à 5 % les spécifications utilisées, on ne peut donc pas conclure.

La régulation des prix influe en revanche légèrement sur les *caractéristiques des patients suivis*. Les généralistes suivent moins de femmes. Parmi eux, les hommes suivent plus d'enfants (ce qui est cohérent avec l'augmentation du montant des forfaits), plus de patients CMUC ; les femmes suivent moins de seniors et moins de patients en ALD.

Tableau 2 - Effet du secteur sur les comportements des généralistes installés en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 en l'absence de réforme.

		Type de spécification		
		linéaire	quadratique	linéaire par morceaux
Offre de soins (en Log)				
Volume de soins annuel	Est	0,459***	0,471***	0,51***
	(Sd)	(0,076)	(0,101)	(0,087)
Nombre d'actes par an	Est	0,537***	0,552***	0,611***
	(Sd)	(0,114)	(0,163)	(0,145)
Nombre d'Actes Techniques	Est	-0,272	-0,587*	-0,336
	(Sd)	(0,251)	(0,342)	(0,243)
Nombre de Consultations	Est	0,498***	0,72***	0,731***
	(Sd)	(0,14)	(0,243)	(0,204)
Nombre de Visites	Est			1,509***
	(Sd)			(0,125)
Nombre de Patients différents vus par an	Est	0,397***	0,388***	0,42***
	(Sd)	(0,122)	(0,142)	(0,136)
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)				
Prix des actes	Est	-0,416***	-0,386***	
	(Sd)	(0,049)	(0,056)	
Honoraires annuels totaux	Est	0,121 ^p	0,166 ^p	0,196**
	(Sd)	(0,078)	(0,112)	(0,098)
Montant annuel des Forfaits	Est	1,323***	1,65***	1,621***
	(Sd)	(0,233)	(0,246)	(0,219)
Revenu d'activité annuel	Est	0,085	0,000	0,089
	(Sd)	(0,089)	(0,094)	(0,107)
Part des libéraux exclusifs	Est	0,024	0,035	0,031
	(Sd)	(0,043)	(0,027)	(0,022)
Autres				
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	Est	0,104***	0,069***	0,097***
	(Sd)	(0,022)	(0,02)	(0,02)
Part des femmes dans la patientèle	Est	-0,035***	-0,024***	-0,028***
	(Sd)	(0,006)	(0,008)	(0,008)
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	Est		0,066***	
	(Sd)		(0,018)	
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	Est			
	(Sd)			
Part des patients CMUC	Est			
	(Sd)			
Part des patients en ALD	Est			-0,022*
	(Sd)			(0,013)
Part des généralistes installés en zone rurale	Est			
	(Sd)			
Fisher première étape		1427	957	929
Nombre d'observations		33701	33701	33701

Lecture : ce tableau reporte les résultats de régressions par discontinuité fuzzy, pour trois spécifications de tendance selon l'année d'installation avant et après 1990, année de l'encadrement du secteur 2. *** signifie que le coefficient estimé est significativement différent de zéro à 1%, ** à 5%, * à 10% et p à 15%.

Est. représente le coefficient estimé et (Sd) l'écart-type. « Rejeté » signifie que la spécification de tendance est rejetée à 5% par un test d'ajustement du modèle (voir l'encadré Méthode). Les écarts-types sont clusterisés par année d'installation.

Les généralistes installés en 1990 et contraints de s'installer en secteur 1 en raison de l'encadrement du secteur 2 ont un volume d'activité plus élevé de 51% que s'ils étaient en secteur 2 (spécification linéaire par morceaux).

Champ : médecins généralistes libéraux installés entre 1985 et 1994 ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les médecins âgés de plus de 60 ans et percevant une retraite sont exclus. Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (MEP) sont exclus. Années d'observation 2005 et 2008.

Source : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

Tableau 3 - Effet du secteur sur les comportements des généralistes installés en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 en l'absence de réforme, par sexe

		Hommes			Femmes		
		Type de spécification			Type de spécification		
		linéaire	quadratique	linéaire par morceaux	linéaire	quadratique	linéaire par morceaux
Offre de soins (en Log)							
Honoraires sans dépassement	Est	0,515***		0,686***	0,47***	0,223***	0,322***
	(Sd)	(0,119)		(0,152)	(0,119)	(0,032)	(0,047)
Nombre d'actes par an	Est				0,6***	0,377***	0,472***
	(Sd)				(0,129)	(0,055)	(0,048)
Nombre d'Actes Techniques	Est	-0,201	-0,374	-0,107			
	(Sd)	(0,157)	(0,469)	(0,269)			
Nombre de Consultations	Est			0,668**	0,891***	0,866***	0,918***
	(Sd)			(0,332)	(0,109)	(0,172)	(0,118)
Nombre de Visites	Est	1,883***	2,908***	2,547***		-0,905	-0,04
	(Sd)	(0,283)	(0,24)	(0,151)		(0,679)	(0,319)
Nombre de Patients différents vus par an	Est	0,453**	0,42*	0,498**	0,371***	0,389***	0,362***
	(Sd)	(0,197)	(0,247)	(0,224)	(0,082)	(0,042)	(0,081)
Honoraires et Revenus annuels (en Log et en €2008)							
Prix des actes	Est				-0,475***	-0,422***	-0,431***
	(Sd)				(0,034)	(0,076)	(0,045)
Honoraires annuels totaux	Est	0,19 ^p	0,342*	0,36**	0,125	-0,046	0,04
	(Sd)	(0,119)	(0,18)	(0,151)	(0,117)	(0,046)	(0,081)
Montant annuel des Forfaits	Est	1,224***	2,198***	1,939***	1,672***	0,748*	1,225***
	(Sd)	(0,332)	(0,481)	(0,386)	(0,458)	(0,421)	(0,29)
Revenu d'activité annuel	Est	0,218**	0,282*	0,325**	-0,041	-0,36***	-0,182*
	(Sd)	(0,099)	(0,156)	(0,136)	(0,137)	(0,076)	(0,095)
Part des libéraux exclusifs	Est	-0,002		-0,008	0,053	0,11*	0,091
	(Sd)	(0,041)		(0,059)	(0,089)	(0,063)	(0,085)
Autres							
Part des patients ayant déclaré le MG comme médecin traitant	Est	0,08***	0,079**	0,099***	0,15***	0,037	0,093***
	(Sd)	(0,026)	(0,032)	(0,036)	(0,053)	(0,027)	(0,017)
Part des femmes dans la patientèle	Est	-0,032**	-0,02	-0,029 ^p	-0,054***	-0,043***	-0,044***
	(Sd)	(0,016)	(0,02)	(0,02)	(0,013)	(0,01)	(0,014)
Part des moins de 15 ans dans la patientèle	Est	0,046***	0,095***	0,079***	0,018	0,018 ^p	0,009
	(Sd)	(0,015)	(0,026)	(0,014)	(0,02)	(0,012)	(0,023)
Part des plus de 65 ans dans la patientèle	Est			-0,021		-0,104***	-0,058***
	(Sd)			(0,031)		(0,031)	(0,017)
Part des patients CMUC	Est		0,142***	0,08***			
	(Sd)		(0,02)	(0,017)			
Part des patients en ALD	Est	0,004	-0,008	-0,012		-0,064***	-0,036***
	(Sd)	(0,008)	(0,024)	(0,014)		(0,023)	(0,011)
Part des généralistes installés en zone rurale	Est				0,055	0,087	
	(Sd)				(0,12)	(0,123)	
Fisher première étape		1309	1036	1077	125	72.3	94.2
Nombre d'observations		24336	24336	24336	9365	9365	9365

Lecture : ce tableau reporte les résultats de régressions par discontinuité fuzzy, pour trois spécifications de tendance selon l'année d'installation avant et après 1990, année de l'encadrement du secteur 2. *** signifie que le coefficient estimé est significativement différent de zéro à 1%, ** à 5%, * à 10% et p à 15%.

Est. représente le coefficient estimé et (Sd) l'écart-type. « Rejeté » signifie que la spécification de tendance est rejetée à 5% par un test d'ajustement du modèle (voir l'encadré Méthode). Les écarts-types sont clusterisés par année d'installation. Les hommes généralistes installés en 1990 et contraints de s'installer en secteur 1 en raison de l'encadrement du secteur 2 ont un volume d'activité plus élevé de 68,6% que s'ils étaient en secteur 2 (spécification linéaire par morceaux).

Champ : médecins généralistes libéraux installés entre 1985 et 1994 ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année. Les médecins âgés de plus de 60 ans et percevant une retraite sont exclus. Les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (MEP) sont exclus. Années d'observation 2005 et 2008.

Sources : Appariement INSEE-CNAMTS-DGFIP, exploitation DREES.

L'ensemble de ces effets sont des effets de long terme. En effet, l'évaluation est faite sur les années 2005 et 2008. Or, puisque les médecins entrés en activité après 1990 appartiennent essentiellement au secteur 1, il est très probable que les médecins de secteur 2 exerçant entre 1990 et 2005-2008 aient adapté leurs comportements (en termes de fixation des prix et d'activité) à ceux des médecins de secteur 1, plus qu'ils ne l'auraient fait si la proportion de nouveaux arrivants de secteur 2 était restée constante. Des analyses complémentaires, notamment obtenues à partir d'un panel de médecins généralistes¹ observés chaque année entre 1990 et 2008, montrent notamment que l'effet de la régulation des tarifs sur l'activité des médecins diminue au cours du temps. Cette diminution des effets est probablement le signe d'une adaptation des comportements des médecins de secteur 2 à ceux de secteur 1, joint à des effets d'expérience. Dès lors, les effets de long terme ici mesurés sont vraisemblablement sous-estimés par rapport aux effets de court terme que nous obtiendrions si l'étude couvrait une période plus proche de 1990.

¹ Source : assurance-maladie, panel MILOU.

Conclusion

L'objectif de l'étude n'est pas d'effectuer une évaluation complète de la régulation des tarifs, car on n'identifie ici que des effets locaux, mesurés sur les seuls médecins généralistes installés en 1990, contraints à s'installer en secteur 1 mais qui auraient choisi le secteur 2 s'ils avaient pu.

Toutefois, les résultats permettent de donner quelques éléments de réponse sur les conséquences de cette régulation. Restreindre la pratique des dépassements impacte positivement les patients pour qui le coût de la consultation diminue ; il y a donc un transfert monétaire des médecins vers les patients. Toutefois, cette restriction des dépassements s'accompagne d'une très forte hausse de l'activité des médecins, qui pèse sur les dépenses de l'Assurance Maladie. Au total, le coût financier global pour la collectivité, qui peut être évalué à partir des honoraires totaux, s'accroît. La régulation des tarifs a conduit en effet à une augmentation des honoraires annuels totaux, significative pour les hommes uniquement. Contrairement à ce qu'on pourrait anticiper, ces résultats suggèrent donc qu'une régulation des tarifs peut conduire *in fine* à une augmentation du coût financier global pour la collectivité (hors prise en compte des effets bénéfiques éventuels d'une meilleure prise en charge de la population). Cette augmentation est ici de faible ampleur puisque les effets positifs mesurés ne concernent cependant que 11 % des médecins installés dans les années 1990, ceux qui ont été contraints de s'installer en secteur 1 mais auraient choisi le secteur 2 s'ils avaient pu, et parmi eux uniquement les hommes. La contrepartie est une augmentation de l'offre, grâce à une activité accrue et à la participation plus fréquente aux dispositifs assurant la continuité et la permanence des soins.

Les jeunes générations se démarquent très sensiblement de leurs aînés : féminisation importante (55 % des jeunes omnipraticiens qui viennent de s'installer en 2010 sont des femmes, contre 27 % pour ceux installés autour de l'année 1990¹), souhait d'une charge moins importante de travail... Ces conclusions ne peuvent donc pas être généralisées directement aux jeunes omnipraticiens qui s'installent actuellement, et encore moins aux médecins spécialistes. Elles fournissent toutefois des enseignements riches sur les effets d'une régulation des prix au moment où une nouvelle tentative pour limiter la progression des dépassements d'honoraires, et donc le prix des actes, est mise en place. Il est en effet proposé, depuis 2012, aux médecins de secteur 2 de signer un contrat d'accès aux soins (CAS) : en contrepartie d'un engagement du médecin à limiter ses dépassements, l'Assurance-maladie prend en charge une partie de ses cotisations sociales et le fait bénéficier de certaines revalorisations tarifaires auparavant réservées aux médecins de secteur 1. Toutefois, la régulation des prix induite par le CAS est moins stricte que la régulation des prix en secteur 1, et par conséquent elle ne donnera certainement pas lieu à des effets d'ampleur comparable sur l'activité des médecins.

¹ Source : assurance-maladie, généralistes hors MEP s'étant installés en libéral entre 2006 et 2010 comparés à ceux qui se sont installés au moment de la réforme, entre 1984 et 1995.

Annexe méthodologique : stratégie empirique

Nous utilisons la méthode des « régressions par discontinuité » (RDD) dans un cadre dit « fuzzy » (voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001), Imbens et Lemieux (2008)), qui est adaptée à l'évaluation d'effets de traitement hétérogènes. L'idée générale de la méthode est de comparer la valeur moyenne d'une variable d'intérêt (ici une composante de l'offre de soins) calculée sur l'ensemble des médecins installés juste avant après la date de la réforme, à celle calculée sur l'ensemble des médecins installés juste avant ; et de rapporter cette différence à la différence entre la proportion de médecins en secteur 1 juste après la réforme et celle de médecins installés en secteur 1 juste avant ; autrement dit, à la proportion de médecins installés juste à la date de la réforme qui ont été « contraints » de s'installer en secteur 1 alors qu'ils se seraient installés en secteur 2, s'ils avaient eu le choix. Ce rapport permet d'identifier l'effet moyen sur une variable d'intérêt (ici une composante de l'offre) du fait d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2 pour ce groupe de médecins « contraints ».

Bien qu'ils ne soient pas observés directement, ces médecins sont, en théorie, les seuls pour lesquels la valeur moyenne de la variable change selon qu'ils s'installent avant ou après la date de la réforme. Pour tous les autres (médecins souhaitant toujours s'installer en secteur 1, médecins souhaitant toujours s'installer en secteur 2 et ayant les titres pour le faire), la valeur moyenne de la variable d'intérêt est supposée inchangée, et s'annule donc lorsque l'on fait la différence.

Régression par discontinuité « fuzzy ».

Soit W_i a variable de traitement, ici le secteur, qui vaut 1 si le médecin i est en secteur 1 et pratique des prix régulés, 0 s'il est en secteur 2 et peut faire des dépassements d'honoraires. Soit Y_i une variable d'intérêt (activité, honoraires...). En suivant le modèle causal de Rubin, on note $Y_i(1)$, la valeur potentielle de cette variable d'intérêt pour le médecin s'il est en secteur 1, et $Y_i(0)$ s'il est en secteur 2. L'effet du traitement pour le médecin i (soit l'effet d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2) est alors égal à $Y_i(1) - Y_i(0)$. Il dépend du médecin et n'est pas observable car seule l'une des deux valeurs potentielles est observée. La régression par discontinuité « fuzzy » fournit un cadre pour identifier un effet local moyen du traitement pour le groupe des médecins « contraints », c'est-à-dire les les médecins qui sous la nouvelle législation se sont installés en secteur 1 alors qu'ils se seraient installés en secteur 2 sous l'ancienne, voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001), Imbens et Lemieux (2008), Lee et Lemieux (2010). On cherche à estimer

$$\tau = E[Y_i(1) - Y_i(0) | X = 1990 \text{ et le médecin } i \text{ est « contraint »}]$$

Où X , appelée variable d'assignation, est l'année d'installation ; τ est l'effet moyen d'être en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2. Il est qualifié de local car il ne s'applique qu'aux médecins généralistes installés en 1990 (date de la mise en œuvre de l'encadrement de l'accès au secteur 2), contraints de s'installer en secteur 1 alors qu'ils auraient choisi le secteur 2 s'ils en avaient eu la possibilité. On peut le réécrire comme

$$\tau = \frac{\lim_{x \rightarrow 1990+} E[Y | X = x] - \lim_{x \rightarrow 1990-} E[Y | X = x]}{\lim_{x \rightarrow 1990+} P[W = 1 | X = x] - \lim_{x \rightarrow 1990-} P[W = 1 | X = x]}$$

Du fait de l'encadrement de l'accès au secteur 2, la probabilité de s'installer en secteur 1 connaît une discontinuité à la date de la mise en œuvre de la réforme, et le dénominateur de l'expression ci-dessus est strictement positif, ce qui permet d'identifier τ . Le cadre est qualifié de « fuzzy » car ce dénominateur est une différence de probabilités, par opposition au cadre « sharp » où tout le monde est traité après la réforme et personne ne l'est avant. En pratique, un estimateur de τ peut être obtenu en estimant

$$Y_i = \tau W_i + h(X_i) + \epsilon_i, i = 1, \dots, n$$

Où W_i est instrumenté par $1_{X_i \geq 1990}$, n est le nombre de médecins installés localement autour de 1990 (par exemple de 5 ans avant à 5 ans après), et $h(x)$ est une fonction de tendance très flexible en x et continue à la date de la réforme, voir Hahn, Todd et Van Der Klaaw (2001). Comme l'année d'installation est une variable discrète, il est indispensable que cette fonction continue soit bien spécifiée. C'est la raison pour laquelle nous reportons les résultats avec trois spécifications différentes de $h(x)$: linéaire, quadratique et linéaire par morceaux.

Conditions de validité.

La stratégie d'identification par régression par discontinuité repose sur les hypothèses suivantes.

- *Continuité* : les espérances des valeurs potentielles des différentes variables d'intérêt conditionnellement à l'année d'installation sont continues au point de discontinuité :

$$E(Y_i(0)|X_i = x) \text{ et } E(Y_i(1)|X_i = x) \text{ sont continues en } x = 1990.$$

Cette condition implique que si la législation ne changeait pas (que ce soit sous l'ancienne ou la nouvelle), les moyennes des variables d'intérêt seraient continues, afin que la discontinuité permette bien d'identifier l'effet du traitement et pas autre chose.

- *Assignement local aléatoire* : l'effet du traitement $\Delta_i = Y_i(1) - Y_i(0)$ et le statut potentiel du traitement $W_i(x)$ sont localement indépendants de l'année d'installation :

$$\Delta_i, W_i(x) \perp X_i \text{ proche de } X_i = 1990$$

Cette condition implique que les médecins ne peuvent pas manipuler le seuil de 1990 : ils ne peuvent pas parfaitement décider de leur date d'installation, et s'installer avant 1990 pour éviter les nouvelles règles. Ils peuvent effectivement accroître leurs efforts pour le faire, mais il faut toujours une marge d'incertitude sur la date à laquelle ils finiront finalement par s'installer, voir Lee et Lemieux (2010).

La continuité et l'absence de manipulation ne sont pas directement testables. Pourtant, si les médecins étaient capables de manipuler parfaitement leur date d'installation, on devrait s'attendre à une hausse du nombre de médecins installés juste avant la date de l'encadrement de l'accès au secteur 2 et à une baisse juste après, tout comme à un rajeunissement des médecins installés juste avant la date de la réforme et un vieillissement juste après. Nos tests ne permettent pas de rejeter la continuité de l'âge à l'installation ni de la durée entre la thèse et l'installation. De même les caractéristiques des médecins (genre, statut familial) sont distribuées de manière continue avant et après la réforme. Nous ne trouvons donc pas d'indice en faveur d'une manipulation.

Les deux autres conditions de validité sont :

- Absence de « défis » : il n'y a pas de médecins qui avec les nouvelles règles ont choisi de s'installer en secteur 2 et se seraient installés en secteur 1 sinon. Cette hypothèse non vérifiable n'est pas restrictive dans notre cas. Elle est classique dans la littérature d'évaluation lorsque les effets du traitement sont supposés hétérogènes.
- Comme X est discrète, $h(x)$ doit être correctement spécifiée, voir Lee et Card (2008). Nous portons donc une attention particulière à la qualité de l'ajustement des modèles estimés. Nous effectuons des tests de spécification dans l'esprit de Lee et Card (2008) et Lemieux et Milligan (2008), qui comparent les carrés des résidus des modèles estimés à ceux d'un modèle totalement flexible / sans restriction. Nous n'interprétons les résultats des estimations que lorsque la spécification n'est pas rejetée à 5 % et lorsque les résultats sont cohérents entre les spécifications non rejetées. Enfin, pour tenir compte dans les résultats d'inférence d'erreurs de spécification restantes, les écart-types de nos estimateurs sont toujours calculés en cluster par année d'installation selon les recommandations de Lee et Card 2008.

Pour plus de détails sur la stratégie empirique utilisée et les différentes conditions de validité, le lecteur peut se reporter à Coudin, Pla et Samson (2014). De nombreux tests de robustesse de nos résultats y sont également présentés. Par exemple, nous testons la sensibilité de nos résultats au choix de la fenêtre d'estimation (ici les médecins installés entre 1985 et 1994, soit 5 ans avant et après la réforme), en utilisant des échantillons restreints aux médecins s'installant 4 ans avant et après la réforme (entre 1986 et 1993) ou 6 ans avant et après la réforme (entre 1984 et 1995). Nous effectuons par ailleurs plusieurs analyses permettant de vérifier la robustesse de nos résultats à d'éventuels comportements de manipulation.

Pour en savoir plus

BELLAMY V, SAMSON A.-L., 2011 : « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », Comptes nationaux de la santé – 2010, DREES.

CARRERE M.-O., 1991 : "The reaction of private physicians to price deregulation in France", *Social Science and Medicine*, 33 (11), p. 1221-1228.

COUDIN E., PLA A., SAMSON A.-L., 2014 : "GPs response to price regulation : evidence from a nationwide French reform", Document de travail CREST, 2014-14, Working Paper LEGOS-Dauphine n°2014-04.

COUR DES COMPTES, 2012 : « La Sécurité Sociale : Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, » Rapport, Cour des Comptes.

DELATTRE E., DORMONT B., 2000 : « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude microéconométrique sur données de panel, » *Économie et Prévision*, 1(142), 137–161.

DELATTRE E., DORMONT B., 2003 : "Fixed-fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians", *Health economics*, 12, 741–754.

EVANS R., 1974 : "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications," in *The Economics of Health and Medical Care*, ed. by E. Perlman, p. 162–173. MacMillan, New-York.

GARNERO M., LE PALUD V., 2013 : « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2013, » *Études et Résultats* n°837, DREES.

GLAZER J., MCGUIRE T., 1993 : "Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?," *Journal of Health Economics*, 12(3), 239–258.

GRUBER J., KIM J., MAYZLIN D., 1999 : "Physician fees and procedure intensity: the case of cesarean delivery" *Journal of Health Economics*, 18, 473–490.

HAHN J., TODD P., VAN DER KLAUW W., 2001 : "Identification and Estimation of Treatment Effects with a Regression-Discontinuity Design" *Econometrica*, 69(1), 201–09.

HASSENTEUFEL P., 1997 : *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po.

IMBENS G. W., LEMIEUX T., 2008 : "Regression discontinuity designs: A guide to practice" *Journal of Econometrics*, 142(2), 615–635.

LANCRY J., 1989 : « Le secteur 2 de la médecine libérale: un élément de marché? », *Revue d'Économie Politique*, 6, 854-870.

LANCRY J., SANDIER S., 1999 : "Rationing Health Care in France" *Health Policy*, 50,23–38.

LEE D.S., CARD D., 2008 : "Regression discontinuity inference with specification error" *Journal of Econometrics*, 142(2), 655–674.

LEE D.S., LEMIEUX T., 2010 : "Regression Discontinuity Designs in Economics" *Journal of Economic Literature*, 48(2), 281–355.

LEMIEUX T., MILLIGAN K., 2008 : "Incentive effects of social assistance: A regression discontinuity approach" *Journal of Econometrics*, 142(2), 807–828.

MCGUIRE T. G., PAULY M. V., 1991 : "Physician response to fee changes with multiple payers" *Journal of Health Economics*, 10, 385–410.

MCKNIGHT R., 2007 : "Medicare balance billing restrictions: Impacts on physicians and beneficiaries" *Journal of Health Economics*, 26, 326–341.

NASSIRI A., ROCHAIX L., 2006 : "Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach" *Health Economics*, 15, 49–64.

RIZZO J., ZECKHAUSER R., 2007 : "Pushing incomes to reference points: why do male doctors earn more?" *Journal of Economic Behavior and Organization*, 63, 514–536.

RIZZO J. A., BLUMENTHAL D., 1994 : "Physician labor supply: Do income effects matter?" *Journal of Health Economics*, 13(4), 433–453.

ROCHAIX L., 1993 : "Financial incentives for physicians: the Quebec experience" *Health Economics*, 2, 163–176.

THORNTON J., EAKIN B. K., 1997 : "The Utility-Maximizing Self-Employed Physician" *The Journal of Human Resources*, 32(1), pp. 98–128.

YIP W., 1998 : "Physician response to Medicare fee reductions: Changes in the volume of coronary artery bypass graft (CABG) surgeries in Medicare and private sectors" *Journal of Health Economics*, 17, 675–699.

ÉCLAIRAGES

Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ?

Rosalinda Coppoletta et Vincent Le Palud (DREES)

La part de Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé » est en baisse depuis 2011, même si elle reste nettement majoritaire, d'après le Baromètre d'opinion de la DREES : elle atteint 55 % en 2013, contre 70 % en 2010. Les Français sont toutefois plus inquiets qu'avant des inégalités en matière de santé. Ces inégalités sont citées en 2013 en tête des inégalités les moins acceptables, par 22 % des répondants, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique.

Dans ce contexte, une grande majorité des Français demeurent très attachés à un système d'assurance maladie public et universel, et à garder une solidarité forte envers les personnes atteintes de maladies graves. Ainsi, en 2013, « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public » pour 93 % des Français, et seul un Français sur cinq (19 %) pense que « le système marcherait mieux sans le monopole de la Sécurité sociale ».

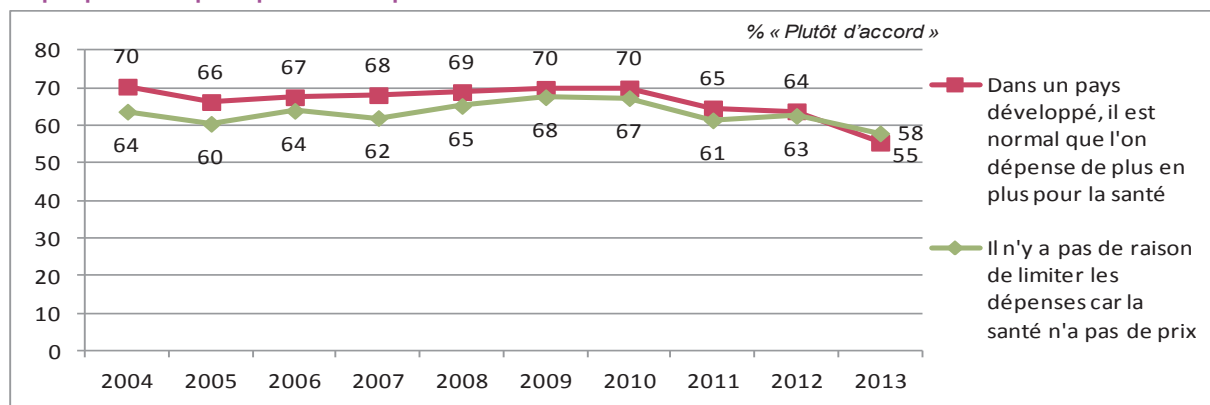
Quand on leur demande de se prononcer sur différentes pistes susceptibles de réduire le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont plus favorables aux mesures qui touchent les professionnels de santé qu'à celles qui modifient leurs cotisations ou leurs prestations. Ils sont notamment en grande majorité opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies, seuls 17 % des Français y étant favorables en 2013.

Depuis 2011, la part des Français trouvant normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé est en baisse

De 1950 à 2013, la part de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,6 % à 8,8 % du PIB, suite notamment à l'extension progressive du champ de couverture de l'assurance maladie à l'ensemble de la population et au développement des capacités hospitalières jusqu'au milieu des années 1980. Cette augmentation a cependant été freinée ces dernières années, en lien avec la recherche d'une meilleure régulation du système dans un contexte de croissance économique ralentie : les dépenses de santé en euros constants ont ainsi progressé de seulement 0,7 % par an entre 2009 et 2013, contre 2,1 % par an entre 2000 et 2009. Ce ralentissement est sensible dans presque tous les pays de l'OCDE, de nombreux pays ayant mis en œuvre des politiques visant à réguler voire à infléchir la dépense de soins depuis la récession de 2008-2009 (cf. OCDE, 2014¹).

Dans le même temps, les opinions des Français² sur la légitimité d'une augmentation des dépenses de santé ont évolué depuis 2010, probablement en lien avec la crise économique actuelle et les débats récents autour du poids des dépenses publiques dans le PIB. Entre 2010 et 2013, la part des Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé dans un pays développé » a chuté de quinze points, passant de 70 % à 55 % (graphique 1). Dans le même temps, la part de Français déclarant qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix » a également baissé de dix points sur la période, même si plus d'un Français sur deux est toujours de cet avis (contre deux Français sur trois jusqu'en 2010).

Graphique 1 – La perception des dépenses de santé



Lecture • En 2013, 55 % des Français sont « plutôt d'accord » avec l'affirmation « Pour chacune des opinions suivantes en matière de dépenses de santé, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas avec elle ? » « Il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2004-2013.

ENCADRÉ - 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 (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'environ 4 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de plus de 18 ans. 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).

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont 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.

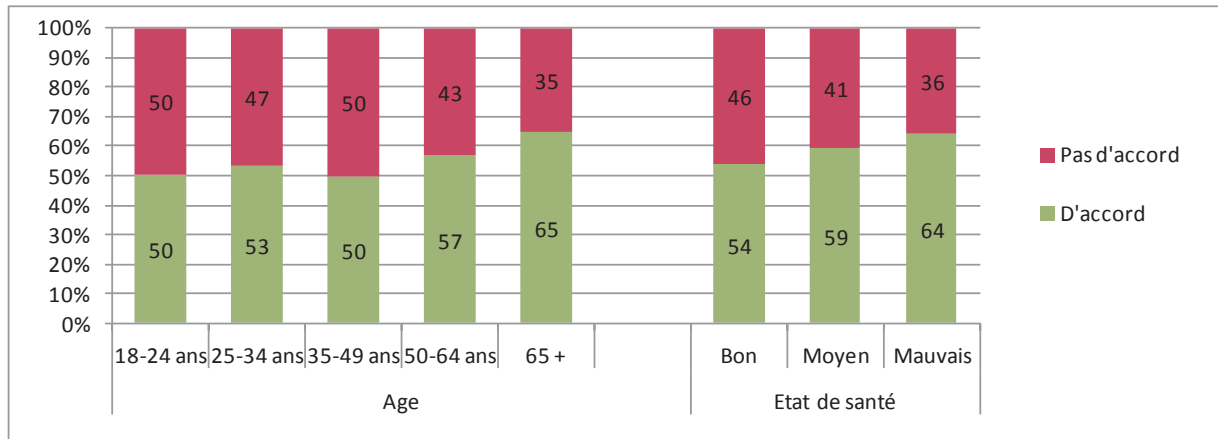
¹ Voir également la fiche F4 sur « Les risques maladie-soins de santé et invalidité en Europe » dans « La protection sociale en France et en Europe en 2012 » (2014).

² Pour simplifier la lecture, on utilisera le terme « les Français » pour désigner les habitants de France métropolitaine.

Les personnes en bonne santé davantage favorables à la limitation des dépenses de santé

Les personnes plus âgées sont plus nombreuses à trouver « normal » que « dans un pays développé » l'on « dépense de plus en plus pour la santé » : 65 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont de cet avis, contre 50 % des 18-24 ans (graphique 2). De même, cet avis est plus répandu parmi les personnes se déclarant en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé (64 %) que parmi les personnes qui jugent leur état de santé « très bon » ou « bon » (54 %). Ce dernier constat, confirmé par une analyse toutes choses égales par ailleurs, pourrait s'expliquer par le fait que certains répondants préféreraient que les restrictions budgétaires portent sur une autre catégorie de personnes qu'eux-mêmes. En revanche, le revenu n'influence que peu l'opinion sur ces questions.

Graphique 2 – Les jeunes et les personnes en bonne santé sont moins d'accord avec l'affirmation « Dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé »



Note • L'état de santé déclaré est regroupé en trois catégories, à partir de la question « Comment est votre état de santé général ? » qui a cinq modalités de réponse (« très bon », « bon », « moyen », « mauvais », « très mauvais »).

Lecture • En 2013, 53 % des Français de 25 à 34 ans sont « plutôt d'accord » avec l'affirmation « Dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé » tandis que 47 % ne sont « plutôt pas d'accord ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Les Français demeurent très majoritairement attachés à un système d'assurance maladie public et universel

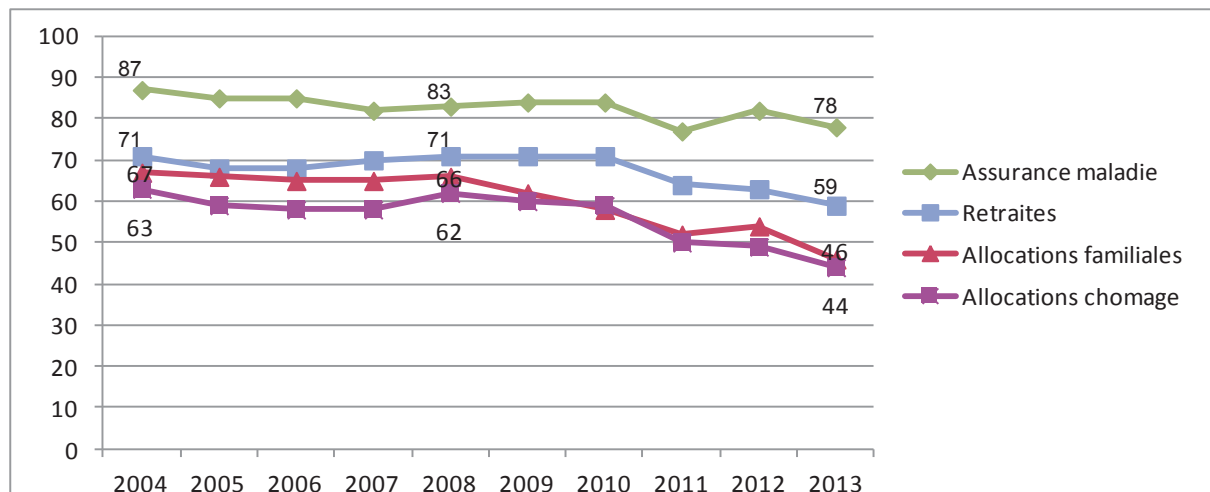
Des Français toujours en grande majorité attachés à l'universalité de l'assurance maladie

En France, l'assurance maladie obligatoire est universelle, c'est-à-dire qu'elle couvre l'ensemble (ou presque) de la population. C'est le cas dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et du Mexique (OCDE, 2013a). 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 et qui n'est couverte par aucun autre régime obligatoire de nature professionnelle. Au 31 décembre 2013, 2,3 millions de personnes résidant en France étaient couverts par la CMU. Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire peuvent être complétés par une assurance maladie complémentaire (AMC). En 2010, 96 % de la population résidant en France bénéficiait d'une AMC, dont 6 points de pourcentage bénéficiait d'une AMC gratuite financée essentiellement par la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire destinée aux personnes à faibles revenus - la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Parmi les différents risques de la protection sociale, c'est pour l'assurance maladie que la volonté de conserver un système universel est la plus forte. En effet, 78 % 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 22 % restants se prononçant pour un ciblage des remboursements de soins sur les seuls cotisants ou les plus modestes (graphique 3). À titre de comparaison, les Français sont davantage partagés sur ce principe d'universalité concernant les retraites (59 %), les allocations familiales (46 %) et les allocations chômage (44 %).

Ce souhait d'universalité est en baisse depuis 2009 pour l'ensemble des risques de la protection sociale au profit d'un ciblage sur certaines catégories de population. Cependant, la baisse est beaucoup moins marquée pour l'assurance maladie que pour les allocations chômage, les allocations familiales ou les retraites, pour lesquelles les proportions de personnes favorables à un système universel ont baissé de dix à vingt points en cinq ans.

Graphique 3 - Le jugement sur l'universalité du système de protection sociale : les prestations suivantes doivent bénéficier « à tous sans distinction »



Note • Réponses à la question « A 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 2013, 78 % des personnes interrogées pensent que l'assurance maladie devrait bénéficier « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,4 % et 1 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2004-2013.

Les Français très largement en faveur de l'assurance maladie publique et du monopole de la Sécurité sociale

En France, en 2013, 77,4 % des dépenses de santé ont été prises en charge par des financements publics, dont 76,0 % par la Sécurité sociale. La France se situe ainsi au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, pour lesquels 72,2% des dépenses de santé sont couvertes par le secteur public en 2011 (OCDE, 2013b). Les complémentaires santé facultatives prennent en charge, quant à elles, 13,8 % des dépenses de santé. Ainsi, seuls 8,8 % de ces dernières sont financées directement par les ménages. L'hypothèse d'une privatisation du système d'assurance maladie est presque unanimement rejetée par les Français : 93 % des Français pensent que « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public » et une nette majorité répondent même à cette question sans aucune réserve (la modalité « oui tout à fait » recueille 68 % des réponses des personnes interrogées, et seulement 25 % de « oui plutôt ») [graphique 4]. Cette opinion est très stable depuis 2008 - première fois où la question était posée. L'opinion des Français sur ce type de question est très similaire en matière de retraites¹ : 91 % sont en faveur d'un système de retraites « essentiellement public ».

Graphique 4 - Le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public



Note • Cette question a été posée pour la première fois en 2008. Les personnes ne se prononçant pas, en faible proportion, ont été exclues du calcul.

Lecture • En 2013, 93 % des Français répondent « oui tout à fait » ou « oui plutôt » à la question « Pensez-vous que le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public ? ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2008-2013.

¹ La question n'est pas posée pour les risques famille et chômage.

En outre, seul un Français sur cinq (19 %) pense en 2013 que « s'il n'y avait pas le monopole de la Sécurité sociale, ça marcherait mieux ». Cette opinion a peu évolué en dix ans, même si on peut noter une certaine baisse depuis 2007, où 25 % des Français pensaient que le système pourrait mieux fonctionner sans monopole.¹

Une sensibilité accrue aux inégalités de santé, considérées comme 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, 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, Lardellier, Legal, 2011). De son côté, l'assurance maladie complémentaire obéit à d'autres logiques : la plupart des contrats individuels² par exemple 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 qui touche plus les personnes les plus précaires : par exemple, les chômeurs renoncent deux fois plus à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois que les actifs occupés (28 % contre 14 %), d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale 2010 de l'IRDES³. Ce renoncement aux soins pour raisons financières est lié aux restes à charge, c'est-à-dire aux dépenses de santé restant à payer après remboursement par l'assurance maladie.

Les Français sont de plus en plus nombreux à considérer ces inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables. À la question « Il existe plusieurs types d'inégalités. Parmi les suivantes, quelles sont celles qui sont les moins acceptables aujourd'hui dans la société française... ? », 22 % des Français répondent en 2013 « les inégalités d'accès aux soins » et 9 % citent cet item quand on les interroge sur les inégalités « les plus répandues ». Ces inégalités d'accès aux soins occupent la première position des inégalités les moins acceptables pour la première fois en 2012 et 2013, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique (voir Coppoletta, Le Palud, 2014) mais les Français ne les jugent pas les plus répandues.

Une solidarité forte envers les personnes atteintes de maladies graves soutenue par la plupart des Français

En France, l'assurance maladie prend en charge à 100 % les soins liés à différentes catégories de la population, et notamment ceux des personnes en affection de longue durée (ALD), dont la gravité et le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ou coûteux. Le diabète et la maladie d'Alzheimer font par exemple partie des ALD parmi les plus connues. La solidarité entre malades et bien portants mise en œuvre par l'assurance maladie s'exprime notamment dans la concentration des remboursements sur les personnes en ALD. En 2008, celles-ci percevaient 62 % des remboursements du régime général de l'assurance maladie alors qu'elles ne représentaient que 15 % des bénéficiaires de ce régime (Baillot, 2011). 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. Ainsi, en 2009, parmi les 5 % d'assurés du régime général ayant le reste à charge le plus élevé⁴, 33 % sont en ALD alors qu'ils ne représentent que 16 % de l'ensemble de la population (HCAAM, 2013a).

En 2013, trois quarts des Français (72 %) pensent qu'il faut « maintenir le système de solidarité actuel », lorsqu'on leur demande « Aujourd'hui, on dit que le système d'assurance maladie de base est solidaire parce que les personnes malades ne cotisent pas plus que les personnes bien portantes. Avec laquelle de ces propositions êtes-vous le plus d'accord ? ». Un quart (24 %) déclarent qu'il faut « maintenir une solidarité forte seulement avec les personnes qui sont atteintes de maladies graves », et seuls 4 % souhaiteraient « que les personnes qui risquent de coûter plus cher à l'assurance maladie payent des cotisations plus élevées ». Ces opinions sont très stables depuis 2004.

¹ Néanmoins, 4 % des personnes interrogées ne se prononcent pas sur cette question (contre 1 % sur la plupart des autres questions concernant la santé), ce qui montre que l'alternative au monopole peut ne pas être très claire pour les enquêtés.

² 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.

³ Pour le non-recours aux soins pour raisons financières, voir également les travaux du HCAAM (2013b).

⁴ Plus de 1600 euros en 2009.

Réduction du déficit de l'Assurance Maladie : les Français plus favorables aux mesures qui concernent les professionnels de santé qu'à celles qui accroissent leurs cotisations ou réduisent leurs prestations

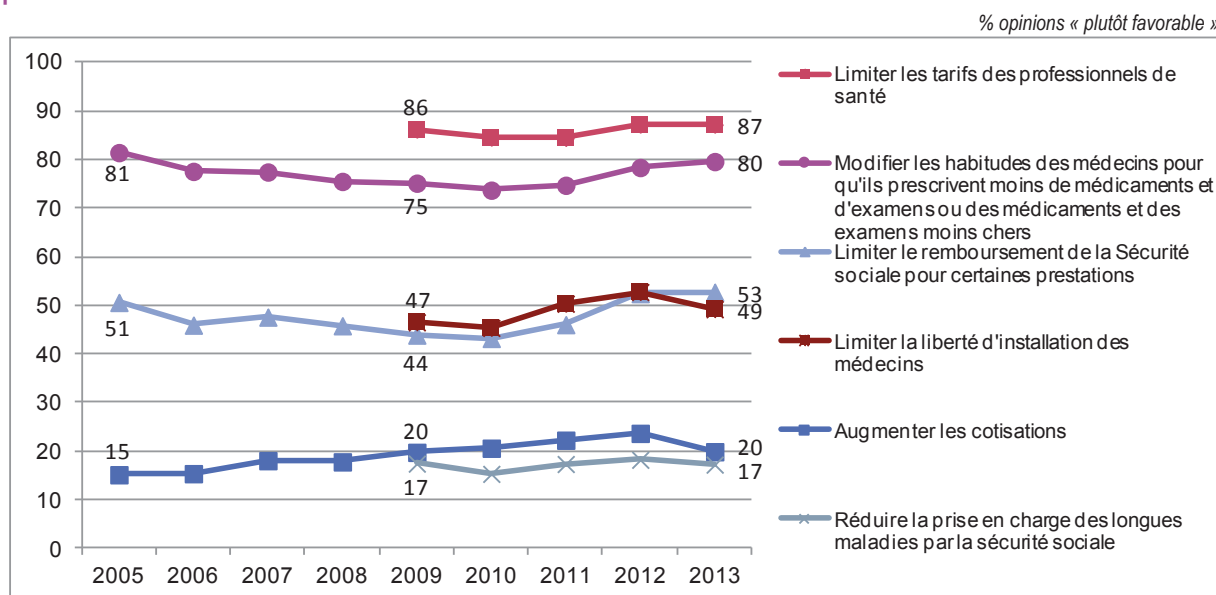
Comment maîtriser la progression des dépenses de santé tout en conservant un système d'assurance maladie universel et sans accroître les inégalités d'accès aux soins ? Certaines réformes couramment évoquées dans le débat public sont reprises dans le Baromètre d'opinion de la DREES afin de mesurer l'avis des personnes interrogées sur les pistes potentielles pour concilier ces exigences du système. 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 ».

On pourrait *a priori* penser que le questionnement des personnes enquêtées sur des réformes potentielles de l'assurance maladie se heurterait au fait qu'ils ne sont pas spécialistes de ce sujet et exprimeraient de ce fait moins souvent une opinion à ce propos. Cependant, la non-réponse, dans le Baromètre d'opinion de la DREES en général et pour cette question en particulier, est faible : elle varie de 0,9 % à 2,4 % selon les questions se rapportant à ce thème¹. Cela peut être un signe que les items de réponse leur paraissent assez concrets pour qu'elles puissent exprimer un avis. Les Français préfèrent alors en général les mesures qui portent sur les professionnels de santé que celles qui les affectent directement.

Les Français majoritairement opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies

Interrogés sur « différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important », la mesure qui recueille le moins d'avis favorables (17 %) serait de « réduire la prise en charge des longues maladies » (graphique 5).

Graphique 5 - Les réformes concernant les professionnels de santé plus populaires que celles relatives aux prestations et aux cotisations des assurés sociaux



Note • Taux des réponses « 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 6 types de réponse listées dans le graphique. Trois des six sous-questions n'étaient pas posées avant 2009.

Lecture • En 2013, 49 % des Français sont plutôt favorables à « limiter la liberté d'installation des médecins ».

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,9 % et 2,4 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES, 2005-2013.

S'ils devaient choisir entre « limiter le remboursement de certaines prestations » (dont le détail n'est pas explicité) et augmenter les cotisations, les Français préféreraient nettement plus souvent la première solution. En effet, pour limiter le déficit, un Français sur deux serait plutôt favorable en 2013 à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations » contre un Français sur cinq (20 %) favorable à « augmenter les cotisations ». Ces opinions ont un peu fluctué depuis 2005 (première année où la question a été posée).

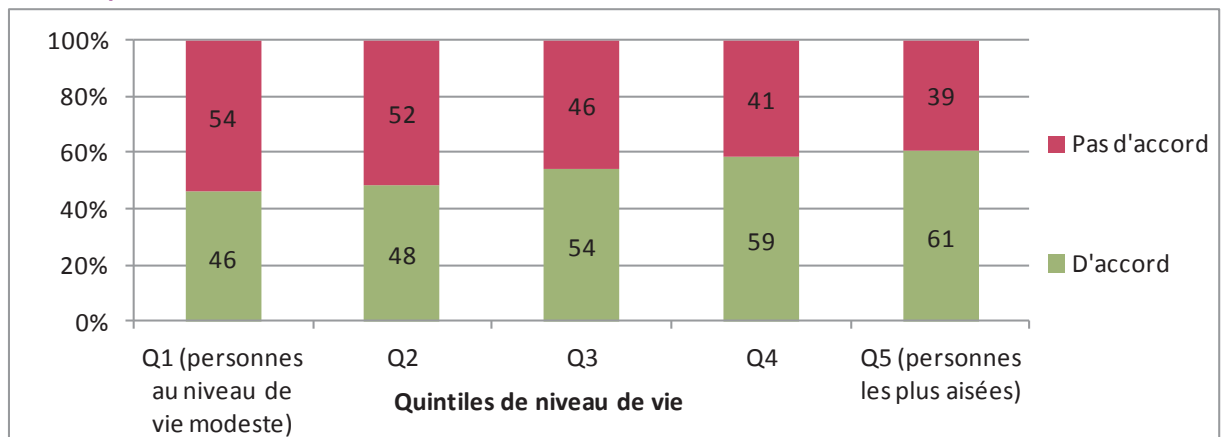
¹ Pour les autres questions utilisées dans cette étude, la non-réponse varie de 0,4 % à 3,8 %.

Trois des mesures les plus citées touchent les professionnels de santé : « limiter les tarifs des professionnels de santé »¹ (87 % d'opinions favorables), « modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'examens, ou des médicaments et des examens moins chers » (80 %) et « limiter la liberté d'installation des médecins » (49 %). Le classement reste presque inchangé en cinq ans, les Français demeurant toujours davantage favorables aux solutions dont ils considèrent qu'elles ne les touchent pas directement.

Les plus aisés plus favorables à limiter le remboursement de certaines prestations

Les opinions des Français sur les leviers potentiels pour réduire le déficit sont très liées aux caractéristiques socio-démographiques des répondants. Ainsi, par exemple, les personnes faisant partie des 20 % les plus aisés en niveau de vie (cinquième quintile) sont davantage en faveur de la limitation du remboursement de certaines prestations : 61 % d'opinions favorables contre 46 % parmi les personnes les moins aisées (personnes du premier quintile de niveau de vie)² [graphique 6]. Ces opinions peuvent néanmoins être influencées par d'autres facteurs, comme le lieu d'habitation, le sexe, l'âge, *etc.*, qu'il convient donc de prendre en compte à l'aide d'une analyse économétrique toutes choses égales par ailleurs.

Graphique 6 – Les personnes des ménages modestes souhaitent moins souvent limiter le remboursement de certaines prestations de l'assurance maladie



Note • Réponses « 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 ? » pour le thème « Limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », par quintile de revenu par unité de consommation (niveau de vie).

Lecture • En 2013, 61 % des Français faisant partie du cinquième quintile de revenus (c'est-à-dire des 20 % des Français les plus aisés) sont « plutôt favorable » à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », contre 46 % de ceux faisant partie des 20 % les plus modestes.

Champ • Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans et plus, s'étant prononcées sur cette question (1 % ne se prononcent pas en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Toutes choses égales par ailleurs, augmenter les cotisations est une solution plus souvent citée par les jeunes, alors que les 35-49 ans sont plus souvent pour limiter les tarifs des professionnels de santé (*cf.* tableau en annexe). La limitation du remboursement de certaines prestations est davantage citée par les hommes que par les femmes (+8 points). Cette mesure est également plus souvent citée par les personnes aisées, définies ici comme celles du cinquième quintile de niveau de vie (13 points de plus que pour le premier quintile), et à l'inverse elles sont moins favorables à réduire la prise en charge des maladies longues (-6 points).

Les personnes en bonne santé, quant à elles, sont davantage favorables à modifier les habitudes de prescription (+6 points par rapport aux personnes en mauvaise santé, toutes choses égales par ailleurs) et à réduire la prise en charge des maladies longues (+6 points) que ne le sont les personnes en mauvaise santé.

Enfin, les personnes résidant dans la grande région Méditerranée³ sont moins favorables à la réduction de la prise en charge des maladies longues (-12 points) que celles habitant en Île-de-France. Limiter la liberté d'installation des médecins est aussi plus cité dans le bassin parisien (dont l'Île-de-France) et le Sud-ouest que dans le reste de la France.

¹ 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 s'il s'agit d'une limitation des tarifs réglementaires remboursés par la Sécurité sociale.

² Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). 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.

³ 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

Baillot A., « 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 », Collection *Études et statistiques*, DREES, septembre.

BVA, 2014, « Principaux résultats du baromètre DREES 2013 », *Document de travail*, DREES, janvier.

Coppoletta, R., 2014, « Les attentes des Français en matière de protection sociale », dans « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », DREES, juin.

Coppoletta, R. et 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. et 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. et Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport, Irdes.

Duval J, Lardellier R., Legal R. : « 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. et 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.

Grobon, S., 2014, « Inquiets de la montée des inégalités, les Français restent attachés à leur système de protection sociale – Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion DREES 2013 », DREES, janvier.

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 Garrec, M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé », *Études et résultats*, n°831, DREES, février.

Le Palud, V., 2014, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et Résultats*, n°850, DREES, février.

OCDE, 2013a, « [Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE](#) ».

OCDE, 2013b. « Base de données de l'OCDE sur la santé 2013. Comment la France se positionne ».

OCDE, 2014, « [Panorama de la société 2014 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE](#) ».

Solard, G. et Duc, C., 2014, « Les opinions et les souhaits des Français en matière de retraite en 2013 », dans « Les retraités et les retraites - édition 2014 », Collection *Études et statistiques*, DREES, avril.

Zaidman, C. et Roussel, R. (dir.), 2014, « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », Collection *Études et statistiques*, DREES, juin.

Zaidman, C. et Roussel, R. (dir.), 2014, « Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014 », Collection *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

	1 Augmenter les cotisations	2 Limiter le remboursement de certaines prestations	3 Réduire la prise en charge des maladies longues	4 Limiter la liberté d'installation des médecins	5 Modifier les habitudes de prescriptions	6 Limiter les tarifs des professionnels de santé
Femme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Homme	+2,2 (*)	+7,8 (***)	(ns)	+5,4 (***)	+2,7 (*)	(ns)
18-34 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
35-49 ans	-7,9 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	+2,9 (*)	+3,9 (**)
50-64 ans	-8,9 (***)	+4,0 (*)	-3,7 (*)	(ns)	+6,3 (***)	+3,0 (*)
65 ans et plus	-5,1 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	+4,3 (**)	(ns)
Niveau de vie (quintiles)						
Q1 – 20 % les plus modestes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Q2	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Q3	(ns)	+6,5 (***)	-5,0 (**)	(ns)	+3,5 (*)	(ns)
Q4	(ns)	+10,8 (***)	-3,8 (**)	(ns)	(ns)	(ns)
Q5 – 20 % les plus aisés	+5,8 (***)	+13,1 (***)	-6,4 (***)	(ns)	+6,2 (***)	-4,0 (**)
Mauvaise santé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Santé moyenne	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
Bonne santé	(ns)	(ns)	+6,3 (**)	(ns)	+6,4 (**)	(ns)
Île-de-France	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Bassin parisien Est	-12,0 (***)	+8,4 (**)	-6,4 (**)	(ns)	(ns)	+8,2 (***)
Bassin parisien Ouest	-8,8 (***)	+5,7 (*)	(ns)	(ns)	(ns)	+5,5 (**)
Nord	-15,3 (***)	-8,9 (**)	-7,1 (**)	-7,9 (**)	-6,5 (**)	(ns)
Est	(ns)	+7,8 (**)	(ns)	-6,7 (**)	(ns)	+5,5 (**)
Ouest	-6,5 (***)	+6,6 (**)	-4,5 (**)	-5,5 (*)	(ns)	+3,8 (**)
Sud-Ouest	-8,1 (***)	+8,5 (***)	(ns)	(ns)	+13,4 (***)	+5,5 (***)
Sud-Est	(ns)	(ns)	-4,9 (**)	-5,5 (*)	(ns)	(ns)
Méditerranée	-6,4 (***)	(ns)	-11,6 (***)	-5,7 (*)	(ns)	+3,5 (*)

*** 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 2,2 points de pourcentage à celles 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 et plus, s'étant prononcées sur chacune de ces questions (4 % ne se prononcent pas pour une des six questions en 2013).

Source • Baromètre d'opinion DREES 2013.

Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011

Anne PLA (DREES)

En 2011, les revenus d'activité des médecins libéraux, sommes des revenus tirés de l'activité libérale et de ceux tirés d'une éventuelle activité salariée complémentaire, varient du simple au double selon les spécialités. Ils sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. La hiérarchie des revenus selon la spécialité est restée pratiquement stable depuis 2005. Entre ces deux dates, les revenus ont cependant augmenté plus fortement pour les spécialistes, en particulier ceux de secteur 2, que pour les généralistes. La dispersion des revenus des médecins spécialistes s'est en outre accrue, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus.

Les revenus complets d'activité des autres professions de santé libérales en 2011 sont également présentés. Depuis 2008, si les revenus d'activité en euros constants des chirurgiens-dentistes et des infirmiers ont augmenté, ceux des masseurs-kinésithérapeutes ont cependant légèrement reculé.

Le revenu des médecins libéraux en 2011

Au 1^{er} janvier 2014, on recense 219 830 médecins en France¹, parmi lesquels 130 300 exercent une activité libérale (59 %), qu'ils peuvent dans certains cas combiner avec une activité salariée. Ces médecins peuvent percevoir divers types de rémunération : bénéfiques non commerciaux pour l'exercice libéral, salaires, et même dividendes si le médecin exerce dans certains types de sociétés. La somme de toutes ces rémunérations constitue leur revenu d'activité (encadré 1).

En 2011, les médecins pratiquant une activité libérale et exerçant en France métropolitaine ont déclaré en moyenne à l'administration fiscale 106 100 euros tirés de leur activité (tableau 1). Cette moyenne cache des disparités importantes en fonction de la spécialité exercée. Les anesthésistes et les radiologues, avec plus de 189 000 euros déclarés en moyenne en 2011, ont des revenus deux fois plus élevés que les dermatologues, les pédiatres ou les psychiatres, spécialités situées au bas de l'échelle des revenus, à un niveau proche de celui des généralistes. Chirurgie et ophtalmologie (respectivement 177 000 et 160 000 euros) sont les deux autres spécialités procurant les revenus d'activité les plus élevés en moyenne.

Tableau 1 – Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011

	Effectifs	Part des secteur 2 (en %)	% activité mixte	Revenu d'activité			dont revenu libéral			dont revenu salarié		
				Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2	Ensemble	secteur 1	secteur 2
Omnipraticiens	57 493	10,6	27,2	82 020	83 120	72 520	78 160	79 360	67 860	3 860	3 760	4 660
Radiologues	5 658	13,4	32,9	189 770	186 250	212 980	172 750	169 200	196 250	17 010	17 060	16 730
Anesthésistes	3 173	35,7	15,8	189 660	170 660	224 500	182 970	163 310	219 020	6 690	7 340	5 490
Chirurgiens	5 972	79,2	45,7	176 840	152 310	183 370	150 790	103 530	163 380	26 050	48 780	19 990
Ophtalmologues	4 438	55,6	36,6	159 810	126 210	187 250	152 320	121 310	177 640	7 490	4 900	9 610
Cardiologues	4 200	19,2	54,0	143 550	143 800	142 500	124 510	124 540	124 400	19 040	19 260	18 100
Stomatologues	952	43,5	36,9	141 570	129 320	157 890	131 110	120 370	145 400	10 470	8 950	12 490
Gastro-entérologues	2 018	38,9	54,9	125 770	121 270	132 960	109 140	103 140	118 710	16 630	18 130	14 250
Oto-rhino-laryngologistes	2 122	57,5	61,0	118 700	111 720	123 810	100 350	93 830	105 130	18 350	17 900	18 680
Autres médecins	4 134	31,0	54,4	113 310	119 320	101 630	94 430	101 760	80 190	18 880	17 560	21 440
Pneumologues	1 100	18,1	61,1	109 990	111 760	101 670	92 410	94 400	83 040	17 580	17 360	18 630
Gynécologues	5 160	56,0	43,3	104 630	85 830	119 790	88 370	69 150	103 850	16 260	16 670	15 940
Rhumatologues	1 752	45,6	50,7	94 830	91 320	99 100	84 730	84 400	85 130	10 100	6 910	13 970
Dermatologues	3 094	41,9	35,0	86 230	80 910	93 800	81 280	77 750	86 310	4 950	3 160	7 490
Pédiatres	2 499	33,7	52,7	86 160	81 020	96 270	74 570	69 500	84 550	11 590	11 510	11 730
Psychiatres et neuropsychiatres	5 880	29,6	48,3	84 470	83 300	87 350	69 690	68 820	71 800	14 780	14 470	15 550
Total spécialistes	52 152	41,0	44,1	133 460	125 060	145 610	118 180	109 760	130 350	15 280	15 290	15 260
Ensemble des médecins	109 645	25,1	35,1	106 140	98 560	129 260	96 930	90 550	116 370	9 210	8 010	12 890
Dentistes	34 264		8,6	102 700			101 180			1 530		
Infirmiers	61 702		11,6	47 710			47 130			580		
Masseurs-kinésithérapeutes	47 887		11,0	44 510			43 630			880		
Sages-femmes	2 964		39,0	30 000			25 880			4 120		

Champ : France métropolitaine, professionnels de santé conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte en revanche des non appariés.

Sources : CNAMTS (Effectifs et part du secteur 2), INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES (Revenus et activité mixte).

Les revenus sont également variables en fonction du secteur de conventionnement. Seuls les médecins ayant choisi le secteur 2 au moment de leur installation en libéral² peuvent fixer le prix de leurs consultations ou de leurs actes techniques librement, « avec tact et mesure », et pratiquer des dépassements d'honoraires. Leur part au sein des spécialités est très variable : si 10 % des omnipraticiens ont fait ce choix³, c'est le cas de 41 % des spécialistes, et notamment de 79 % des chirurgiens.

Les omnipraticiens en secteur 2 déclarent des revenus inférieurs à leurs confrères en secteur 1 en raison d'une activité moindre (voir dossier sur le gel du secteur 2). En revanche, les médecins spécialistes installés en secteur 2 déclarent en moyenne 20 000 euros de plus que leurs confrères en secteur 1 (soit 15 % de plus). Cet écart atteint 48 % pour les

¹ Source : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), calculs DREES.

² Le terme « secteur 2 » désigne dans cet article à la fois les médecins de secteur 2 et ceux de secteur 1 avec droit au dépassement permanent.

³ Pour les médecins généralistes, l'accès au secteur 2 a été très fortement restreint par la convention nationale de 1990 qui imposait que seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux puissent choisir de s'installer en secteur 2, statut presque exclusivement accessible aux spécialistes. Depuis lors, seule une part marginale de généralistes s'installe chaque année en secteur 2. Dans la suite, la distinction entre secteurs de conventionnement sera donc essentiellement réalisée sur les seuls spécialistes.

ophtalmologues, 40 % pour les gynécologues et 32 % pour les anesthésistes. Quelques spécialités qui se distinguent par des taux d'installation en secteur 2 parmi les plus faibles (cardiologues et pneumologues notamment) présentent cependant des revenus plus élevés en moyenne en secteur 1 qu'en secteur 2. Les médecins libéraux installés en secteur 1, s'ils ne peuvent jouer sur les tarifs pratiqués, peuvent en effet moduler leur activité pour accroître leurs revenus : pour la plupart des spécialités, l'activité réalisée est plus importante que celle de leurs confrères de secteur 2, un constat déjà établi sur les revenus 2008 (Bellamy et Mikol, 2012). En 2011, les spécialistes de secteur 2 ont ainsi réalisé 30 % d'actes en moins par rapport à leurs collègues de secteur 1, mais avec un « prix moyen¹ » de l'acte nettement plus élevé (71 euros contre 45 euros en secteur 1).

Les revenus d'activité des médecins libéraux déclarés en 2011 proviennent à 90 % de leur activité libérale, le reste provenant de leur activité salariée. Même si ces revenus salariés sont relativement faibles (un peu plus de 9 200 euros en moyenne par médecin), ce mode d'exercice « mixte » associant exercice libéral et activité salariée est relativement fréquent : c'est le cas de 27 % des généralistes et de 44 % des spécialistes en 2011. Les anesthésistes sont les moins nombreux à avoir une activité mixte (16 %) ; dans toutes les autres spécialités au moins un médecin sur trois complète son activité libérale par une activité salariée. Ce complément salarial est plus important pour les spécialistes (15 300 euros) que pour les généralistes (3 900 euros) et dépend très peu du secteur de conventionnement du médecin.

ENCADRÉ 1 - LES DONNÉES : UN APPARIEMENT DE DEUX SOURCES ADMINISTRATIVES

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux fichiers administratifs : un fichier sur l'activité des professionnels de santé libéraux géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le fichier des déclarations d'imposition sur les revenus des particuliers géré par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Cette base associe ainsi à chaque professionnel de santé exerçant tout ou partie de son activité en libéral des données relatives à son activité libérale correspondant à ses honoraires perçus (données issues de la CNAMTS), et des données relatives à ses différentes sources de revenus et à la composition de son ménage (tirées des informations de la DGFIP). Cet appariement a été réalisé pour trois années de revenus : 2005, 2008 et 2011.

Plus précisément, les données issues des déclarations de revenus de la DGFIP fournissent des informations sur l'ensemble des revenus déclarés individuellement par le professionnel de santé (revenu salarié, bénéfice non commercial (BNC), ...) ainsi que sur certains revenus déclarés au niveau du foyer (dividendes, etc.). Le « revenu libéral » auquel on s'intéresse ici correspond au revenu tiré de l'activité libérale du médecin, dont la source provient des honoraires perçus. Celui-ci est généralement déclaré sous la forme de « BNC », mais peut être également déclaré sous forme de salaire ou de dividendes pour les professionnels de santé installés en société soumise à l'impôt sur les sociétés (principalement, les sociétés d'exercice libéral – SEL). Un travail méthodologique a donc été nécessaire pour reconstituer ce revenu libéral sur les trois années disponibles, afin de rendre comparable les revenus libéraux des professionnels de santé indépendamment du cadre juridique dans lequel ils exercent (Bellamy, 2014). Le revenu salarié ne désigne donc dans cette étude que le revenu issu d'une activité non libérale (activités exercées à l'hôpital, en PMI ou en centre de santé, par exemple). **Le revenu d'activité est la somme du revenu libéral et du revenu salarié.**

Le champ retenu pour l'étude rassemble l'ensemble des professionnels de santé, conventionnés, exerçant en France métropolitaine, ayant perçu au moins un euro d'honoraires et ayant déclaré au moins un euro de revenu libéral, après corrections, à l'administration fiscale sur l'année d'exercice. Ont été exclus les professionnels de santé s'étant installés dans l'année d'exercice pour éviter les années incomplètes, ceux âgés de plus de 70 ans l'année d'exercice, ceux ayant déclaré un nombre d'actes ou un nombre de patients nul.

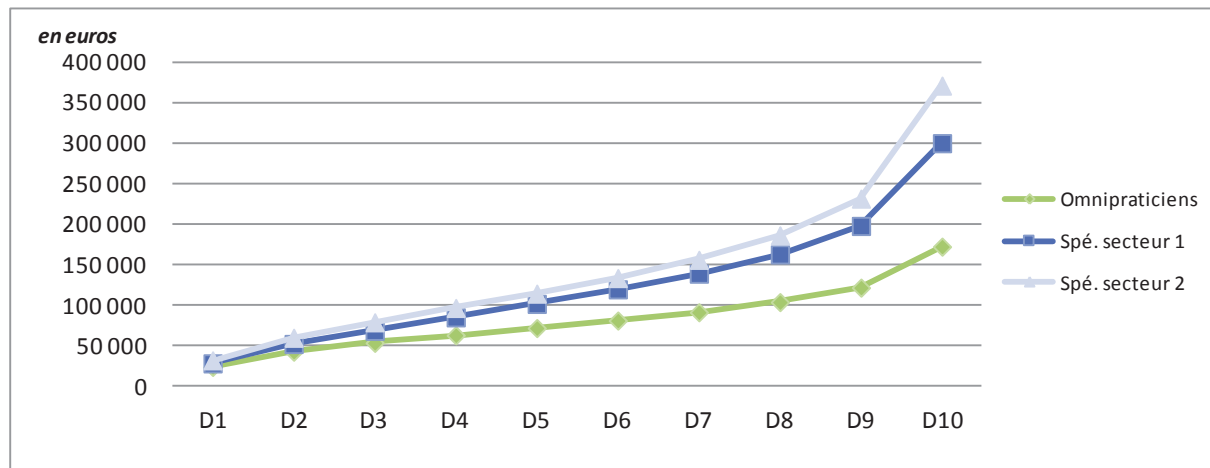
Il faut noter que les médecins remplaçants ne sont pas identifiés dans les données de la CNAMTS utilisées pour l'appariement ; tous les actes et tous les honoraires sont comptabilisés au nom du médecin titulaire du cabinet, même si par la suite il y a rétrocession à un autre médecin. Ceci peut expliquer un décalage entre les honoraires du médecin comptabilisés par la CNAMTS et les revenus effectivement déclarés par ce médecin si le taux de rétrocession est important.

En 2005, l'appariement n'a été construit que pour les médecins de France métropolitaine. En 2008, l'appariement a été élargi aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes de France métropolitaine. Pour 2011, l'appariement a été élargi aux départements d'outre-mer (DOM) et aux sages-femmes.

¹ Le prix moyen de l'acte est calculé en rapportant les honoraires moyens des médecins au nombre d'actes moyen.

Lorsque l'on classe les médecins par décile de revenus d'activité déclarés¹, on observe une dispersion très forte des montants correspondants (graphique 1). Les 10 % des généralistes déclarant les revenus d'activité les plus faibles perçoivent en moyenne 23 300 euros alors que les revenus des 10 % des généralistes les mieux payés s'établissent en moyenne à 171 900 euros. L'écart est plus important pour les spécialistes de secteur 1 et s'accroît encore pour les spécialistes de secteur 2. Ainsi le rapport entre le revenu moyen perçu par les 10 % des médecins les mieux rémunérés et celui perçu par les 10 % les moins bien rémunérés atteint 7,4 pour les médecins généralistes, 10,8 pour les spécialistes de secteur 1 et 11,8 pour les spécialistes de secteur 2.

Graphique 1 – Revenus d'activité des médecins en 2011, en fonction du décile de revenu d'activité



Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS – Exploitation DREES.

Les médecins libéraux du premier décile qui déclarent des revenus très faibles ont des caractéristiques très particulières : ce sont majoritairement des femmes quelle que soit la catégorie observée (56 % contre 28 % parmi l'ensemble des spécialistes de secteur 2 par exemple) et la moyenne d'âge y est nettement plus élevée (47 % de médecins âgés de 60 ans ou plus contre 27 % en moyenne chez les spécialistes de secteur 2). Les femmes ou les praticiens âgés peuvent être en effet plus fréquemment amenés à réduire leur activité de façon temporaire ou non (maternité, cessation progressive d'activité avant la retraite...), entraînant mécaniquement une baisse de leurs revenus. Dans de nombreux cas, cette moindre activité les conduit à devoir faire appel à des remplaçants pour maintenir une ouverture assez large du cabinet ; les données font en effet souvent apparaître, chez les médecins de ce groupe, des honoraires perçus en décalage important avec les revenus déclarés aux impôts², signe de la présence de médecins remplaçants à qui ces honoraires sont ensuite rétrocédés (encadré 1).

Sur les huit premiers déciles de revenus d'activités, les écarts de revenus entre spécialistes de secteur 1 et de secteur 2 restent stables, s'établissant à un peu plus de 13 % en faveur des spécialistes de secteur 2. L'écart est en revanche beaucoup plus prononcé en haut de l'échelle de distribution des revenus : il atteint notamment 24 % dans le dernier décile. Alors qu'en bas ou au milieu de la distribution, les spécialistes de secteur 1 sont en mesure de compenser des tarifs plus bas que ceux du secteur 2 par une quantité d'actes plus importante, ce levier ne joue plus dans le haut de la distribution où leurs confrères de secteur 2 pratiquent à la fois une activité intense et des dépassements très élevés (Bellamy et Mikol, 2012).

¹ Les déciles de revenus correspondent aux seuils délimitant les 10 %, 20 %, 30 %... de revenus les plus faibles. Ainsi le premier décile (D1) désigne le revenu au-dessous duquel se situent 10 % des médecins. Par abus de langage, on utilise aussi ici le terme « premier décile » pour désigner le groupe des 10 % de médecins ayant eu les revenus d'activité les plus faibles sur l'année. Le « deuxième décile » de médecins désigne le groupe des 10 % de médecins avec des revenus d'activité compris entre le 1er et le 2ème décile de revenus, et ainsi de suite.

² Le rapport entre la moyenne des spécialistes du 1^{er} décile et la moyenne globale des spécialistes n'est que de 1 à 2 pour le nombre d'actes effectués ou les honoraires, mais il passe de 1 à 4 pour les revenus d'activité.

Comparaison des revenus 2011 des médecins à ceux de 2005

Des données de revenus comparables à celles présentées ici sur l'année 2011 étant disponibles en 2005, il est donc possible de mesurer l'évolution du niveau des revenus des médecins entre 2005 et 2011¹. Entre ces deux dates, diverses mesures tarifaires ont été mises en place, parmi lesquelles les revalorisations successives du tarif de la consultation (qui atteint 23 euros au 1^{er} janvier 2011) et de certains actes techniques, ou l'entrée en vigueur en 2005 du « parcours de soins coordonnés » qui affirme le rôle du médecin traitant et prévoit des majorations de tarifs de consultations dans certains cas, ainsi que des valorisations forfaitaires pour le suivi de patients en affection longue durée (Bellamy, 2011). Pour les médecins généralistes, la mise en place en 2009 du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (« CAPI ») a également accru les sources de revenus en instituant des rémunérations par forfaits en fonction de la pratique des médecins (en matière de dépistage, de suivi des maladies chroniques, de prescription de médicaments génériques...)². Ces rémunérations sous forme de forfaits et majorations³ représentent une part de plus en plus importante de la rémunération des omnipraticiens : elle atteint 12,8 % en 2011, et sa part continue de progresser sur les années les plus récentes (Le Garrec, 2014).

Entre 2005 et 2011, en euros constants⁴, le revenu d'activité des médecins a augmenté en moyenne annuelle de 1,1 % (tableau 2). L'augmentation a été plus forte pour les spécialistes (+1,3 %) que pour les généralistes (+0,7 %) ; elle est plus forte sur les trois dernières années de la période (+1,3 % par an entre 2008 et 2011, après seulement +1,0 % par an entre 2005 et 2008). Cette évolution est très contrastée suivant les spécialités : les anesthésistes enregistrent ainsi la hausse la plus importante de leurs revenus (+2,8 % par an entre 2005 et 2011), suivis par les ophtalmologues (+2,5 %). En revanche, les gynécologues, les pédiatres ou les psychiatres enregistrent une baisse de leurs revenus d'activité en euros constants entre 2005 et 2011. Ces évolutions moyennes ne concernent cependant pas tous les médecins de ces spécialités, les gynécologues et les pédiatres par exemple installés en secteur 2 voyant plutôt leurs revenus se maintenir sur la période.

Tableau 2 – Taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité entre 2005 et 2011 (en euros constants)

	TCAM 2005-2008			TCAM 2008-2011			TCAM 2005-2011		
	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble
Omnipraticiens	0,9	-0,4	0,8	0,6	0,5	0,7	0,8	0,1	0,7
Anesthésistes	3,6	2,8	3,7	0,8	2,4	1,8	2,1	2,6	2,8
Cardiologues	0,6	0,4	0,6	1,4	2,9	1,7	1,0	1,7	1,1
Chirurgiens	2,0	0,2	0,7	0,3	1,3	1,2	1,1	0,8	1,0
Dermatologues	1,4	-0,2	0,7	1,2	2,9	2,0	1,3	1,3	1,3
Radiologues	-0,2	-1,2	-0,2	1,0	1,9	1,1	0,4	0,3	0,5
Gynécologues	0,0	0,0	0,1	-1,8	0,3	-0,3	-0,9	0,1	-0,1
Gastro-entérologues	3,5	2,6	3,2	0,9	1,1	1,0	2,2	1,8	2,1
Oto-rhino-laryngologistes	2,4	1,9	2,1	1,7	1,1	1,4	2,1	1,5	1,8
Pédiatres	-0,2	-0,7	-0,4	-1,0	0,9	-0,2	-0,6	0,1	-0,3
Pneumologues	1,8	-0,1	1,5	2,1	1,6	2,0	1,9	0,7	1,7
Rhumatologues	3,0	1,8	2,5	-0,1	1,0	0,4	1,4	1,4	1,5
Ophthalmologues	2,2	1,7	2,1	1,0	3,7	2,9	1,6	2,7	2,5
Psychiatres et neuropsychiatres	-1,1	-1,7	-1,2	-0,4	0,0	-0,3	-0,7	-0,8	-0,7
Stomatologues	-0,3	1,2	0,4	1,5	1,2	1,4	0,6	1,2	0,9
Autres médecins	1,5	0,0	1,0	1,8	1,1	1,5	1,6	0,6	1,3
Total spécialistes	1,1	1,0	1,1	1,0	2,0	1,5	1,0	1,5	1,3
Ensemble des médecins	0,9	1,2	1,0	0,8	2,4	1,3	0,8	1,8	1,1
Dentistes						1,2			
Infirmiers						0,6			
Masseurs-kinésithérapeutes						-1,4			

Champ : France métropolitaine.

Source : INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES.

¹ Les données de l'année 2008 sont également disponibles sous la même forme, permettant aussi d'effectuer des comparaisons intermédiaires (2005-2008 ou 2008-2011).

² Ce dispositif a été généralisé en 2012 par la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) ouverte à tous les médecins (et non plus aux seuls médecins traitants).

³ Y compris forfaits liés à la permanence des soins de ville et en établissement.

⁴ C'est-à-dire en contrôlant de l'inflation, qui a été de +1,6% par an en moyenne entre ces deux dates.

Des hausses plus importantes en haut de l'échelle des revenus

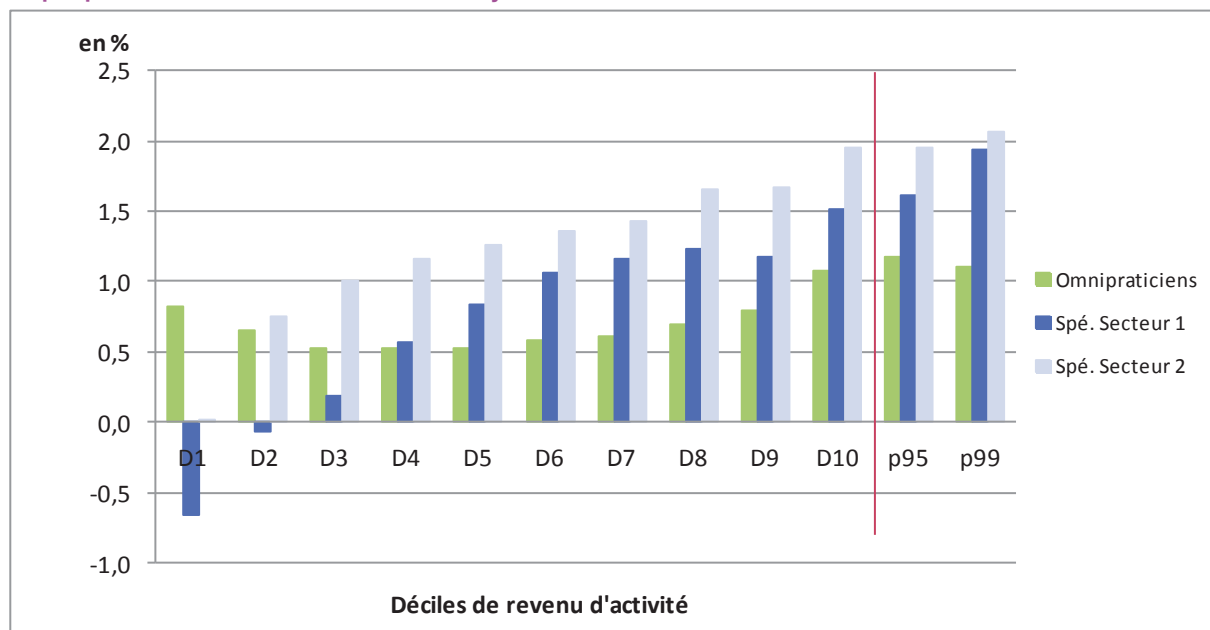
Les médecins peuvent être classés en 2005 et en 2011 selon leur décile de revenu d'activité, ce qui permet de comparer les évolutions de revenus entre 2005 et 2011 au sein de l'échelle des rémunérations¹. Pour les médecins généralistes, la progression se retrouve à tous les niveaux de la distribution des revenus et est relativement homogène même si elle est un peu plus forte pour les plus hauts revenus (graphique 2). Elle atteint +1,1% par an pour les 10 % des médecins ayant déclaré les plus hauts revenus contre 0,7 % en moyenne.

Pour les spécialistes de secteur 1 comme de secteur 2, en revanche, l'ampleur des évolutions s'accroît le long de la distribution des revenus et est en outre systématiquement plus élevée pour les spécialistes de secteur 2 que pour ceux de secteur 1. Le revenu moyen des 10 % des spécialistes de secteur 1 ayant déclaré le plus faible revenu a diminué significativement sur la période (cette baisse étant concentrée sur la période 2005-2008), alors qu'à l'opposé, le revenu moyen des 10 % de spécialistes de secteur 2 les mieux rémunérés a augmenté de 2 % par an entre 2005 et 2011.

La dispersion des revenus des médecins autres qu'omnipraticiens s'est ainsi accrue entre 2005 et 2011, les hausses intervenues sur la période étant en grande partie « tirées » par les plus hauts revenus alors que les plus faibles stagnent ou régressent même dans le cas des spécialistes de secteur 1. Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève ainsi entre les deux dates, passant de 9,5 à 10,8 pour les spécialistes de secteur 1 et de 10,5 à 11,8 pour les spécialistes de secteur 2 mais l'évolution est nettement plus faible si l'on rapporte le revenu moyen des 10% les mieux rémunérés au revenu médian (le rapport passe de 2,6 à 2,7 pour les spécialistes de secteur 1 entre 2005 et 2011 et de 2,9 à 3,0 pour ceux de secteur 2). Chez les généralistes en revanche, le rapport inter-décile est resté pratiquement stable (7,4 en 2011 et 7,3 en 2005).

Cette évolution des revenus des spécialistes libéraux est en ligne avec la hausse régulière des honoraires constatée sur la période pour quasiment toutes les spécialités ; cette hausse s'infléchit cependant en 2012 (Le Garrec, 2014). La politique de modération tarifaire mise en place par l'Assurance-maladie dans le cadre de l'avenant n°8 de la convention nationale de 2011 devrait d'ailleurs prolonger cette inflexion².

Graphique 2 – taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité entre 2005 et 2011



Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE-DGFIP-CNAMTS – Exploitation DREES

Note de lecture : pour les 10 % d'omnipraticiens ayant déclaré les plus hauts revenus d'activité, le revenu moyen a augmenté de 1,1 % par an entre 2005 et 2011 (en euros constants).

¹ Par exemple, l'évolution du dernier décile entre 2005 et 2011 mesure l'écart entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés en 2011 et celui des 10 % les mieux rémunérés en 2005.

² Un nouveau « contrat d'accès aux soins » est en effet proposé depuis janvier 2013 à tous les médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1, sous la condition qu'ils s'engagent à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité à tarif opposable en échange de certains avantages (prise en charge de cotisations sociales, bénéfice de certaines majorations réservées au secteur 1...).

ENCADRÉ 2 - LES REVENUS DES MÉDECINS DES DOM EN 2011

L'appariement est disponible pour la première fois en 2011 sur les professionnels de santé exerçant dans les DOM. Néanmoins, les taux d'appariement entre les deux sources administratives CNAMTS et DGFIP y sont plus faibles qu'en France métropolitaine. Si en métropole seuls 3,5 % des professionnels de santé libéraux présents dans le SNIIR-AM ne sont pas retrouvés dans la source fiscale, ils sont 21 % en Guadeloupe-Martinique, 26 % en Guyane et 15 % à la Réunion. Ce sont les professionnels de santé les plus âgés, au-dessus de 60 ans, ainsi que les femmes qui sont un peu plus souvent absents de l'appariement. Les professionnels de santé présents dans la source fiscale mais ayant déclaré des revenus d'activité nuls en 2011 sont également plus nombreux dans les DOM qu'en métropole (4 % en moyenne contre 2 %) ; ces professionnels sont exclus de notre champ d'étude.

Pour ces raisons, les revenus présentés ici sont plus fragiles que les résultats relatifs à la métropole. Des analyses suggèrent cependant qu'ils restent bien représentatifs des revenus l'ensemble des professionnels des DOM. En effet, les honoraires moyens des professionnels de santé des DOM qui ont pu être retrouvés dans la source fiscale sont du même ordre de grandeur que ceux de l'ensemble des professionnels des DOM recensés de façon exhaustive dans les données de l'assurance-maladie. De même, la hiérarchie des honoraires par spécialité et par DOM est respectée lorsqu'on se restreint aux seuls individus présents dans l'appariement CNAMTS -DGFIP. Les écarts d'honoraires mesurés entre l'ensemble des DOM et la France métropolitaine pour les seuls professionnels « appariés » (*i.e.* présents dans l'appariement CNAMTS -DGFIP) sont également très proches des écarts estimés sur l'ensemble des professionnels étudiés. On peut donc faire l'hypothèse raisonnable que les revenus des professionnels de santé « appariés » sur ces territoires – dont la distribution reflète en grande partie celle des honoraires – sont aussi du même ordre de grandeur que les revenus de l'ensemble des médecins des DOM. Cependant, compte-tenu de la faiblesse des effectifs en jeu pour certaines spécialités, **les revenus moyens sont présentés de façon très agrégée**, en comparant uniquement, pour les médecins, **ceux des omnipraticiens et ceux de l'ensemble des spécialistes par secteur de conventionnement**. Les comparaisons réalisées avec la France métropolitaine sur ces deux derniers groupes sont donc à interpréter avec prudence, compte-tenu des structures différentes en termes de répartition par spécialité.

Sur cette base, on constate que, quel que soit le type de professionnel observé, le revenu est supérieur dans les DOM à celui déclaré en France métropolitaine, en particulier chez les médecins, avec 108 600 euros déclarés en 2011 par les omnipraticiens, 148 000 euros par les spécialistes de secteur 1 et 167 000 euros par leurs confrères de secteur 2. C'est en Guyane que les revenus déclarés sont les plus élevés en moyenne, notamment pour les omnipraticiens.

Il faut toutefois noter que les tarifs des consultations du médecin traitant sont différents entre la métropole et les DOM, et également au sein des différents DOM : fixé à 23 euros en France métropolitaine, le tarif de la consultation est de 25,20 euros en Guadeloupe et en Martinique et de 27,40 euros en Guyane et à la Réunion. Les tarifs de consultation de spécialiste présentent des disparités similaires. De même, les tarifs conventionnels des autres professionnels de santé libéraux sont systématiquement majorés dans les DOM. Ces tarifs supérieurs à la métropole procurent ainsi des honoraires plus élevés aux professionnels de santé des DOM et peuvent expliquer en partie les revenus supérieurs observés par rapport à la France métropolitaine. Il s'agit toutefois de noter que les prix sont plus élevés dans les DOM qu'en métropole – de 13 % en Guyane, de 10 % en Martinique, de 8 % en Guadeloupe et de 6 % à La Réunion en 2010¹.

	Effectifs DOM	Revenus d'activité (en euros)					Rappel : métropole
		Ensemble DOM	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	
Omnipraticiens	1 395	108 620	91 740	86 990	140 860	118 080	82 020
Spécialistes de secteur 1	670	147 990	137 300	125 540	141 600	159 640	125 060
Spécialistes de secteur 2	195	167 080	157 810	155 140	n.s.	187 040	145 610
Dentistes	707	104 230	94 580	107 090	95 020	107 010	102 700
Infirmiers	2 689	65 090	68 800	61 590	67 460	64 950	47 710
Masseurs-kinésithérapeutes	1 330	44 780	40 100	51 720	56 780	43 420	44 510
Sages-femmes	160	37 260	44 820	37 560	53 130	32 150	30 000

n.s. non significatif : le nombre de professionnels est insuffisant (<10).

Champ : France, professionnels de santé libéraux conventionnés, âgés de moins de 70 ans, installés avant 2011, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2011. Les revenus ne sont calculés que sur les professionnels retrouvés dans le fichier fiscal, les effectifs tiennent compte en revanche des non appariés.

Source : INSEE-DGFIP-CNAMTS - Exploitation DREES (revenus), CNAMTS (effectifs).

¹ Berthier J.P., Lhéritier J.L., Petit G., « Comparaison des prix entre les DOM et la métropole en 2010 », Insee Première, n°1304 – juillet 2010.

Les revenus des autres professionnels de santé en 2011

Les chirurgiens-dentistes ont déclaré en 2011 en moyenne 102 700 euros de revenus d'activité (tableau 1), soit une progression de 1,2 % par an (en euros constants) entre 2008 et 2011¹(tableau 2). Il se partage entre 101 180 euros de revenu libéral et 1 530 euros de revenu salarié (tableau 1). Plus encore que pour les médecins, la dispersion des revenus est très importante chez les chirurgiens-dentistes, cette spécialité regroupant dans notre étude les spécialistes en orthopédie dento-faciale (O.D.F.) aux revenus très élevés avec les autres chirurgiens-dentistes. Le rapport entre le revenu moyen des 10 % les mieux rémunérés et celui des 10 % les moins rémunérés s'élève à 13 en 2011, comme en 2008. Rappelons que contrairement aux médecins, tous les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, mais pas sur tous les types d'actes : si les consultations et les soins dentaires sont toujours facturés au tarif opposable, en revanche le tarif est libre sur les prothèses dentaires notamment, activité qui contribue le plus aux honoraires perçus par l'ensemble de cette profession (Bellamy et Badara M'Baye, 2013).

Les infirmiers exerçant une activité libérale ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des infirmiers, 1 sur 6 environ², mais leur effectif est en forte progression depuis une dizaine d'années, en lien avec l'augmentation générale du nombre d'infirmiers depuis le relèvement important des quotas de places offertes en instituts de formation au début des années 2000. Sur la seule période 2008-2011, les infirmiers libéraux ont vu leur nombre croître de 15 %³. Cette hausse n'a pas empêché la progression des revenus moyens sur la période : les infirmiers libéraux déclarent en moyenne 47 710 euros de revenus d'activité en 2011, soit une augmentation de +0,6 % par an en euros constants par rapport aux revenus déclarés en 2008.

Les masseurs-kinésithérapeutes exercent en grande majorité en libéral (80 % d'entre eux d'après le répertoire Adeli). Comme les infirmiers, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux exclusifs ou mixtes ont augmenté entre 2008 et 2011 (+9 % d'après le SNIIR-AM), suivant un mouvement régulier tout au long des années 2000. Leurs revenus moyens enregistrent cependant une baisse sur la période : ils ont déclaré en moyenne en 2011 44 510 euros de revenu d'activité (dont 880 euros de revenus salariés), soit un peu moins qu'en 2008 (-1,4 % par an en moyenne).

Enfin, les sages-femmes libérales sont encore peu nombreuses (environ 3 500 en 2011 d'après le SNIIR-AM), mais le mode d'exercice libéral se répand progressivement au sein de cette profession⁴. Avec 30 000 euros de revenus d'activité perçus en moyenne en 2011, elles déclarent des revenus nettement plus bas que ceux des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes, en lien avec des honoraires perçus inférieurs de près d'un tiers à ceux de ces deux autres professions de santé (d'après le SNIIR-AM). Lorsqu'elles exercent une activité libérale, une activité salariée la complète près de quatre fois sur dix, une proportion plus forte que pour les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour en savoir plus

Bellamy V. « Les revenus des médecins libéraux : Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008 », *Document de travail, série Sources et méthodes*, n°45 – juin 2014, DREES.

Bellamy V., Samson A.L., 2011, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », *Comptes nationaux de la santé 2010*, DREES.

Bellamy V., Mikol F., 2012, « Les revenus d'activité des médecins libéraux », *Comptes nationaux de la santé 2011*, DREES.

Bellamy V., Badara Mbaye A., 2013, "Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008", *Études et résultats*, n°849, août 2013, DREES.

¹ Les revenus des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ne sont disponibles que pour les années 2008 et 2011. Les revenus des sages-femmes ne sont disponibles que pour 2011.

² Sicart D., « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », DREES, Document de travail, Séries statistiques, n°189, juillet 2014.

³ Source : SNIIR-AM (Système national d'informations inter-régimes de l'assurance-maladie).

⁴ Cavillon M., « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », DREES, *Études et Résultats*, n°791, mars 2012.

L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013

Marie-Anne LE GARREC¹ (DREES)

Dans les Comptes nationaux de la santé, trois rubriques comprennent des soins de médecins : la dépense hospitalière publique, la dépense hospitalière privée et les soins de ville (cabinets libéraux ou centres de santé tels que dispensaires). Cet éclairage s'intéresse à **la seule activité libérale des médecins**, exercée en clinique privée ou en cabinet de ville, excluant leur activité dans les hôpitaux publics ou les centres de santé. Son champ est restreint aux dépenses des assurés du régime général de France métropolitaine (soit 80 % environ de la dépense totale en soins de médecins libéraux).

Sur ce champ restreint, les médecins généralistes (qui représentent 52 % des effectifs des médecins libéraux) génèrent environ 37 % de la dépense de soins de médecins contre 63 % pour les spécialistes (48 % des effectifs) en 2013. Cette différence de répartition entre effectifs et honoraires reflète notamment les différences de nature d'activité, de poids relatif des différents modes de rémunération (à l'acte ou forfaitaire) et de pratiques de dépassement entre les deux catégories de praticiens.

L'activité des omnipraticiens s'exerce presque exclusivement en ville. La majorité d'entre eux exerçant en secteur 1, les dépassements représentent une faible part de la dépense (3,7 %) ; en revanche, leurs rémunérations forfaitaires ont presque doublé entre 2006 et 2013, où elles atteignent 11,2 % de la dépense. La dépense de soins de médecins spécialistes se répartit, en revanche, en 68 % en cabinet de ville et 32 % en clinique privée. 42 % d'entre eux ayant opté pour le secteur 2 (honoraires libres) pratiquent des dépassements de 57 % en moyenne par rapport au tarif opposable. Après avoir régulièrement augmenté jusqu'en 2011, le taux moyen de ces dépassements se réduit légèrement en 2012 et 2013.

Enfin, si l'assurance maladie prend en charge les deux tiers de la dépense de médecine de ville en 2013, la part des organismes complémentaires approche les 20 % et celle des ménages les 12 %. Les dépassements d'honoraires constituent 52 % de ce reste à charge.

¹ L'auteur remercie la DSES de la CNAMTS pour la fourniture de données détaillées.

Au 1^{er} janvier 2014, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense deux catégories de médecins : 87 000 médecins salariés et 127 000 médecins libéraux ou mixtes (France métropolitaine). Les médecins « mixtes » sont des médecins libéraux qui ont une activité annexe salariée soit dans un hôpital, soit dans un dispensaire.

Cette étude porte uniquement sur l'activité exercée par les **médecins libéraux dans les cliniques privées et dans les cabinets de ville** en France métropolitaine. Elle concerne donc 60 000 omnipraticiens et 54 000 médecins spécialistes libéraux (source CNAMTS- SNIR¹). Son champ est restreint aux dépenses présentées au remboursement auprès du régime général (soit 80 % environ de la dépense totale en soins de médecins en clinique privée et en cabinet de ville – cf. encadré 1).

ENCADRÉ 1 - LE CHAMP DE L'ÉTUDE

Dans les Comptes nationaux de la santé, la dépense de soins de médecins est retracée dans trois postes : la dépense hospitalière publique, la dépense hospitalière privée et les soins de ville (cabinets libéraux ou centres de santé tels que dispensaires).

Si l'on ne peut isoler les soins de médecins dans l'ensemble de la dépense hospitalière publique, on peut en revanche le faire dans la dépense en clinique privée et dans la dépense en ville. Ainsi, en 2013, la consommation de soins de médecins est estimée à 4,9 milliards d'euros en clinique privée et à 20,5 milliards en cabinet de ville et en dispensaires (tableau 1). Elle représente 14 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Outre la dépense présentée au remboursement (y compris dépassements), la consommation de soins de médecins comprend d'autres dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés, acupuncture...) et la dépense non présentée au remboursement.

Tableau 1 – Consommation de soins de médecins

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	2013 *
CSBM	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
Consommation de soins de médecine de ville (y compris Sages-femmes)								
1 cabinets libéraux	17 075	17 845	18 175	18 498	18 320	19 036	19 473	19 867
2 centres de santé	270	292	307	316	316	345	354	376
3 sages-femmes	127	127	137	148	160	172	189	221
	17 472	18 263	18 619	18 962	18 797	19 553	20 016	20 464
Consommation de soins de médecins en établissements privés								
4 cliniques privées	3 812	3 894	4 100	4 273	4 480	4 626	4 769	4 906
Consommation totale de soins de médecins libéraux								
1+4	20 887	21 738	22 275	22 771	22 801	23 662	24 242	24 774

* Y compris ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Champ : tous régimes, France entière.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Cette étude est réalisée sur un champ plus restreint, pour lequel on dispose de données détaillées de dépenses et d'effectifs. Elle porte sur la dépense présentée au remboursement (c'est-à-dire y compris dépassements) de soins de médecins libéraux conventionnés, en cabinet de ville et en clinique privée, effectuée en France métropolitaine par les assurés du régime général, soit 20 milliards d'euros en 2013. Ce champ restreint représente 80 % de la dépense totale de soins de médecins identifiable dans les Comptes de la santé (tableau 2).

Tableau 2 – Dépense présentée au remboursement de soins de médecins libéraux

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 *	2013 *
Régime général - France métropolitaine								
cabinets libéraux	13 763	14 312	14 595	14 789	14 824	15 386	15 549	15 883
cliniques privées	3 231	3 327	3 532	3 679	3 888	3 996	4 073	4 166
Total	16 994	17 639	18 127	18 468	18 712	19 382	19 622	20 049

* Y compris ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

Champ : régime général, France métropolitaine.

Sources : CNAMTS, DSES.

¹ Le champ du RPPS diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée).

Elle est réalisée à partir de données fournies par l'assurance maladie (CNAMTS - DSES) :

- la statistique annuelle du régime général des années 2006 à 2013, qui présente les prestations versées, la base de remboursement et la dépense totale présentée au remboursement (c'est-à-dire y compris dépassements), en date de remboursement ; cette statistique est ventilée par lieu d'exécution des soins (cabinet libéral, clinique privée ou centre de santé), par spécialité et par secteur de conventionnement des médecins ;
- les données du SNIR (système national inter-régimes) pour la démographie médicale.

La dépense de soins de médecins libéraux progresse de 2,4 % par an en moyenne entre 2006 et 2013

Sur le champ retenu pour l'étude, la dépense présentée au remboursement de soins de médecins est passée de 17 milliards d'euros en 2006 à 20 milliards d'euros en 2013 (graphique 1). Elle a ainsi augmenté de 18 %, soit 2,4 % par an en moyenne. La structure de la consommation s'est légèrement déformée : la part des généralistes a reculé d'un point entre 2006 et 2013 (de 38,4 % de la dépense à 37,3 %), au profit de celle des spécialistes. Cette déformation a des causes multiples : des différences marquées entre les deux catégories de praticiens concernant la nature de leur activité, leur dynamique démographique, le poids relatif des secteurs de conventionnement, mais également un environnement épidémiologique plus ou moins favorable... En effet, les honoraires des médecins dépendent du nombre d'actes effectués (contexte épidémiologique, évolution démographique), de la nature des actes effectués (actes cliniques, c'est-à-dire consultations et visites, ou actes techniques) ainsi que des modes de rémunérations (à l'acte ou forfaitaires).

a) Une progression de la dépense irrégulière pour les généralistes...

La dépense en soins d'omnipraticiens libéraux est passée de 6,5 milliards en 2006 à 7,5 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 15 % en sept ans. Cette hausse n'est pas linéaire : on observe par exemple un recul sensible en 2010 (-1,9 %), suivi d'une nette reprise en 2011 (+4,7 %). Ces évolutions comprennent des effets « volume » (nombre d'actes) et des effets « prix » (revalorisation, nouveaux modes de rémunération). Ainsi, le recul de 2010 est essentiellement attribuable à l'absence d'épisode grippal qui a entraîné une diminution du nombre de consultations, tandis que la reprise de 2011 est surtout due à la revalorisation de la consultation de généraliste dont le tarif a augmenté de 4,5 %, passant de 22 à 23 euros le 1^{er} janvier 2011. La progression de 2012 est quant à elle en partie attribuable à l'introduction de la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique – cf. encadré 3). Celle de 2013 comprend notamment la « majoration personnes âgées » (5 euros par consultation d'une personne âgée de plus de 85 ans) avec l'entrée en vigueur de l'avenant 8 à la convention nationale des médecins à compter du 1^{er} juillet.

Graphique 1 – Évolution de la dépense de soins de médecins libéraux présentée au remboursement *



* Dépense présentée au remboursement, y compris dépassements ; y compris ROSP en 2012 et 2013.
Sources : CNAMTS, régime général – France métropolitaine.

b) ...mais constante pour les spécialistes et amplifiée par celle des dépassements jusqu'en 2011

La dépense en soins de spécialistes est passée, quant à elle, de 10,5 milliards en 2006 à 12,5 milliards en 2013. Sa croissance est régulière, comprise entre 2 % et 3,5 % par an, à l'exception de l'année 2012 où la dépense est restée atone (graphique 1). Cette croissance est liée à celle des effectifs de médecins spécialistes (cf. encadré 2), mais également à celle des dépassements d'honoraires. Entre 2006 et 2013, les dépassements des spécialistes sont

passés de 1,5 milliard d'euros à 2,1 milliards (régime général), soit une hausse de 38 %. Cette hausse des dépassements représente 28 % de la hausse totale des honoraires de spécialistes sur cette période.

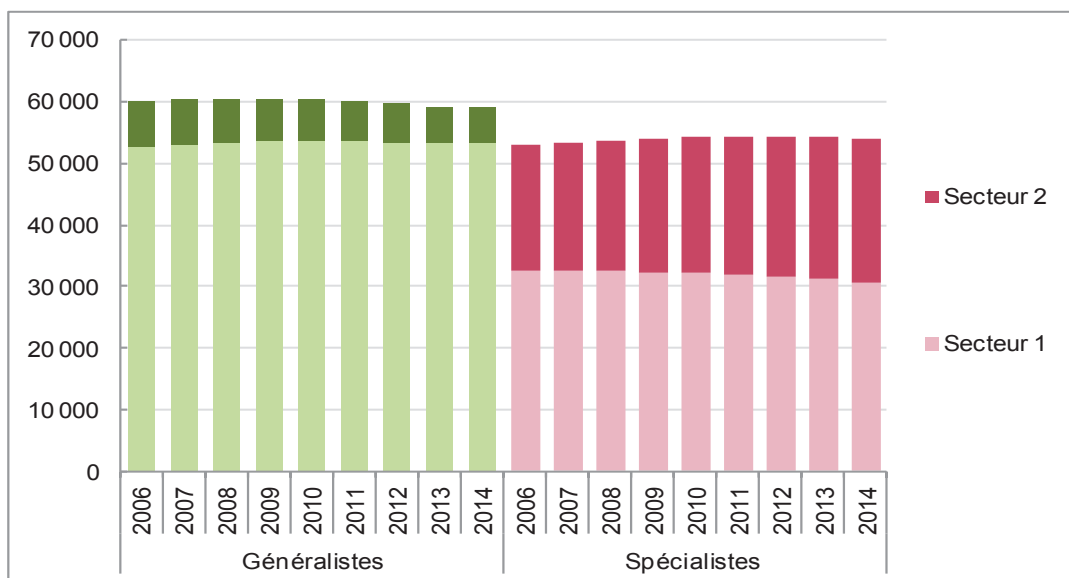
Toutefois, on observe une inflexion de cette tendance en 2012 : en effet, le rythme de croissance des dépassements de spécialistes qui variait entre 4 % et 7 % par an entre 2007 et 2011 ralentit à +2,4 % en 2012 et +3,3 % en 2013 (cf. fiche A.6 – Consommation de soins de médecins).

ENCADRÉ 2 - LES EFFECTIFS DE MÉDECINS LIBÉRAUX

Après avoir très légèrement augmenté entre 2006 et 2010 (+0,6 %), le nombre d'omnipraticiens libéraux en France métropolitaine a diminué de 2,5 % entre le 1er janvier 2010 et le 1er janvier 2014, passant de 61 300 à 59 800 (graphique 2). Ce recul concerne surtout les généralistes exerçant en secteur 2, dont les effectifs diminuent de 24 % entre 2006 et 2014 (passant de 7 500 à 5 700), alors que les effectifs sont quasi-stables en secteur 1 (cf. annexe 1 pour la définition des secteurs de conventionnement).

En effet, pour les généralistes, l'accès au secteur 2 a été très fortement restreint par la convention de 1990 qui impose que seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux puissent choisir de s'installer en secteur 2. De fait, ces statuts concernent presque exclusivement les spécialistes. Ainsi, la majorité des généralistes de secteur 2 sont ceux qui se sont installés avant 1990 : ils partent aujourd'hui progressivement à la retraite, d'où la baisse importante des effectifs de cette seule catégorie.

Graphique 2 – Nombre de médecins libéraux au 1er janvier, selon leur secteur de conventionnement *



* dont secteur 1 avec DP : moins de 20 généralistes et moins de 200 spécialistes au 1/1/2014.
Sources : CNAMTS, SNIR – France métropolitaine.

En revanche, sur la même période, le nombre de spécialistes libéraux a augmenté de 1,9 % entre 2006 et 2010 et n'a que très peu reculé depuis, passant de 54 700 au 1er janvier 2010 à 54 300 au 1er janvier 2014. Contrairement aux omnipraticiens, c'est le nombre de spécialistes de secteur 1 qui baisse de 6 % entre 2006 et 2014 alors qu'en secteur 2, il augmente de 14 %. En effet, parmi les jeunes médecins spécialistes, 6 sur 10 choisissent de s'installer en secteur 2¹.

Aujourd'hui, 4 spécialistes sur 10 exercent en secteur 2 tandis que cette proportion n'est que de 1 sur 10 pour les omnipraticiens. Par conséquent, les médecins spécialistes représentent aujourd'hui 80 % des effectifs du secteur 2 à honoraires libres, et génèrent près de 87 % du montant des dépassements d'honoraires en 2013.

Plus de trente ans après la création du secteur 2, les dépassements d'honoraires ont triplé. Tous régimes confondus, et pour l'ensemble des médecins libéraux, le montant total des dépassements est passé de 900 millions d'euros en 1990 à 1,4 milliard en 2000 et 2,7 milliards d'euros en 2013 (2,4 milliards pour le seul régime général). La progression ralentit toutefois depuis 2012 et la création en 2013 d'un nouveau « contrat d'accès aux soins » destiné aux médecins à honoraires libres devrait à terme réduire le montant des dépassements : les médecins souscripteurs de ce contrat s'engagent en effet à stabiliser leurs tarifs et à réduire progressivement leurs dépassements (cf. Annexe 1 pour la définition des secteurs de conventionnement et du Contrat d'accès aux soins).

¹ Voir « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », V. Bellamy, A.L. Samson, in « Comptes de la santé 2010 », DREES, 2011.

Les soins de médecins croissent toutefois moins vite que les autres dépenses de santé

Sur la période 2006-2013, la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des Comptes la santé a augmenté de 2,8 % par an en moyenne, c'est-à-dire plus rapidement que la consommation de soins de médecins (+2,4 % par an en moyenne). Les soins de médecins (en ville et en cliniques privées) représentent ainsi 13,5 % de la CSBM en 2013 contre 13,8 % en 2006.

Des rémunérations forfaitaires croissantes pour les médecins généralistes libéraux

a) 98 % de la dépense en soins de généralistes dans les cabinets de ville

L'activité libérale des médecins généralistes s'exerce presque intégralement dans leur cabinet de ville (98,3 % en 2013), et seulement pour 1,7 % en clinique privée. C'est pourquoi la suite de l'analyse porte sur la seule dépense de soins de médecins généralistes libéraux dans leur cabinet de ville.

Parallèlement à la diminution des effectifs d'omnipraticiens, l'activité, mesurée par le nombre d'actes, diminue :

- 213,4 millions de consultations dans leur cabinet en 2013 contre 216,0 millions en 2006 ;
- 23,2 millions de visites de patients à domicile en 2013 contre 30,4 millions en 2006 ;
- 10,8 millions de coefficients d'actes techniques en 2013 contre 11,8 millions en 2007¹.

Pour les consultations, la baisse n'est pas linéaire : on observe une diminution sensible du nombre de consultations en 2010 (-2,5 %) due à l'absence d'épisode grippal, puis une nouvelle baisse en 2012 (-1,6 %), année où la consommation totale de soins est assez faible d'une manière générale, et enfin une stagnation en 2013 (graphique 3). En revanche, on observe une chute de 24 % du nombre de visites à domicile entre 2006 et 2013, tandis que le nombre de consultations en cabinet recule de 1,2 % seulement. Il s'agit d'une tendance de fond de la pratique des médecins.

Graphique 3 – Nombre d'actes des médecins généralistes libéraux



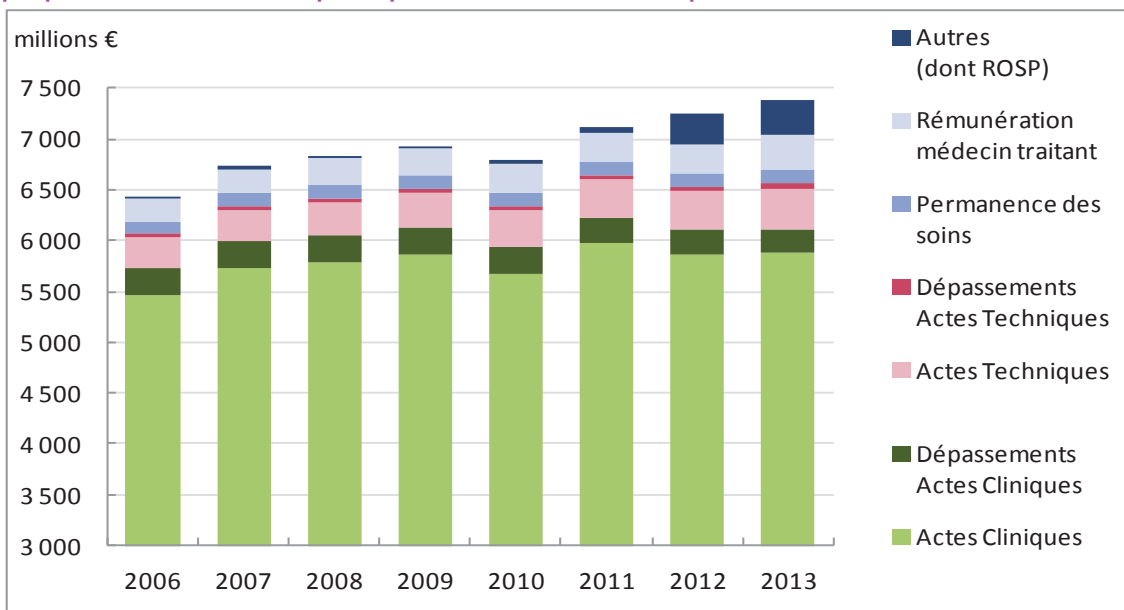
Sources : CNAMTS, régime général – France métropolitaine.

b) La part des rémunérations forfaitaires a presque doublé en 7 ans

La rémunération de l'activité des généralistes se déforme peu à peu elle aussi. L'activité clinique (consultations et visites) ne représente plus que 82,7 % de la dépense en 2013 contre 89 % en 2006, et les actes techniques 6 % contre 5,2 % en 2006, tandis que les rémunérations forfaitaires ont presque doublé passant de 5,8 % de la dépense en 2006 à 11,2 % en 2013² (graphique 4).

¹ L'analyse de l'évolution du nombre de coefficients d'actes techniques est toutefois perturbée par le passage de la NGAP (nomenclature générale des activités professionnelles) à la CCAM (classification commune des actes médicaux) intervenu en 2005, dont les effets sont particulièrement importants en 2006 et se prolongent de façon atténuée les années suivantes.

² La ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) versée en 2013 au titre de l'année 2012 est intégrée aux honoraires 2012 ; même chose pour la ROSP 2013 versée en 2014.

Graphique 4 – Structure de la dépense présentée* de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville

* Dépense présentée au remboursement = Dépense au tarif opposable + Dépassements.

Note : la ROSP versée en 2013 (respectivement 2014) au titre de l'activité 2012 (resp. 2013) est ici ajoutée à la dépense 2012 (resp. 2013).

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

La part de ces rémunérations forfaitaires dans la dépense totale de soins de généralistes a lentement progressé entre 2006 et 2011, passant de 5,8 % à 6,6 %. Puis elle a connu deux accélérations successives : en 2012 avec l'introduction de la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP – cf. encadré 3), et en 2013 avec le nouveau « forfait médecin traitant ».

À compter du 1^{er} janvier 2012, la ROSP s'est en effet substituée au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et à la différence du CAPI, elle ne concerne plus les seuls médecins traitants volontaires, mais s'étend à tous les praticiens. Tous régimes confondus, les montants versés pour la ROSP sont estimés à 282 millions d'euros au titre de l'année 2012 et 341 millions au titre de l'année 2013 (dont environ 85 % versés par le seul régime général). Ces montants ont été intégrés aux données CNAMTS de l'année à laquelle ils se rapportent. Versée en 2014, la ROSP 2013 s'élève en moyenne à 5 774 € par médecin généraliste ; elle représente 4,8 % du total des honoraires perçus par les généralistes en 2013. La ROSP est plébiscitée par les médecins généralistes : en 2013, seuls 5 % d'entre eux n'adhèrent pas au dispositif.

On observe également une montée en puissance des rémunérations dites de « médecin traitant ». Ces rémunérations ont progressé de 37 % entre 2006 et 2012, passant de 216 millions d'euros (soit 3,3 % des honoraires totaux) à 297 millions, soit 4,1 % des honoraires 2012 (régime général). Sur la seule année 2013, elles ont augmenté de 20 % pour atteindre 357 millions d'euros, soit 4,8 % des honoraires des médecins généralistes. Cette hausse est due à l'entrée en vigueur de l'avenant 8 à la convention nationale des médecins à compter du 1^{er} juillet 2013, qui comprend une revalorisation des tarifs du secteur 1 avec notamment la création d'un « forfait médecin traitant » (5 euros par an et par patient non ALD – cf. encadré 3).

Les omnipraticiens perçoivent 90 % du montant total des rémunérations forfaitaires. Les dépassements des omnipraticiens libéraux pèsent en revanche peu dans la dépense totale (3,7 % en 2013) car seuls 10 % d'entre eux exercent en secteur 2. Leur nombre diminuant régulièrement, le montant de leurs dépassements a lui aussi fortement diminué : il s'élève à 272 millions en 2013, contre 315 millions en 2006 (régime général), soit une baisse de 14 %. Le taux moyen de dépassement par rapport au tarif opposable, calculé sur les seuls actes cliniques et techniques en excluant les rémunérations forfaitaires (non sujettes à dépassement par définition), atteint 46 % en 2013 pour les 10 % d'omnipraticiens qui exercent en secteur 2.

ENCADRÉ 3 – LES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES DES MÉDECINS

Les rémunérations forfaitaires des médecins sont de natures très diverses (tableau 3).

Elles peuvent être liées :

- aux pratiques des médecins : contrat de bonnes pratiques, forfait CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles), ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) par exemple ;
- à la permanence des soins : rémunération pour astreinte ou pour garde, permanences des samedis, dimanches, jours fériés, permanences de nuit... ;
- à leur localisation géographique : forfait zone déficitaire, forfait option démographie ;
- à leur patientèle : rémunération médecin traitant, forfait médecin coordonnateur, forfait médecin traitant...

Tableau 3 : Montant des rémunérations forfaitaires des médecins en 2013
en millions d'euros

2013	Permanence des soins	Rémunérations médecin traitant	Autres rémunérations forfaitaires *	TOTAL	Structure
Omnipraticiens	136,8	356,8	344,8	838,4	90,3%
Spécialistes	0,5	1,4	88,4	90,4	9,7%
Ensemble	137,3	358,2	433,2	928,7	100,0%

* y compris ROSP 2013 versée en 2014.

Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine - traitement DREES.

Les rémunérations forfaitaires les plus importantes

Permanence des soins : depuis la loi HPST de 2009, les ARS (agences régionales de santé) encadrent les dispositifs de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ; les médecins libéraux sont désormais rémunérés par des forfaits d'astreinte lorsqu'ils assurent des permanences de nuit ou de week-end.

Le « **forfait CAPI** » mis en place en 2009 pour les médecins traitants : souscrit pour une durée de 3 ans, le « contrat d'amélioration des pratiques individuelles » leur procurait une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique. En 2011, 16 000 médecins traitants adhéraient au CAPI, soit un tiers des praticiens éligibles. La prime annuelle moyenne s'élevait à environ 3 000 euros.

Ce dispositif a été remplacé au 1^{er} janvier 2012 par la « **rémunération sur objectifs de santé publique** » (ROSP) ouverte à tous les médecins (et non plus aux seuls médecins traitants) ; elle constitue une rémunération à la performance accessible à tous les médecins libéraux, basée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Elle est calculée sur une base de 29 indicateurs contre 15 pour le forfait CAPI. La ROSP 2013 versée début 2014 s'élève en moyenne à 4 000 euros par praticien toutes spécialités confondues, mais à plus de 5 700 euros pour les médecins généralistes (source CNAMTS).

Les médecins traitants perçoivent plusieurs types de rémunération forfaitaire pour le suivi régulier de leurs patients et leur rôle dans la coordination des soins :

- la « **rémunération médecin traitant** » (RMT) rémunère le suivi de patients en ALD ; s'élevant à 40 € par an et par patient, elle est versée trimestriellement, en fonction de la date anniversaire d'entrée dans l'ALD du patient ;
- le « **forfait médecin traitant** » (FMT) mis en place à partir du 1^{er} juillet 2013 (avenant 8 à la convention médicale) est une rémunération forfaitaire annuelle de 5 € par an et par patient âgé de 16 ans ou plus, non ALD ; il rémunère la mission du médecin traitant pour l'ensemble de sa patientèle et non plus les seuls patients en ALD ; il est également versé trimestriellement ;
- divers forfaits de coordination des soins.

Une activité technique croissante pour les médecins spécialistes en cabinet libéral

En moyenne, le partage de la dépense de soins de médecins spécialistes libéraux est de 68 % pour les cabinets de ville et de 32 % pour les cliniques privées en 2013. Mais cette proportion varie sensiblement avec la spécialité exercée : en 2013, les anesthésistes, les chirurgiens et les gastro-entérologues ont perçu respectivement 83 %, 67 % et 62 % de leurs honoraires en clinique privée. Inversement, la quasi-totalité de l'activité des dermatologues et des rhumatologues est réalisée dans un cabinet de ville.

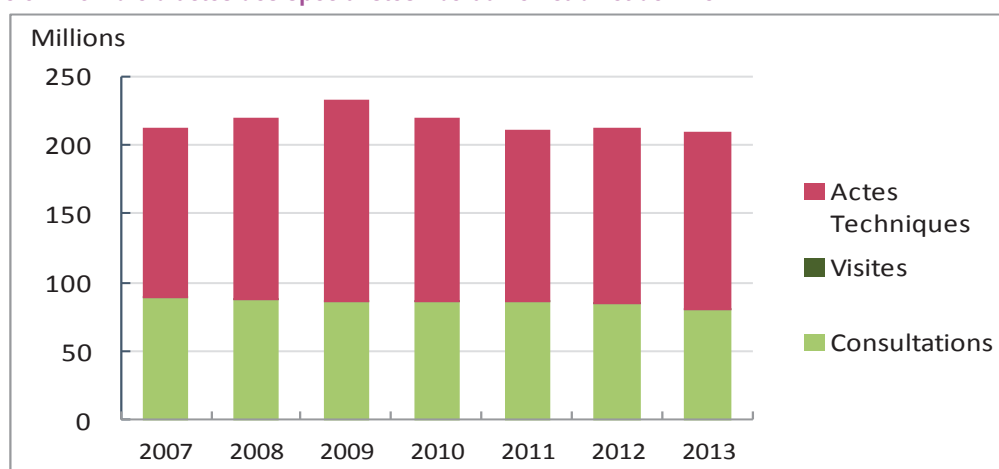
De même, le contenu de l'activité varie fortement avec la spécialité : les psychiatres ont évidemment une activité clinique très importante, tandis que pour les chirurgiens, c'est l'activité technique qui prédomine. Il reste néanmoins possible de dégager quelques tendances communes à la plupart des spécialités.

a) En ville, l'activité technique des spécialistes augmente au détriment de leur activité clinique

Entre 2006 et 2013, dans les cabinets de ville des médecins spécialistes, on observe un recul de l'activité clinique par rapport à l'activité technique dans de nombreuses spécialités.

Les médecins spécialistes effectuent très peu de visites à domicile, et, comme pour leurs confrères généralistes, le nombre de ces visites s'effondre : il passe de plus de 91 000 visites en 2006 à 42 000 en 2013, soit un recul de 54 %. Le nombre de consultations recule également puisqu'il passe de 89,8 millions en 2006 à 79,5 millions en 2013, soit une baisse de 11 % (graphique 5). Mais ce recul reflète souvent un phénomène de substitution : aux actes moins rémunérateurs (les consultations) se sont substitués des actes techniques médicaux nettement mieux rémunérés depuis l'avenant 12 de la convention médicale de 2005¹.

Graphique 5 – Nombre d'actes des spécialistes libéraux en cabinet de ville



Sources : CNAMTS, régime général, France métropolitaine

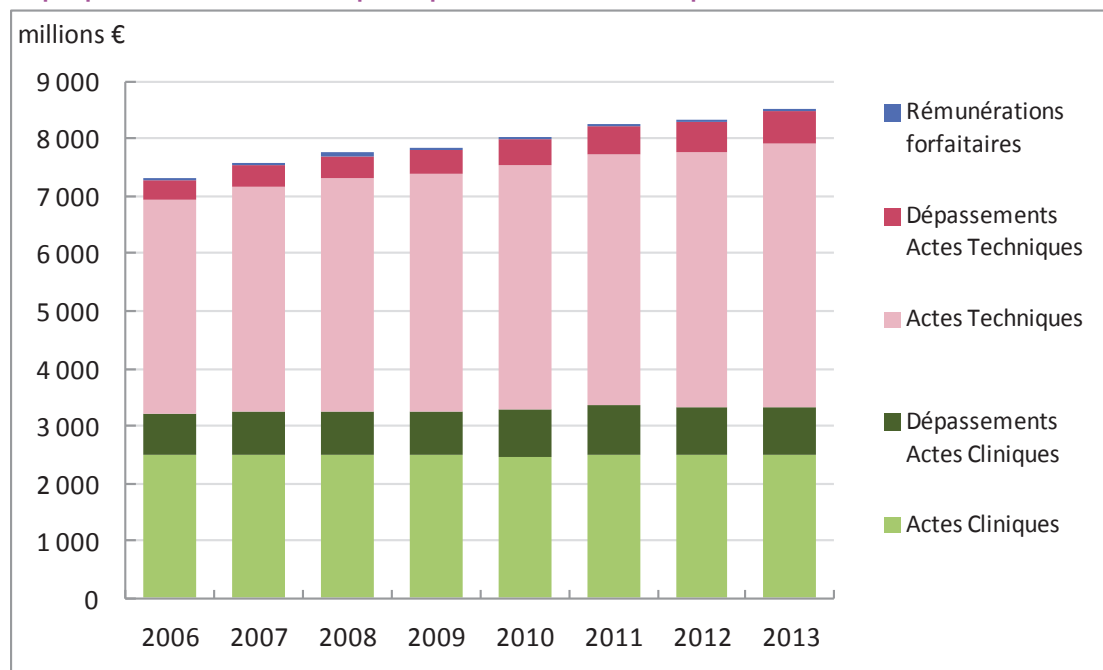
Ainsi, les actes techniques progressent-ils fortement en valeur : ils représentent 60,3 % des honoraires totaux (y compris dépassements) en 2013 contre 55,5 % en 2006. *A contrario*, l'activité clinique passe de 43,7 % de la dépense en 2006 à 39,3 % en 2013. Les rémunérations forfaitaires pèsent très peu dans la dépense de soins de spécialistes libéraux : 0,3 % des honoraires totaux (graphique 6).

La croissance des dépassements d'honoraires des spécialistes ralentit en 2012-2013

Tous secteurs de conventionnement confondus, les honoraires totaux des médecins spécialistes perçus dans leur cabinet de ville s'élèvent en 2013 à 8,5 milliards d'euros, dont 1,4 milliard de dépassements (régime général, France métropolitaine).

Ces dépassements sont principalement le fait des 43 % de spécialistes exerçant en secteur 2 (y compris 0,3 % de spécialistes de secteur 1 avec DP). Ces praticiens ont perçu 3,4 milliards d'honoraires en 2013, dont 1,3 milliard de dépassements. Par rapport à la dépense au tarif opposable correspondante qui s'élève 2,2 milliards, leur taux de dépassement moyen est ainsi de 58,5 % en 2013 contre 56,2 % en 2006. Il faut noter que bien que le nombre de spécialistes de secteur 2 ait augmenté, ce taux de dépassement qui n'avait cessé de progresser jusqu'en 2011, recule légèrement depuis deux ans : de 60,3 % en 2011 à 59 % en 2012 puis 58,5 % en 2013.

¹ Publié en mars 2006, l'avenant 12 de la convention médicale de janvier 2005 comporte plusieurs mesures de revalorisation tarifaire d'actes de la CCAM notamment pour les ORL, les rhumatologues, les dermatologues et les radiologues.

Graphique 6 – Structure de la dépense présentée de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville

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

Cette tendance à la baisse devrait selon toute probabilité se poursuivre, avec le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS) signé par 10 700 praticiens fin 2013. Ceux-ci s'engagent d'une part à ne pas pratiquer de dépassements supérieurs à 100 % du tarif opposable¹, et d'autre part, à diminuer progressivement leurs dépassements. Ils s'engagent également à ne pas pratiquer de dépassement pour leurs patients bénéficiaires de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Ce nouveau dispositif vise à réduire le montant global des dépassements dans les années à venir. Un indicateur de suivi de ce dispositif a d'ailleurs été introduit dans les Programmes de qualité et d'efficience (PQE) du PLFSS, avec un objectif de réduction des dépassements.

Ce nouveau contrat d'accès aux soins (CAS) suscite toutefois encore assez peu d'engouement chez les spécialistes de secteur 2 qui pratiquent les plus forts dépassements. En effet, parmi les 8 000 spécialistes de secteur 2 signataires d'un CAS au 1^{er} mars 2014, seulement 22 % sont des spécialistes de plateaux techniques à taux de dépassement élevés (cf. ci-dessous) : chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens ; et parmi les ophtalmologistes de secteur 2, seuls 20 % d'entre eux ont signé un CAS.

c) En ville, des taux de dépassements d'honoraires importants sur les consultations, qui se réduisent à partir de 2012

Dans les cabinets de ville, les dépassements sont plus importants sur l'activité clinique que sur l'activité technique : en effet, ils atteignent en moyenne 78,3 % du tarif opposable sur les consultations et 40,6 % sur les actes techniques (tableau 4). Toutefois, il existe de grandes disparités entre spécialités en matière de dépassements : ainsi, en secteur 2, le taux de dépassement moyen s'établit-il à 115 % pour une consultation de gynécologie et 100 % pour une consultation d'ophtalmologie, mais à 46 % pour une consultation de cardiologie ou de gastro-entérologie. De même, les dépassements sur l'activité technique pratiquée en ville varient-ils entre 23 % pour des actes de pneumologie et 132 % de stomatologie, en passant par 62 % pour des actes chirurgicaux.

Alors qu'il avait augmenté de 10 points entre 2006 et 2011, passant de 70 % à 80 %, le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 sur les consultations recule depuis deux ans : il passe à 79,5 % en 2012 puis à 78,3 % en 2013. Il recule également, mais de façon moins importante, sur les actes techniques.

¹ Voir le communiqué de presse de l'assurance maladie du 25 octobre 2012 : « Améliorer l'accès aux soins et limiter les dépassements d'honoraires pour tous : un accord majeur entre l'assurance maladie, les syndicats de médecins et l'UNOCAM ».

Tableau 4 - Taux de dépassement des médecins spécialistes de secteur 2 dans leur cabinet de ville

Secteur 2 et Secteur 1 DP	Dépense au tarif opposable		Dépassements		Taux de dépassement	
	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques
2006	954 541	726 513	666 179	279 085	69,8%	38,4%
2011	1 001 917	1 009 874	801 560	410 659	80,0%	40,7%
2012	1 004 959	1 058 456	798 925	425 358	79,5%	40,2%
2013	1 028 077	1 130 048	805 177	458 385	78,3%	40,6%

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

Les cliniques privées accueillent l'activité technique des spécialistes libéraux

a) En clinique privée, l'activité technique représente 93 % des honoraires des spécialistes libéraux

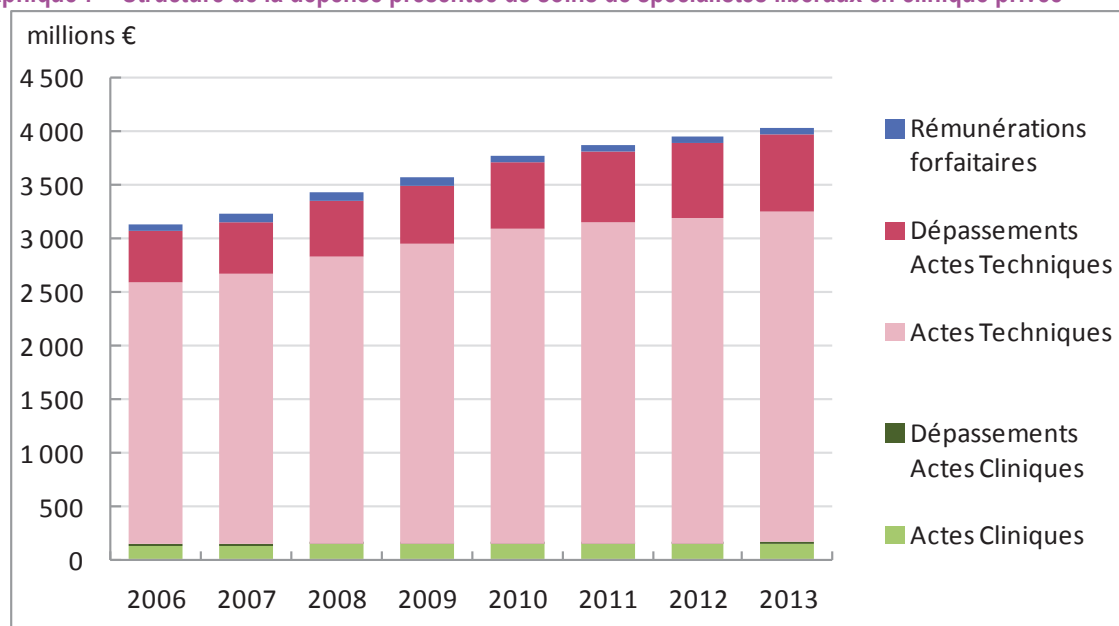
Les médecins spécialistes ont perçu 4 milliards d'euros en clinique privée en 2013. L'essentiel de l'activité pratiquée en établissement privé est naturellement une activité technique, qui représente plus de 93 % de la dépense en 2013 (graphique 7).

Comme dans les cabinets de ville, le nombre de consultations des spécialistes libéraux en clinique privée diminue : il passe de 5,6 millions en 2006 à 5,2 millions en 2013, soit une baisse de 8 %.

Cinq spécialités représentent 71 % des honoraires perçus pour l'activité clinique : il s'agit de consultations de psychiatrie (37 % des honoraires), de cardiologie (13 %), d'anesthésie (14 %), de chirurgie (9 %) et de pédiatrie (8 %).

Parallèlement, le nombre d'actes techniques augmente. L'analyse de l'évolution du nombre d'actes techniques médicaux entre 2006 et 2013 est toutefois délicate au niveau global en raison de la substitution progressive de la CCAM (classification commune des actes médicaux) à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) intervenue en 2005.

Plus de 82 % des honoraires perçus pour l'activité technique en 2013 sont concentrés sur 5 spécialités : la chirurgie (26 %), la radiologie-imagerie médicale (23 %), l'anesthésie (20 %), ainsi que la gastro-entérologie et l'ophtalmologie (6 % chacune).

Graphique 7 – Structure de la dépense présentée de soins de spécialistes libéraux en clinique privée

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

b) En clinique, des dépassements d'honoraires en baisse sur l'activité clinique, mais encore en légère hausse sur l'activité technique

En 2013, les dépassements en clinique privée représentent 735 millions (régime général), soit 18,2 % du montant des honoraires, tous secteurs de conventionnement confondus.

Comme pour la dépense en cabinet de ville, les dépassements sont principalement le fait des spécialistes de secteur 2. Ces praticiens ont perçu 2 milliards d'honoraires en 2013, dont 0,7 milliard de dépassements. Par rapport à la dépense au tarif opposable correspondante qui s'élève 1,25 milliard, leur taux de dépassement moyen est de 55,2 % en 2013 comme en 2012, contre 48,4 % en 2006. Comme le montre le tableau 5, la hausse des dépassements porte uniquement sur l'activité technique.

Comme en cabinet de ville, le taux de dépassement en clinique privée recule sur l'activité clinique (consultations) puisqu'il passe de 14,7 % en 2011 à 13,9 % en 2013.

Sur l'activité technique, le taux de dépassement a augmenté de 6 points entre 2006 et 2011. Bien qu'il continue à augmenter après 2011, le rythme de progression décélère nettement : +0,8 point en 2012 et +0,2 point en 2013.

Tableau 5 - Taux de dépassement des médecins spécialistes de secteur 2 en clinique privée

En millions d'euros

Secteur 2 et Secteur 1 DP	Dépense au tarif opposable		Dépassements		Taux de dépassement	
	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques	Actes Cliniques	Actes Techniques
2006	31 533	883 724	4 429	438 532	14,0%	49,6%
2011	39 149	1 123 371	5 749	625 575	14,7%	55,7%
2012	40 380	1 155 486	5 921	652 445	14,7%	56,5%
2013	42 463	1 205 509	5 909	683 307	13,9%	56,7%

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

Parmi les spécialistes libéraux exerçant fin 2013, on observe de grandes disparités entre les secteurs de conventionnement. Dans quatre spécialités, on compte plus de praticiens exerçant en secteur 2 qu'en secteur 1 : il s'agit des chirurgiens, des gynécologues, des ophtalmologistes et des ORL. Ces spécialités sont aussi celles pour lesquelles le taux de dépassement est élevé. Les 3 premières sont plus spécifiquement étudiées dans l'annexe 2.

Quel impact de ces différences de structure dans les dépenses de soins sur le reste à charge des ménages ?

L'analyse précédente portait sur le seul régime général en France métropolitaine pour lequel la dépense de médecine libérale présentée au remboursement s'élève à 20 milliards d'euros en 2013. Sur le champ complet (tous régimes, France entière et y compris dépense non présentée au remboursement ou non remboursable), elle s'élève à 25,2 milliards d'euros. Elle se décompose en 4,9 milliards de soins en clinique privée et 20,3 milliards en soins de ville (hors sages-femmes - tableau 6).

Tableau 6 - De la dépense remboursée à la CSBM en 2013

En milliards d'euros

2013	Dépense remboursée	Etat (AME...)	Ticket modérateur particip. forfaitaires	Dépense reconnue	Dépasse- ments	Dépense présentée au rembour- sement	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	CSBM
Médecins en clinique privée	3,9	0,0	0,04	4,0	0,9	4,9	0,0	4,9
Répartition en %	79,7%	0,0%	0,9%	80,7%	19,3%	100,0%	0,0%	100,0%
Médecine de ville *	13,5	0,1	4,2	17,8	1,9	19,6	0,7	20,3
Répartition en %	66,4%	0,3%	20,6%	87,4%	9,2%	96,6%	3,4%	100,0%

* Hors sages-femmes, mais y compris médecins en centres de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Sur les 20,3 milliards d'euros en 2013 de soins de médecine de ville, la répartition de la prise en charge entre les différents acteurs économiques est la suivante : 66,4 % pour l'assurance maladie, 1,8 % pour l'État et la CMU-C des organismes de base, 19,5 % pour les organismes complémentaires (OC) et 12,3 % pour les ménages (tableau 7).

Tableau 7 - Répartition du financement de la consommation de médecine de ville

En milliards d'euros

2013	Sécurité Sociale	Etat, CMU-C	Reste à charge avant org.compl.	Organismes complémentaires	Reste à charge après org.compl.	CSBM
Médecine de ville *	13,5	0,4	6,5	4,0	2,5	20,3
Part de prise en charge	66,4%	1,8%	0,3	19,5%	12,3%	100,0%
Répartition du reste à charge			6,5	4,0	2,5	
Ticket modérateur, participations forfaitaires			3,9	3,4	0,5	
Dépassements			1,9	0,6	1,3	
Dépense non remboursable ou non présentée au remb.			0,7	n.d.	0,7	

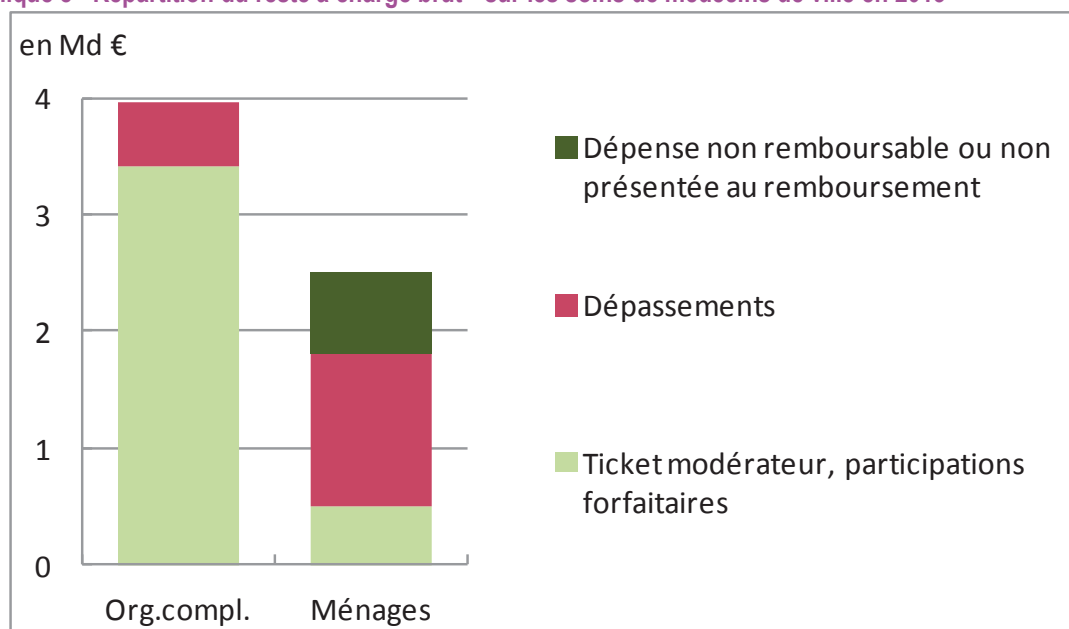
* Hors sages-femmes, mais y compris médecins en centres de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Le reste à charge brut (avant intervention des OC) sur les soins de médecins est constitué du ticket modérateur et des participations forfaitaires (3,9 milliards d'euros), des dépassements (1,9 milliard) et des dépenses non remboursables (ostéopathie, acupuncture, médecins non conventionnés...) ou non présentées au remboursement (0,7 milliard). La participation forfaitaire de 1 euro n'est pas prise en charge par les OC. En revanche, le ticket modérateur est presque toujours pris en charge par les OC, sauf lorsque l'assuré se trouve hors parcours de soins. C'est ce qui explique qu'au final, le reste à charge des ménages s'établit sur ce poste à 0,5 milliard seulement.

Selon l'enquête de la DREES effectuée auprès des organismes complémentaires, le taux de prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins par les OC est de 30 % en moyenne. Ainsi, sur 1,8 milliard de dépassements en médecine de ville, la part financée par les OC est de 560 millions tandis que celle des ménages s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2013, ce qui représente 52 % du reste à charge des ménages sur les soins de médecine de ville (graphique 8).

Graphique 8 - Répartition du reste à charge brut * sur les soins de médecins de ville en 2013



* Reste à charge avant intervention des organismes complémentaires.

Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Pour en savoir plus

CNAMTS, 2014, « La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après », communiqué de presse du 10 avril 2014.

O. Jacod, C. Zaidman, 2014, « La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire santé – rapport 2012 », DREES, juin.

M. Garnero, V. Le Palud, 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, *Études et résultats*, n° 837, avril.

CNAMTS, 2011, « Améliorer l'accès aux soins et limiter les dépassements pour tous : un accord majeur entre l'Assurance maladie, les syndicats de médecins et l'UNOCAM », communiqué de presse du 25 octobre 2011.

CNAMTS, 2011, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », communiqué de presse du 25 octobre 2011.

V. Bellamy, A.L. Samson, 2011, « Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins », in « Comptes nationaux de la santé 2010 », DREES, septembre.

CNAMTS, 2010, « Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009 », *Points de repère*, n° 31, novembre.

HCAAM, 2009, « La problématique des dépassements d'honoraires médicaux », Rapport annuel, septembre.

Bories-Maskulova V., 2008, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 », *Points de repère*, n° 23, CNAMTS.

Annexe 1 – Les dépassements d'honoraires au sein du système conventionnel

Les médecins libéraux ayant adhéré au système conventionnel en 1971 ont abandonné la possibilité de fixer librement leurs tarifs. En contrepartie, il a été décidé qu'une partie de leurs cotisations sociales serait prise en charge par l'assurance maladie. Néanmoins, certains d'entre eux peuvent pratiquer des dépassements, c'est à dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable, mais dans ce cas leurs cotisations sociales ne sont généralement pas prises en charge. Cette possibilité de dépassement constitue : une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1 et régulière pour ceux du secteur 2 ou ayant un droit permanent au dépassement (DP).

1 - Une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1

Les médecins conventionnés du secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements de façon occasionnelle dans deux situations :

- depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une visite médicalement injustifiée ou d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés (DA) lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les spécialistes, le passage préalable par un médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5 % du tarif opposable.

2 - Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement (DP) ou les médecins du secteur 2

Le praticien dispose d'une possibilité permanente de dépasser s'il est en secteur 1 titulaire d'un DP, ou s'il est en secteur 2.

Depuis 1960, le DP était donné à certains médecins du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers. Ce DP a été supprimé en 1980 et remplacé par le secteur 2. Le nombre de médecins titulaires d'un DP est aujourd'hui très faible : 0,3 % des médecins (CNAMTS - SNIR).

Le secteur 2 ou secteur « conventionné à honoraires libres » a été créé par la convention nationale de 1980. Il offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pratiquer les tarifs opposables. Les possibilités de dépassements sont permanentes ; les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin (avec « tact et mesure »). En contrepartie, une partie de ses cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses. La caisse de sécurité sociale rembourse en revanche le malade sur la base du tarif opposable.

Le secteur 2 a été ouvert dans un contexte de faible croissance du PIB et d'augmentation du chômage. L'objectif du gouvernement était alors double :

- freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie due à la médecine ambulatoire sans revaloriser les tarifs conventionnels ;
- permettre néanmoins la revalorisation des revenus des médecins.

Son accès a été restreint en 1990 : désormais seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2.

3 - Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés

Lorsqu'un médecin choisit de ne pas signer de convention, il bénéficie d'une totale liberté dans la fixation de ses honoraires. Ses patients sont seulement remboursés sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 euros). La part de ces médecins « non conventionnés » est très faible : 0,2 % de l'ensemble des médecins libéraux (CNAMTS, SNIR 2013).

4 - Contrat d'accès aux soins (mis en place en 2013, par l'avenant 8 de la convention nationale de 2011)

Le médecin conventionné adhérent au « contrat d'accès aux soins » pratique des dépassements modérés : en signant ce contrat, il s'engage à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. Les dépassements sont plafonnés à 150 % du tarif de base.

Nombre de médecins libéraux dans les différents secteurs au 1^{er} janvier 2014

Secteur 1 :	54 800 généralistes et 31 500 spécialistes
Secteur 1 avec DP :	moins de 20 généralistes et 200 spécialistes
Secteur 2 :	5 800 généralistes et 23 400 spécialistes
Non conventionnés :	700 généralistes et 200 spécialistes.

Sources : CNAMTS – SNIR – France entière.

Annexe 2 – Quelques spécialités concentrent la majorité des dépassements

Parmi les spécialistes libéraux, on observe de grandes disparités entre les secteurs de conventionnement. Dans quatre spécialités, on compte plus de praticiens exerçant en secteur 2 qu'en secteur 1 : il s'agit des chirurgiens, des gynécologues, des ophtalmologistes et des ORL (tableau 8). Ces spécialités sont aussi celles pour lesquelles les taux de dépassement sont élevés.

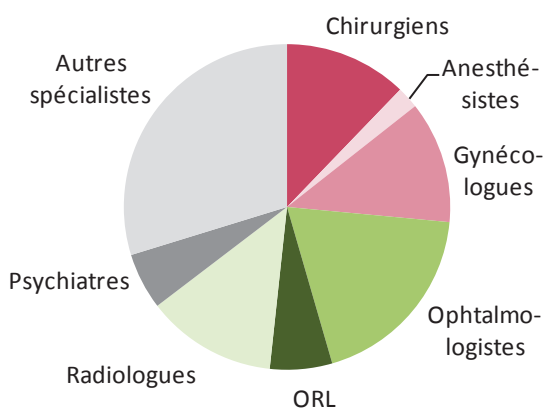
Tableau 8 - Effectifs des spécialistes au 1^{er} janvier 2014

Au 1 ^{er} janvier 2014	Effectifs totaux	dont secteur 1	dont secteur 2	% secteur 1	% secteur 2
TOTAL SPECIALISTES	54 263	30 699	23 188	57%	43%
Chirurgiens	6 558	1 292	5 181	20%	79%
Gynécologues	5 268	2 160	3 069	41%	58%
Ophtalmologistes	4 670	2 014	2 623	43%	56%
Oto-rhino-laryngologistes	2 185	892	1 282	41%	59%
Dermatologues	3 119	1 780	1 320	57%	42%
Anesthésistes	3 516	2 091	1 419	59%	40%
Gastro-entérologues	2 077	1 250	821	60%	40%
Pédiatres	2 647	1 697	935	64%	35%
Psychiatres	6 099	4 121	1 926	68%	32%
Cardiologues	4 495	3 551	917	79%	20%
Radiologues	5 912	5 047	859	85%	15%
Autres spécialistes	7 717	4 804	2 836	62%	37%

Sources : CNAMTS – SNIR – France métropolitaine.

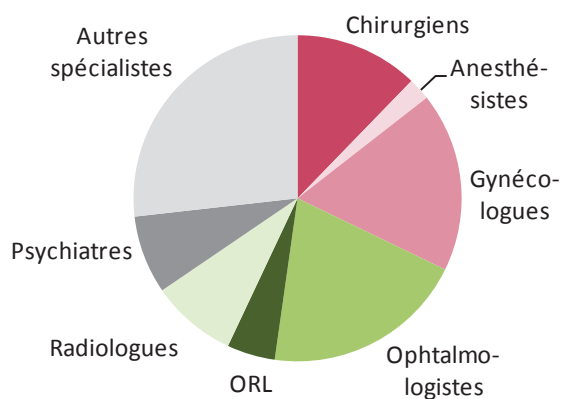
En 2013, dans les cabinets libéraux des praticiens de secteur 2, 15 % des dépassements sont dus aux omnipraticiens et 85 % aux médecins spécialistes. Parmi ces derniers, 3 spécialités concentrent à elles seules la moitié des dépassements : les chirurgiens, les gynécologues et les ophtalmologistes (graphiques 9 et 10). Leurs taux de dépassement par rapport au tarif opposable sont respectivement de 59 %, 85 % et 62 %. On observe également, de forts taux de dépassement pour les psychiatres (80 %) et les dermatologues (68 %).

Graphique 9 - Secteur 2 : répartition de la dépense opposable en cabinet de ville en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

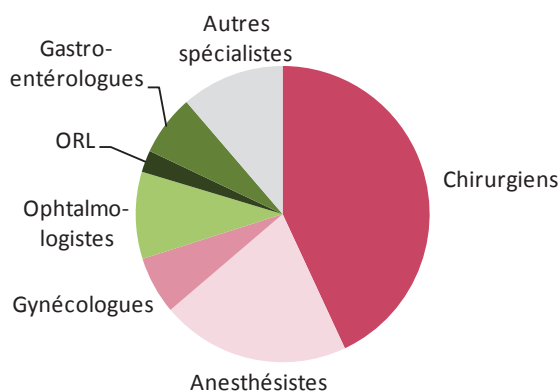
Graphique 10 - Secteur 2 : répartition des dépassements en cabinet de ville en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

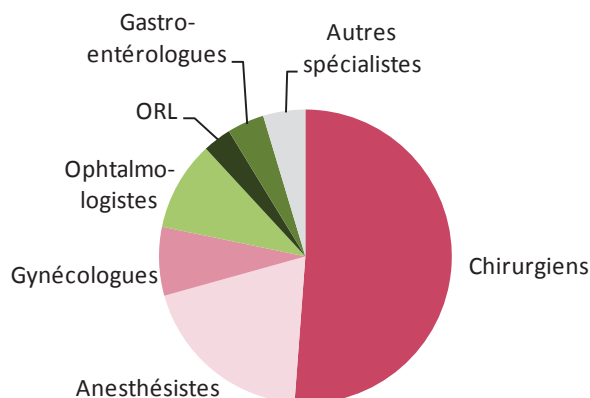
En clinique privée, 89 % des dépassements sur actes techniques reviennent à 4 spécialités ; comme en ville, il s'agit de la chirurgie, de la gynécologie et de l'ophtalmologie, auxquelles s'ajoute l'anesthésie-réanimation (graphiques 11 et 12). C'est la raison pour laquelle la suite de cette étude porte sur les trois premières.

Graphique 11 - Secteur 2 : répartition de la dépense opposable en clinique privée en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

Graphique 12 - Secteur 2 : répartition des dépassements en clinique privée en 2013



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

a) Les chirurgiens

Sur 6 600 chirurgiens¹ libéraux exerçant en France métropolitaine fin 2013, 4 sur 5 appartiennent au secteur 2 (ou secteur 1 avec DP) et seulement 1 sur 5 au secteur 1.

La répartition de l'activité des chirurgiens diffère selon leur secteur de conventionnement : les chirurgiens de secteur 1 réalisent 44 % de leur activité en ville et 56 % en clinique ; ces proportions sont respectivement de 32 % et de 68 % pour les chirurgiens de secteur 2.

Les chirurgiens de secteur 2 concentrent 82 % de la dépense au tarif opposable de leur spécialité, sur laquelle ils pratiquent un taux moyen de dépassement de 63 % en 2013 (contre 58 % en 2006).

Leur pratique des dépassements s'est quelque peu différenciée au fil des ans : leur taux moyen de dépassement s'établit à 59 % en ville et 66 % en clinique en 2013, alors qu'ils étaient respectivement de 61 % et 56 % en 2006. Ainsi, entre 2006 et 2013, leur taux de dépassement a reculé de 2 % en ville, mais progressé de 10 % en clinique. Contrairement aux autres spécialistes de secteur 2, le taux de dépassement des chirurgiens ne diminue pas en 2013.

b) Les gynécologues

Fin 2013, 41 % des 5 300 gynécologues libéraux exercent en secteur 1 et 59 % en secteur 2.

En secteur 1, les gynécologues exercent très majoritairement leur activité dans leur cabinet où ils perçoivent 89 % de leurs honoraires, contre seulement 11 % en clinique en 2013.

Pour le secteur 2, l'activité de ville reste importante (78 %) mais la part exercée en clinique privée double puisqu'elle représente 22 % de leurs honoraires.

Les gynécologues de secteur 2 représentent 55 % de la dépense au tarif opposable de leur spécialité, sur laquelle ils pratiquent un taux moyen de dépassement de 81 % en 2013 (73 % en 2006).

Leur taux de dépassement en clinique est identique à celui des chirurgiens : 66 % en 2013 contre 54 % en 2006. Mais il est nettement plus fort en ville : 85 % en 2013 contre 79 % en 2006, car si les dépassements sur les actes techniques sont de 48 %, ils s'élèvent à 115 % sur les consultations.

Toutefois, le taux de dépassement moyen des gynécologues de secteur 2 recule légèrement depuis deux ans. En effet, entre 2006 et 2011, ce taux a augmenté de près de 10 points, passant de 73,1 % à 82,9 % ; il recule à 82,4 % en 2012, puis à 81 % en 2013.

¹ Chirurgiens y compris neurochirurgiens, chirurgiens urologiques et chirurgiens orthopédiques.

c) Les ophtalmologistes

La répartition des 4 700 ophtalmologistes libéraux est sensiblement la même que celle des gynécologues : fin 2013, 46 % d'entre eux exercent en secteur 1 et 54 % en secteur 2.

Comme les gynécologues, leur type d'activité varie avec leur secteur de conventionnement : les ophtalmologistes de secteur 1 tirent 90 % de leurs honoraires de leur activité de ville et seulement 10 % en clinique, alors que ces proportions sont de 78 % et de 22 % en secteur 2. Les ophtalmologistes de secteur 2 ont en effet une activité chirurgicale plus importante que celle de leurs confrères du secteur 1.

C'est dans cette spécialité que l'on observe une très forte substitution d'actes techniques, notamment diagnostiques¹, aux consultations, et ce quel que soit le secteur de conventionnement. Alors que l'activité clinique des ophtalmologistes constituait 54 % de leurs honoraires en 2006, elle n'en représente plus que 33 % en 2013. Le nombre de consultations d'ophtalmologie est en effet passé de 14,4 millions en 2006 à 10,6 millions en 2013 (régime général), soit une baisse de 26 % (graphique 12). Parallèlement, le nombre d'actes techniques augmentait de 48 %.

Graphique 12 – Nombre de consultations et d'actes techniques des ophtalmologistes en cabinet de ville



Sources : CNAMTS, Régime général, France métropolitaine.

Le taux de dépassement des ophtalmologistes de secteur 2 est en moyenne de 62,7 %. Il est un peu plus élevé en ville (62 %) qu'en clinique (57 %) ; en effet, dans les cabinets de ville, il est plus fort sur les consultations (100 %) que sur les actes techniques (42 %).

Comme pour les gynécologues, ce taux moyen a progressé jusqu'en 2011, passant de 60 % en 2006 à 62,7 % en 2011 ; il recule à 62,1 % en 2012, puis 60,7 % en 2013.

¹ Voir « Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009 », V. Borjes-Maskulova, Points de repère, n° 31, CNAMTS, novembre 2010.

Annexe 3 - nomenclature des spécialités étudiées

Spécialités étudiées	Code des spécialités regroupées (CNAMTS)
Omnipraticiens	01- Omnipraticiens (Médecine générale et MEP)
Anesthésistes	02- Anesthésie-réanimation chirurgicale 20- Réanimation médicale
Cardiologues	03- Pathologie cardio-vasculaire
Chirurgiens	04- Chirurgie générale 10- Neurochirurgie 16- Chirurgie urologique 41- Chirurgie orthopédique et traumatologie 43- Chirurgie infantile 44- Chirurgie maxillo-faciale 46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 48- Chirurgie vasculaire 49- Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologues	05- Dermato-vénérologie
Gastro-entérologues	08- Gastro-entérologie et hépatologie
Gynécologues	70- Gynécologie médicale 77- Obstétrique 79- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
Ophthalmologistes	15- Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologistes	11- Oto-rhino-laryngologie
Pédiatres	78- Médecine génétique 12- Pédiatrie
Psychiatres	75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 33- Psychiatrie 17- Neuropsychiatrie
Radiologues	72- Médecine nucléaire 74- Oncologie radiothérapique 76- Radiothérapie 06- Radiodiagnostic et imagerie médicale
Autres médecins	09- Médecine interne 31- Médecine Physique et de Réadaptation 32- Neurologie 35- Néphrologie 37- Anato-mo-cytopathologie 38- Médecins biologistes 42- Endocrinologie et métabolisme 71- Hématologie 73- Oncologie médicale

La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013

Engin Yilmaz (DREES)

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics. Après une année d'excédents de 90 millions d'euros en 2012, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013 représentant environ 0,2 % des produits, proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit est en effet bien moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Même si le déficit concerne davantage d'établissements, celui-ci reste concentré sur quelques uns (près de 40 établissements cumulent à eux seuls 50 % du déficit).

Malgré une croissance des recettes liée à l'activité assez soutenue, cette détérioration s'expliquerait en partie par une augmentation des charges de personnel liée au relèvement du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Pour autant, la croissance de la masse salariale resterait maîtrisée.

Après une période de stabilisation, la capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se contracterait en 2013 pour atteindre 3,8 milliards d'euros, soit 5,9 % des produits. Elle s'établissait à 4,1 milliards en 2012, soit 6,4 % des produits. L'effort d'investissement poursuit sa baisse. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 8,7 % en 2012 pour s'établir à 7,6 % en 2013. 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 près de 50 %. L'encours de la dette s'établirait à 29,1 milliards d'euros.

Les comptes financiers des hôpitaux publics redeviennent légèrement déficitaires en 2013

D'après les données comptables définitives (encadré 1), les hôpitaux publics ont enregistré, pour la première fois depuis 2005, un excédent du budget global à 90 millions d'euros en 2012, ce qui représentait 0,2 % de leurs recettes (tableau 1). Ce déficit était de 345 millions en 2008, de 223 millions en 2009, de 227 millions en 2010 et de 354 millions en 2011. Ce redressement concernait essentiellement le budget principal dont le déficit s'était considérablement résorbé pour atteindre 140 millions d'euros (contre 538 en 2011). Dans une moindre mesure, l'excédent du budget annexe s'est accru en 2012 : 229 millions d'euros contre 185 en 2011. Comme l'expliquait la Cour des comptes dans son rapport de juin 2013, ce redressement a été 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.).

Après cette première année 2012 d'excédent depuis 2005, les premières estimations pour l'année 2013 mettent en évidence cette fois-ci une dégradation modérée des comptes des hôpitaux publics. En 2013, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit du budget global de près de 100 millions d'euros, ce qui représenterait 0,2 % de leurs recettes (tableau 1). Toutefois, malgré ce résultat négatif en 2013, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

La dégradation en 2013 serait totalement imputable à la dégradation du budget principal qui présenterait un déficit de 320 millions d'euros contre 140 millions d'euros en 2012.

Tableau 1 – Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ***
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
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
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
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
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
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
CH ex-HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7
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

(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).

Voir encadré 2 pour la définition des sigles.

(*) 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.

NB : un 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 malgré l'amélioration observée en 2012 et le niveau assez bas du déficit constaté en 2013 : 420 hôpitaux déficitaires en 2013 contre 361 en 2012 et 350 en 2011. Entre 2011 et 2012, la part d'établissements déficitaires est donc passée de 37 % en 2011 à 39 % en 2012 (graphique 1) ; ils enregistreraient un déficit cumulé de 342 millions d'euros en 2012. En 2013, ils seraient encore plus nombreux dans cette situation : près de la moitié des hôpitaux publics (46 %) seraient en situation de déficit, avec un déficit cumulé de 476 millions d'euros. Toutefois, comme en 2012, ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissement : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2012 et en 2013. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'élevait à 431 millions d'euros en 2012 (contre

279 millions d'euros en 2011) et s'établirait à 374 millions d'euros en 2013. En 2013, sur l'ensemble des établissements publics de santé, la moitié ont une rentabilité nette comprise entre - 1,1 % et 1,2 % (graphique 2). Cette augmentation de la part d'établissements déficitaires concerne toutes les catégories d'établissements. Elle est toutefois plus importante pour les CHR ainsi que pour les centres hospitaliers de grande taille.

La situation des CHR (hors AP-HP) s'est en effet détériorée avec davantage d'établissements en situation déficitaire (17 en 2013 contre 13 en 2012) : leur déficit représente un peu plus d'un quart du déficit global. Il s'établit ainsi à 58 millions d'euros en 2013 alors que leurs comptes étaient positifs de 32 millions en 2012. Cette détérioration s'est accompagnée d'un resserrement des écarts de rentabilité nette en 2013.

ENCADRÉ 1 - LES SOURCES DISPONIBLES POUR ÉVALUER LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Diverses sources d'informations (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 et semi-définitives.

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.

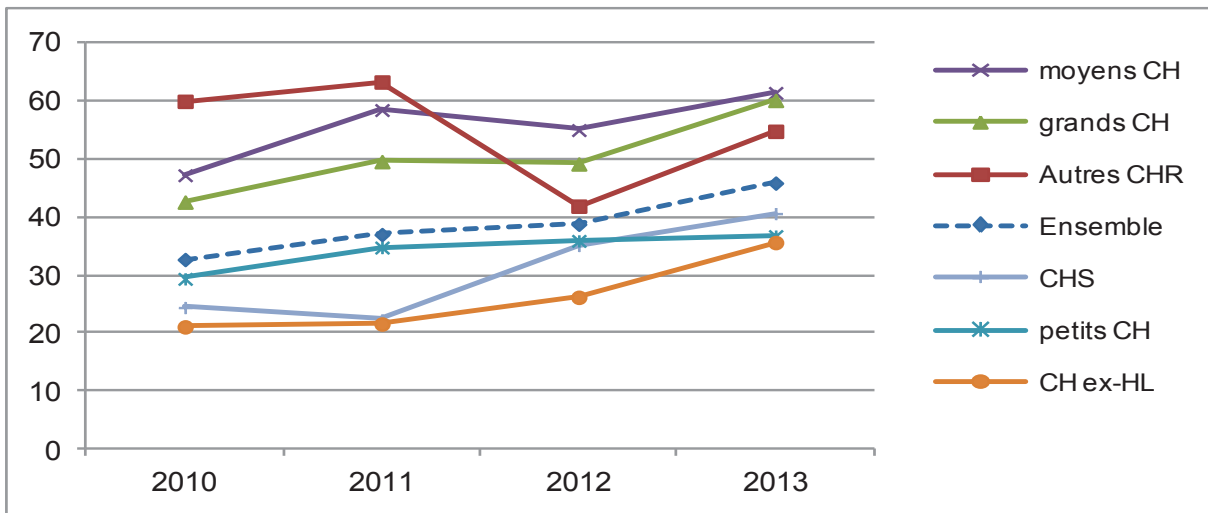
² Les hôpitaux militaires font partie, en comptabilité nationale, du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

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, en revanche, malgré l'augmentation du nombre d'établissements déficitaires, leurs comptes financiers resteraient proches de l'équilibre ; le déficit s'établirait à 8 millions d'euros, soit une rentabilité nette de -0,04 % contre une rentabilité de 0,1 % en 2012, année qui avait été marquée par une amélioration de leurs comptes (avec un excédent de +17 millions d'euros). La dégradation s'observe davantage pour les CH de taille moyenne : après avoir enregistré une situation proche de l'équilibre en 2012, la rentabilité nette chute de nouveau en 2013 (-0,7 % contre 0 % en 2012). Le déficit de ces établissements s'établirait à 72 millions d'euros en 2013 (contre 3 millions d'euros en 2012). Parmi les CH, seuls ceux de petite taille ne connaîtraient pas de dégradation de leurs comptes financiers. Comme en 2012, leur résultat net comptable resterait globalement excédentaire et représenterait 0,7 % des produits, soit 25 millions d'euros en 2013. Au sein des centres hospitaliers, l'hétérogénéité des situations financières est plus importante pour les CH de petite taille que pour les CH de moyenne et surtout de grande taille. Pour autant, on observe un accroissement des écarts de rentabilité nette concernant les CH de moyenne taille : 50 % de ces CH ont une rentabilité nette comprise entre -2,3 % et 0,7 % en 2013 contre -1,3 % et 0,9 % en 2012.

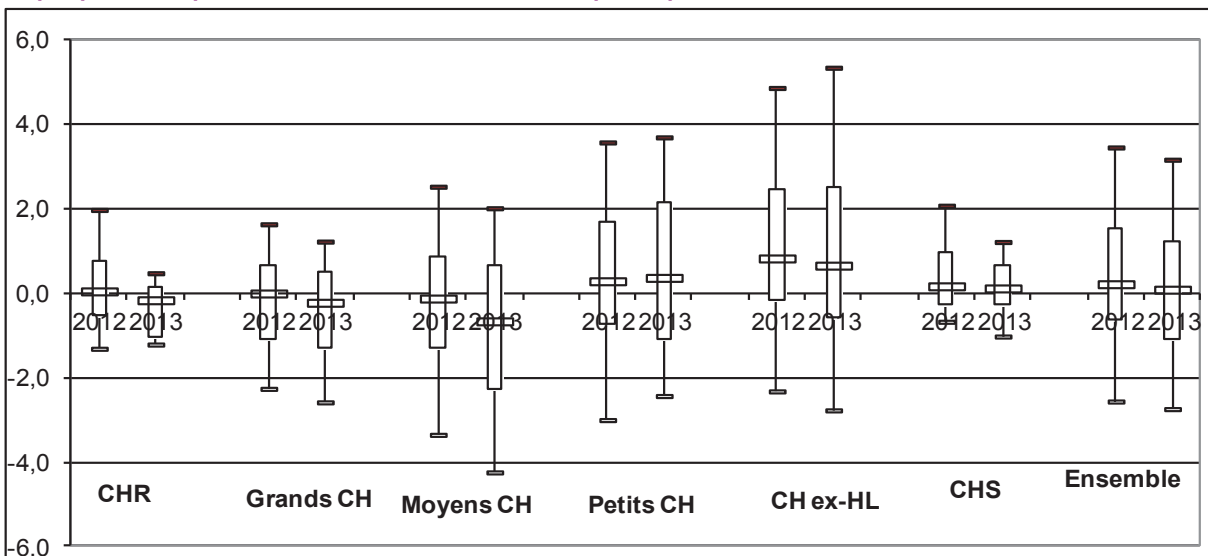
Après plusieurs années de baisse de leur rentabilité, la situation des centres hospitaliers spécialisés est devenue déficitaire en 2013. Le niveau de déficit reste cependant modéré (-0,1 % des produits contre 0,4 % en 2012). Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL), malgré une baisse 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 2013



(*) 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 2013*



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 2013, dégradation du résultat d'exploitation...

En 2013, cette détérioration modérée du résultat global s'explique en grande partie par la dégradation du résultat d'exploitation¹. En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation diminuerait pour la première fois depuis 2007, diminution non compensée intégralement par la hausse du résultat exceptionnel (tableau 2). Le résultat d'exploitation enregistrerait un excédent de 850 millions d'euros contre 1,3 milliard d'euros en 2012, alors que parallèlement le résultat exceptionnel² dégagerait un excédent de 129 millions d'euros contre un déficit de 223 millions d'euros en 2012 (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 2013, notamment sur ce type d'écritures, doit conduire à interpréter ces résultats avec prudence. Le résultat financier³ continuerait, quant à lui, de se dégrader en 2013 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 2013.

Tableau 2 – Évolution du compte de résultat des hôpitaux publics entre 2012 et 2013

	2012	2013*	2011/2012	2012/2013
	En milliards d'euros		En %	
Résultat d'exploitation	1,315	0,851		
Produits d'exploitation	70,0	71,7	+2,9	+2,3
dont production de l'activité	62,9	63,1	+1,6	+0,4
dont subventions d'exploitation et participations	1,6	2,9	+59,4	+82,2
dont reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,6	0,6	+25,9	-5,9
Charges d'exploitation	68,7	70,8	+2,6	+3
dont achats	10,2	10,5	+4	+3,3
dont services extérieurs et autres	6,8	6,8	+3,3	+1,3
dont impôts, taxes et versements assimilés	4,2	4,3	+2,9	+2,8
dont charges de personnel	42,6	44,0	+2,6	+3,1
dont dotations aux amortissements et dépréciations (immobilisations)	3,6	3,8	+3,8	+5
dont dotations aux dépréciations (actif circulant)	0,2	0,2	+56,4	+15,1
dont dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges)	0,5	0,4	-38,1	-13,9
Résultat financier	-1,002	-1,082		
Produits financiers	0,0	0,0	+2,9	-0,5
Charges financières	1,0	1,1	+12,9	+7,5
Résultat exceptionnel	-0,223	0,129		
Produits exceptionnels	1,9	1,7	-2,1	-10,3
Charges exceptionnelles	2,1	1,6	-13,3	-25,6
Résultat net	0,089	-0,102		
Produits totaux	72,0	73,4	+2,8	+2
Charges totaux	71,9	73,5	+2,2	+2,2

(*) Données provisoires

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Ainsi, la marge brute⁴ 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, diminuerait en 2013 pour atteindre 4,7 milliards d'euros, soit un taux⁵ à 6,7 % en 2013, contre 7,3 % en 2012.

¹ Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

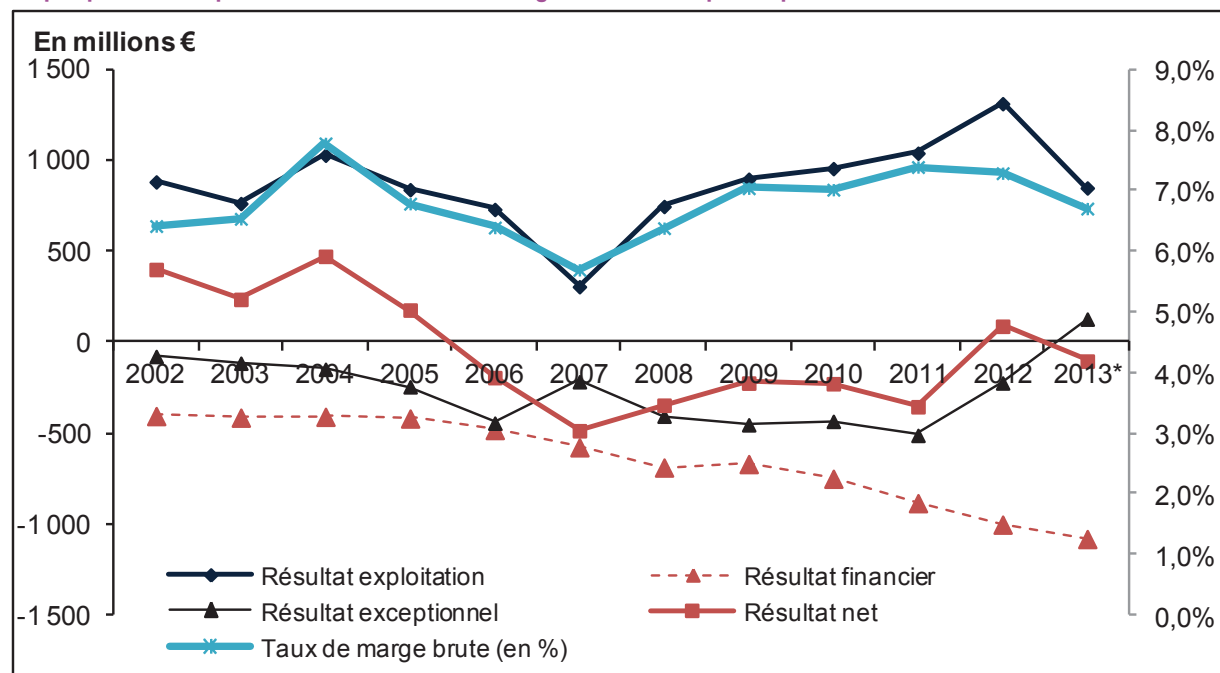
² Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

³ Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

⁴ 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.

⁵ 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 2013



(*) 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).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

... due au ralentissement de la croissance des recettes...

Bien que moins dynamique, le rythme de progression des produits totaux¹ hors rétrocession de médicaments se poursuivrait en 2013 (+2,0 % en 2013 contre +2,8 % en 2012). Ces produits atteindraient 73,4 milliards d'euros, dont 64,5 milliards seraient imputables au budget principal (encadré 2).

L'augmentation des produits en 2012 s'expliquait par une augmentation des autres produits, non directement liés à l'activité hospitalière, correspondant notamment aux recettes exceptionnelles - titre 3 du budget principal - (tableau 3). Ces autres produits du budget principal représentaient 7,9 milliards d'euros en 2012, en augmentation de 12,4 % en 2012. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitation, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Leur augmentation provenait notamment d'un transfert d'une enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC – (classées en titre 1) vers le fonds d'intervention régional (FIR)², classé en titre 3 pour l'année 2012. Ce transfert d'enveloppe s'est poursuivi en 2013³, ce qui expliquerait la forte progression de ces produits (+14,3 %).

Comme en 2012, la somme des recettes des titres 1 et 2 apparaissent en revanche moins dynamiques : +1,6 % en 2012, et +0,3 % en 2013 (sans correction de l'effet de transfert d'une partie de l'enveloppe MIGAC vers le FIR).

Comme en 2012, cette évolution s'expliquerait par celle des produits versés par l'assurance maladie pour le compte du budget principal (titre 1) qui en constituent l'essentiel (77 %) [tableau 3]. En effet, en 2013, les produits versés par l'assurance maladie au budget principal diminueraient de -0,1 % contre +1,3 % en 2012 (graphique 4). Ils s'élèveraient à près de 50 milliards d'euros en 2013. Toutefois, l'évolution de ces produits en 2013 s'expliquerait, comme précisé plus haut, en partie par un transfert en 2013 de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) vers le fonds d'intervention régional (FIR). 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 (+2,7 % en 2013 contre +2,8 % en 2012 et +1,9 % en 2011).

¹ 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.

² Le Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

³ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37004.pdf

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 et 920 en 2013.

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 chute 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 2011 et 2013

	2011	2012	2013*	2011/12	2012/2013
	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En %	En %
Produits					
Budget global	70,1	72,0	73,4	+2,8	+2,0
dont Budget principal	61,4	63,2	64,5	+2,8	+2,0
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	49,3	49,9	49,9	+1,3	-0,1
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat.	5,2	5,4	5,6	+3,8	+3,6
dont titre 3 : autres produits	7,0	7,9	9,0	+12,4	+14,3
Charges					
Budget global	70,4	71,9	73,5	+2,2	+2,2
dont Budget principal	62,0	63,3	64,8	+2,1	+2,3
dont titre 1 : charges de personnel	40,7	41,7	43,0	+2,4	+2,9
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,1	8,5	8,8	+4,7	+3,7
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,1	6,4	6,6	+4,7	+3,2
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	7,0	6,7	6,4	-4,5	-4,0
Résultat de l'exercice					
Budget global	-0,354	0,089	-0,102	-	-
dont Budget principal	-0,538	-0,140	-0,320	-	-
dont Budget annexe	0,185	0,229	0,218	-	-

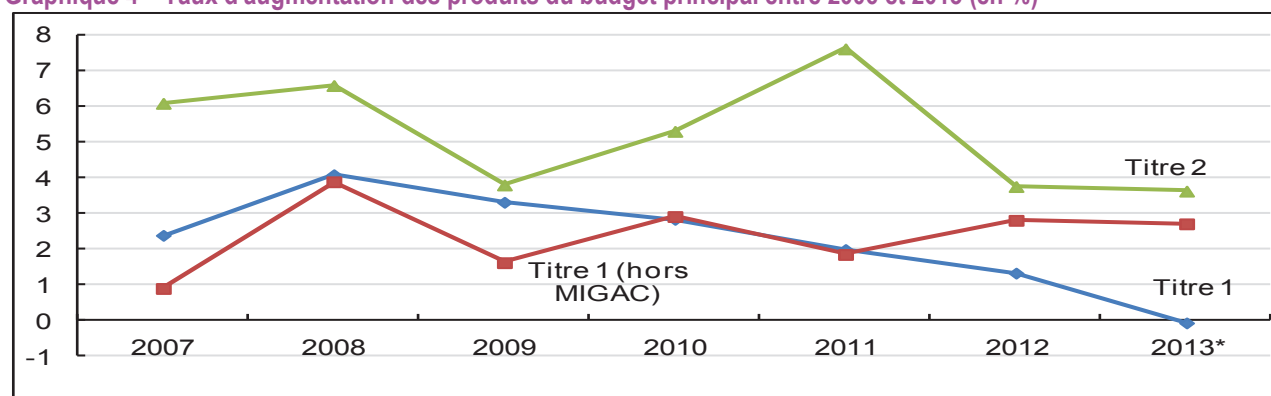
(*) Données provisoires

(**) 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 2,8 % en 2012 et 2,7 % en 2013 (cf. texte en regard).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

La croissance des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) continuerait d'être supérieure à celle des produits du titre 1, et resterait soutenue (+3,6 % en 2013 contre +3,8 % en 2012 et +7,6 % en 2011 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). La forte augmentation en 2011 était imputable en partie à l'effet « année pleine » de l'augmentation à compter du 1^{er} janvier 2010 du montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie. Ce forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour son hospitalisation. Elle était aussi imputable au relèvement du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 € sur « acte lourd ». Ce seuil est passé au 1^{er} janvier 2011 de 91 € à 120 €. Ainsi, jusqu'en 2010, tout acte hospitalier en hôpital ou en clinique, dès lors qu'il était inférieur à 91 €, était remboursé à hauteur de 80 %, les 20 % restants étaient à la charge de l'assuré : pour les actes au-dessus de 91 €, la Sécurité sociale remboursait à 100 % après déduction de la participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré. À partir de 2011, le seuil a été relevé à 120 €. En d'autres termes, pour un acte juste inférieur à 120 €, la partie restant à la charge du patient est passé en 2011 de 18 € à 24 €.

Graphique 4 – Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2013 (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).

... et à l'augmentation plus forte des charges de personnel

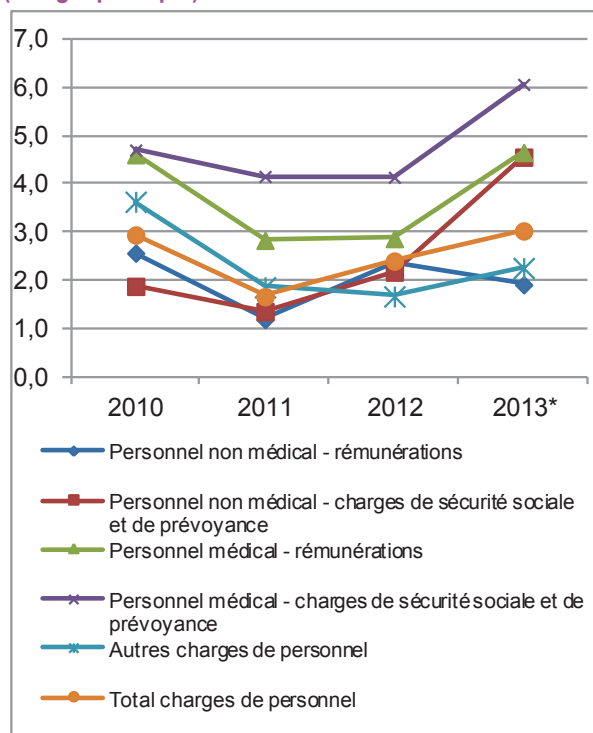
Contrairement à 2012, on observerait en 2013 une progression plus importante des charges du secteur hospitalier par rapport aux produits (+2,2 % pour les charges contre +2,0 % pour les produits). Les charges du secteur hospitalier s'élèveraient à 73,5 milliards d'euros en 2013 contre 71,9 milliards en 2012, dont 88 % au titre du budget principal.

Cette progression en 2013 s'expliquerait par une plus forte 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 43 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de +2,9 % en 2013 contre +2,4 % en 2012 (tableau 3).

Cette augmentation s'explique en partie par celle liée aux charges 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)¹. Ainsi, en 2013, l'augmentation des charges de Sécurité sociale pour le personnel non médical et médical explique pour un peu plus d'un tiers la progression des charges de personnel contre un quart en 2012 (graphique 6).

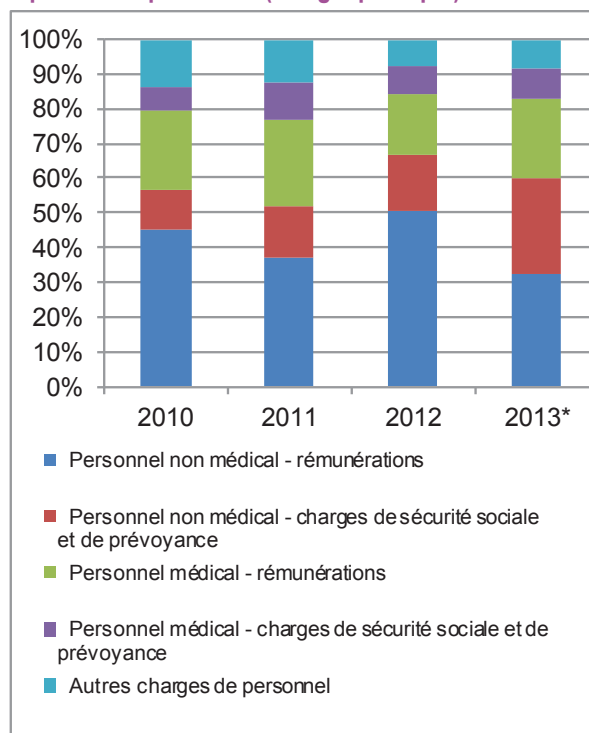
Pour autant, la maîtrise de la croissance de la masse salariale du budget principal des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait en 2013. Les charges de personnel liées aux rémunérations du personnel médical et du personnel non médical auraient augmenté de 2,5 % en 2013 comme en 2012. Et ces charges auraient aussi augmenté moins vite en 2013 que les produits de l'activité médicale² - hors MIGAC - (+2,8 % en 2013 et +2,9 % en 2012).

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)

En revanche, le rythme de progression des charges à caractère médical en 2013 (titre 2 du budget principal) serait moins soutenu (+3,7 en 2013 contre +4,7 % en 2012) (tableau 3). Toutefois, comme en 2012, la progression de ces dépenses serait supérieure à celle des produits de l'activité médicale. Elles atteindraient 8,8 milliards d'euros pour le seul budget principal et représenteraient 13 % de ce budget.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) seraient elles aussi moins dynamiques en 2013 (+3,2 % en 2013 contre +4,7 % en 2012).

¹ <http://www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf>

² Les produits de l'activité correspondent aux produits du titre 1 et du titre 2.

Les capacités d'autofinancement baissent en 2013

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)¹ mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement diminuerait de près de 300 millions pour atteindre 3,8 milliards d'euros en 2013. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits de l'activité hospitalière, continuerait de baisser en 2013 (5,9 % en 2013 contre 6,4 % en 2012) (tableau 4).

De plus, les investissements continuent de baisser comme demandé dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement, pour atteindre 5 milliards d'euros en 2013. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % en 2009 à 8,8 % en 2012 pour s'établir à 7,6 % en 2013 (graphique 7). Ces dépenses représentent les opérations d'investissement réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations²). Cette évolution se traduit par un ralentissement du rythme de renouvellement des équipements : celui-ci s'établirait en moyenne à vingt années en 2013, contre douze en 2009 (tableau 4). Cette baisse des investissements permet ainsi d'atténuer la baisse de la capacité d'autofinancement en 2013 : la CAF représente en effet trois-quarts des investissements en 2013 contre 60 % en 2012.

Tableau 4 – Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

	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

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.

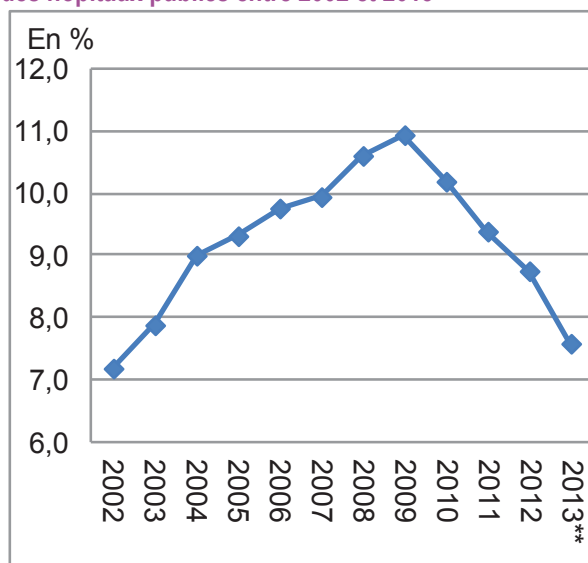
- La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

(*) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

¹ 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.

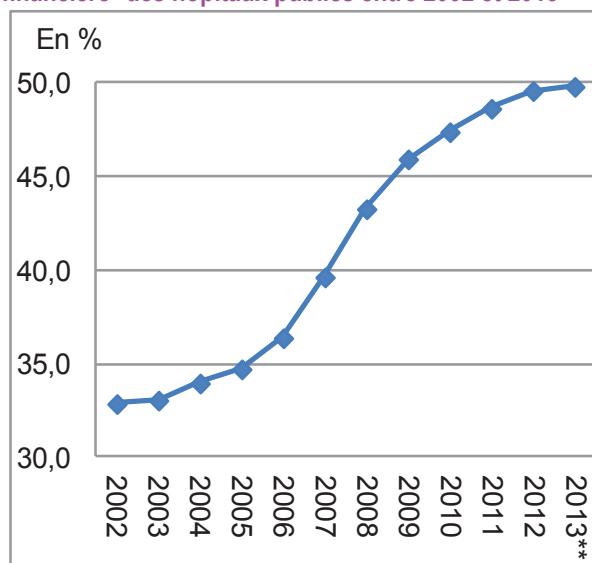
² Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

Graph. 7 – Évolution de l'effort d'investissement * des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

(*) 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).

Graph. 8 – Évolution du taux d'indépendance financière* des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

(*) Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.

(**) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

La progression de l'encours de la dette ralentit

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentirait pour atteindre 28,1 milliards d'euros en 2012 et 29,1 milliards d'euros 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 dettes financières), est ainsi passé de 47,5 % en 2010 à 49,6 % en 2012 (graphique 8). Ce taux se stabiliserait autour de 50 % en 2013.

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 2013. Ce ratio s'établirait à 7,6 années en 2013 contre 6,8 années en 2012 (tableau 4).

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2013. « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2011 et 2012 », Comptes nationaux de la santé, DREES, Collection Études et Statistiques.

Rapport de la Cour des Comptes, juin 2013, « La situation et les perspectives des finances publiques ».

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012

Engin YILMAZ (DREES)

En 2012, la rentabilité nette des cliniques privées à but lucratif est estimée à 1,8 % de leur chiffre d'affaires. Elle baisse de 0,8 point par rapport à 2011 mais son niveau est proche de ceux observés sur la période 2008-2010. Le résultat net plus élevé obtenu en 2011 s'expliquait par des opérations de cessions immobilières exceptionnelles.

La situation économique et financière des cliniques privées est contrastée selon leur secteur d'activité. Dans le secteur le plus important, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité nette se limite en 2012 à 1,2 % contre 2,4 % en 2011, avec une baisse du résultat d'exploitation (-0,2 point) et surtout du résultat exceptionnel (-1,1 point). La capacité d'autofinancement se maintient toutefois à 3,8 %, un niveau comparable à ceux observés ces dernières années (3,9 % en 2011 et 3,8 % en 2010). Mais, malgré un effort d'investissement qui poursuit sa baisse (3,8 % en 2012, contre 4,9 % en 2011 et 5,6 % en 2010), l'endettement des cliniques en MCO augmente de 2,4 points environ (45,4 % en 2012 contre 43 % en 2011).

Les cliniques spécialisées en soins de suite et de réadaptation connaissent une situation plus favorable, avec une augmentation de la rentabilité nette qui atteint 3,2 % en 2012 contre 2,9 % en 2011. Les cliniques psychiatriques enregistrent les meilleurs résultats, avec une rentabilité nette de 5,2 %, un faible endettement et des investissements en hausse.

Ces résultats moyens par grandes disciplines présentent une grande hétérogénéité.

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 2012 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 y 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	1 064	841	79,0
Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO)	644	513	79,7
Cliniques pluridisciplinaires	307	260	84,7
Cliniques spécialisées	189	169	89,4
Radiothérapie	69	26	37,7
Dialyse	52	45	86,5
Hospitalisation à domicile	27	13	48,1
Soins de suite et de réadaptation	283	223	78,8
Psychiatrie	137	105	76,6

Note : En raison du pourcentage limité de comptes disponibles en HAD et en radiothérapie, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), y compris Mayotte.

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 (jours, venues et séances) calculées par discipline (médecine, psychiatrie, etc.) et taille d'établissements. Ainsi, l'échantillon étant représentatif pour ces variables, il l'est aussi en termes de données économiques et financières.

Cette étude présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2012, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes de 841 cliniques sur les 1 064 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ces résultats peuvent différer sur certains points de ceux publiés en mars 2014¹ qui s'appuyaient sur des données provisoires de 791 cliniques. Au-delà de l'extension de l'échantillon, certaines cliniques ont révisé les données provisoires [encadré 1].

¹ DREES, Études et résultats n°878.

Une rentabilité contrastée selon le secteur d'activité

Le chiffre d'affaires des cliniques privées à but lucratif s'établit à 13,6 milliards d'euros (tableau 1). Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) représentent 78 % du chiffre d'affaires total. Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent 17 % du chiffre d'affaires, alors que les cliniques psychiatriques représentent seulement 5 % du chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur.

La rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée, en 2012, à 1,8 %, soit une baisse de 0,8 point par rapport à 2011 (graphique 1). Cette dégradation s'explique par des opérations exceptionnelles de cessions immobilières en 2011 pour certaines cliniques en MCO, qui ont transitoirement augmenté le résultat net de cette année-là. En 2012, la rentabilité nette du secteur est à nouveau voisine de celle observée lors de la période 2008-2010. Celle des cliniques de SSR ou de psychiatrie, non concernées par les opérations exceptionnelles de 2011, augmente en 2012 ou baisse de façon limitée.

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité. Malgré une diminution du résultat net, les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2012 (5,2 %, -0,6 point), devant les cliniques de SSR (3,2 %) dont la rentabilité repart à la hausse (+0,3 point) après deux années de baisse. La rentabilité des cliniques du secteur de MCO (1,2 %) baisse de 1,2 point par rapport à 2011, une diminution logique compte tenu des facteurs exceptionnels de 2011, et atteint un niveau légèrement plus bas que ceux observés entre 2008 et 2010 (1,5 % en 2009 et 2010) [graphique 1].

Tableau 1 - Compte de résultat des cliniques privées

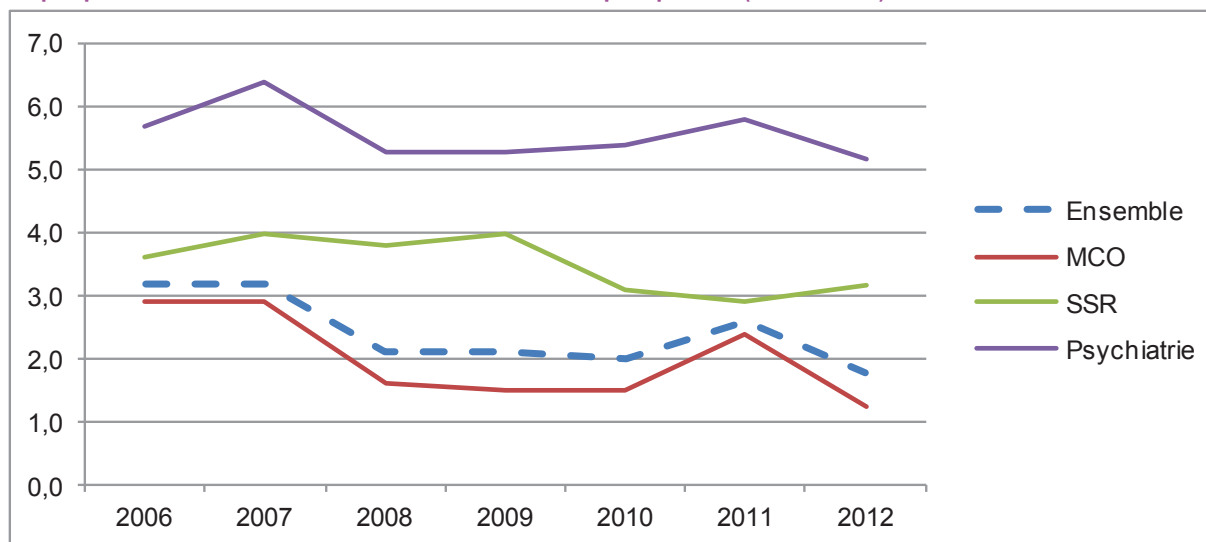
	2009	2010	2011	2012
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583
Nombre de cliniques dans la population	1 095	1 084	1 076	1 064
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1	-45	-45,3	-45,2
<i>dont achats consommés</i>	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2
<i>dont autres achats et charges externes</i>	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0
<i>dont variation de stocks</i>	0,1	0,0	0,0	0,0
Frais de personnel (en % du CA)	-43,8	-44,0	-43,9	-43,9
<i>dont salaires bruts</i>	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2
<i>dont charges sociales</i>	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0	-5,0	-5,1	-5,3
<i>dont impôts, taxes et versements assimilés</i>	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0
<i>dont subvention d'exploitation</i>	0,9	0,7	0,6	0,6
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,1	6,1	5,7	5,6
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0	0,0	0,1	0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8	-1,8	-2,1	-2,2
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	4,2	4,4	3,7	3,5
RÉSULTAT FINANCIER	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
<i>produits financiers</i>	0,7	0,6	1,0	0,9
<i>charges financières</i>	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,8	4,0	3,4	3,2
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	0,1	-0,2	1,1	0,1
<i>produits exceptionnels</i>	2,3	2,5	3,0	2,1
<i>charges exceptionnelles</i>	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4	-1,4	-1,5	-1,2
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,1	2,0	2,6	1,8

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, ceci à cause des arrondis à un chiffre

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Graphique 1 : Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées (en % du CA)



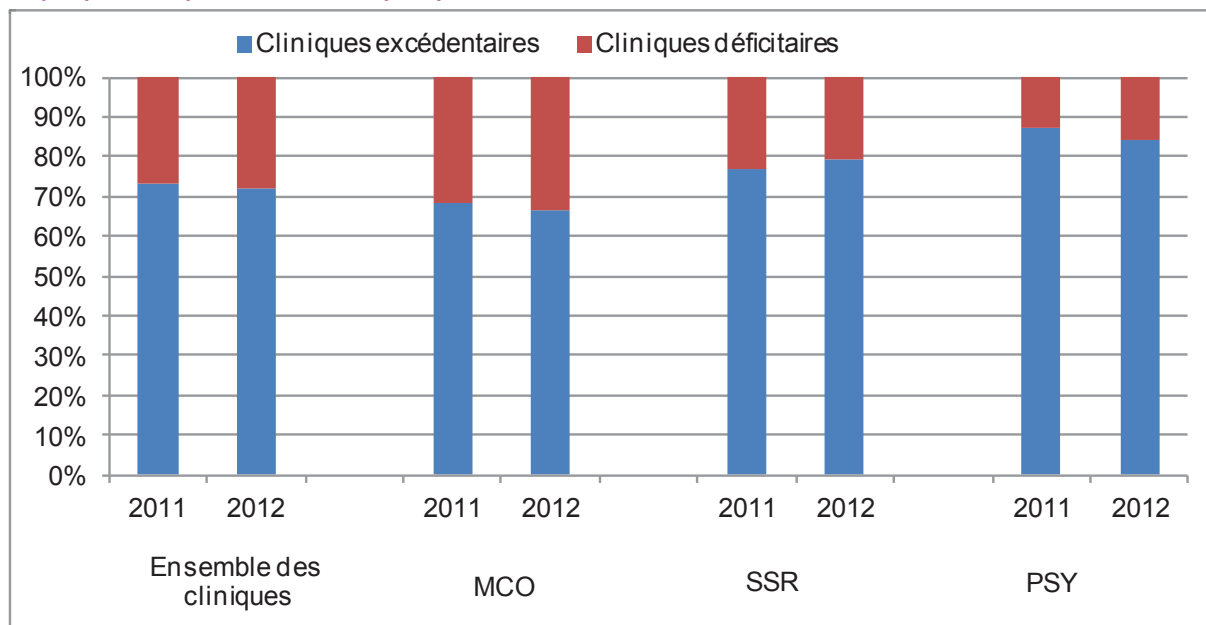
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Comme en 2011, une clinique en médecine-chirurgie-obstétrique sur trois est en déficit en 2012

Comme en 2011, la situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, présente une grande hétérogénéité pour l'année 2012. La part des cliniques privées en déficit reste globalement stable en 2012 à près de 30 %. Toutefois, cette part augmente légèrement dans le secteur de MCO, passant de 32 % de cliniques déficitaires à 33 %, ainsi que dans le secteur de psychiatrie alors qu'elle diminue pour les cliniques de SSR (graphique 2).

Graphique 2 : Répartition des cliniques privées déficitaires et excédentaires entre 2011 et 2012

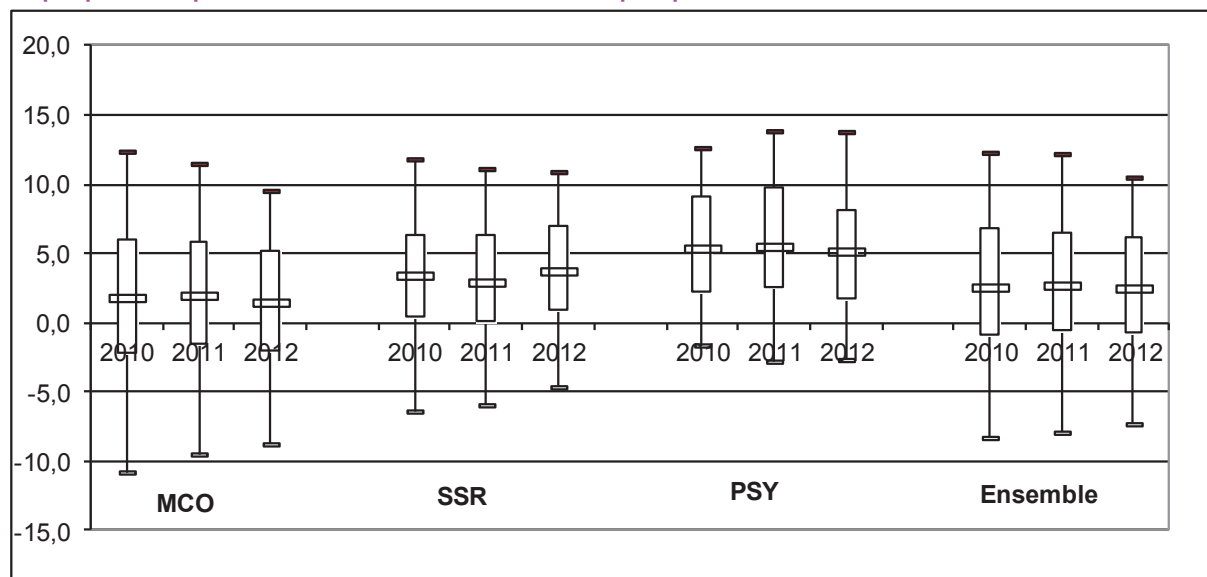


Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

L'hétérogénéité des situations financières des cliniques privées reste élevée. Ainsi, en 2012, la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistrent une rentabilité nette supérieure à 2,5 % du chiffre d'affaires contre 2,7 % en 2011 et 2,6 % en 2010 (graphique 3). Toutefois, on observe un resserrement des écarts de rentabilité concernant les cliniques MCO. Depuis 2010, l'écart entre le niveau de rentabilité des 10 % de cliniques les plus rentables et celui des 10 % les moins rentables s'est réduit. Au sein du secteur MCO, ce resserrement concerne davantage les cliniques pluridisciplinaires.

Graphique 3 : Dispersion de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2010 et 2012



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.

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Au sein des cliniques en MCO, si on considère les établissements selon leur discipline (tableau 2), toutes les catégories enregistrent une baisse de leur rentabilité nette en 2012. Pour les cliniques pluridisciplinaires, qui représentent trois quarts du chiffre d'affaires des cliniques en MCO, la rentabilité nette passe de 2,1 % en 2011 à 1 % en 2012. Pour les cliniques spécialisées, qui représentent près de 20 % du chiffre d'affaires des cliniques en MCO, elle passe de 1,7 % en 2011 à 0,5 % en 2012. Pour les cliniques en hospitalisation à domicile (HAD) et les cliniques de dialyse, la baisse est aussi notable : leur rentabilité nette passe respectivement de 11,1 % en 2011 à 3 % en 2012, et de 15,9 % en 2011 à 12,6 % en 2012. Concernant les cliniques de dialyse, leur rentabilité nette demeure cependant élevée. Seules les cliniques de radiothérapie enregistrent une augmentation de leur rentabilité nette qui passe de 0,6 % en 2011 à 1,3 % en 2012, mais reste à un niveau modéré. Ces baisses en 2012 pour les différents types de cliniques (hors radiothérapie) font suite aux fortes hausses en 2011, qui s'expliquaient par celle de leur résultat exceptionnel.

Tableau 2 – Rentabilité nette des cliniques MCO suivant leurs disciplines

	2009	2010	2011	2012
Total MCO	1,5	1,5	2,4	1,2
Cliniques pluridisciplinaires	1,2	1,2	2,1	1,0
Cliniques spécialisées*	1,1	1,1	1,7	0,5
Dialyse	10,0	11,5	15,9	12,6
Radiothérapie	1,0	2,9	0,6	1,3
HAD	7,4	6,5	11,1	3,0

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

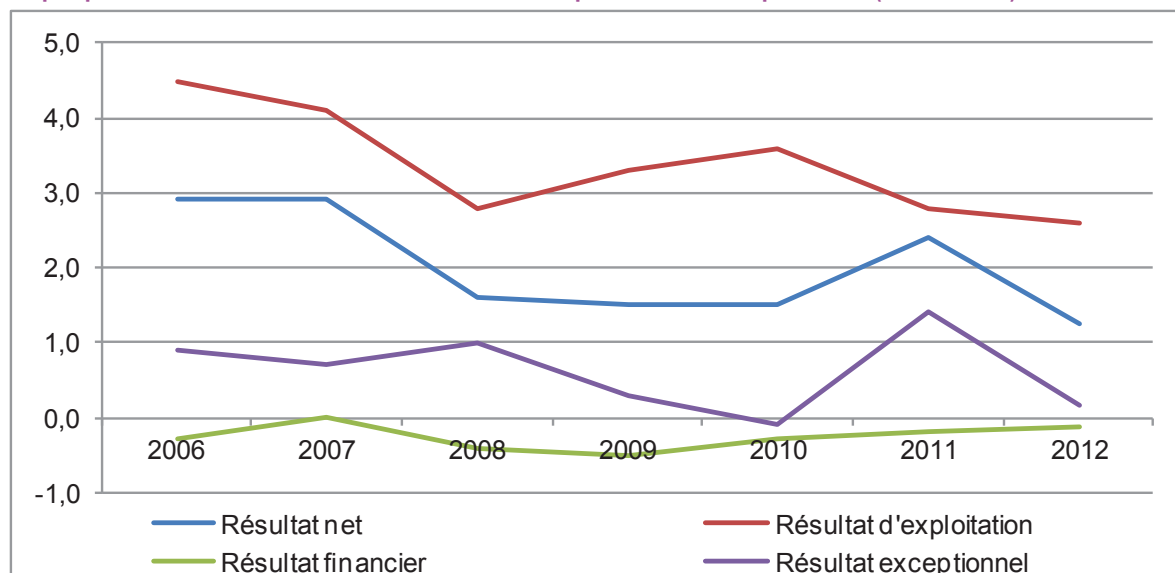
Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

Le résultat d'exploitation des cliniques en MCO baisse depuis 2010

Cette dégradation du résultat net est aussi la conséquence d'une diminution de la rentabilité d'exploitation. Le résultat d'exploitation des cliniques MCO, mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement, continue de baisser en 2012 (-0,2 point), si bien qu'en deux ans le résultat d'exploitation des cliniques en MCO a baissé d'un point et est estimé à 2,6 %, contre 2,8 % en 2011 et 3,6 % en 2010 (graphique 4).

En 2011, la baisse du résultat d'exploitation s'expliquait notamment par la hausse dans une proportion similaire du poste de charges « Autres achats et charges externes », et plus particulièrement par l'augmentation des loyers. Entre 2010 et 2011, la part des loyers à la charge des cliniques privées était passée de 0,8 % à 1,4 % du chiffre d'affaires. En 2012, ce poste de charges se maintient à 1,4 % du chiffre d'affaires.

Graphique 4 : Évolution des différents résultats comptables des cliniques MCO (en % du CA)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

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.

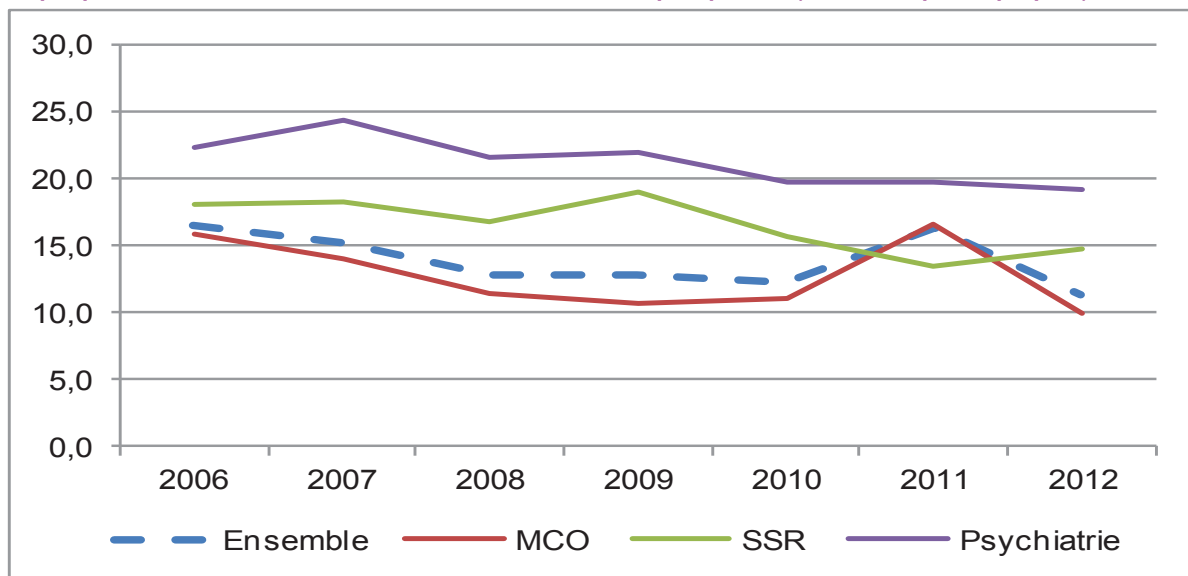
Une rentabilité financière en baisse pour les cliniques en médecine-chirurgie-obstétrique

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 84 % des cliniques).

En 2012, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 11,4 %, soit une diminution de 5 points par rapport à l'année précédente. Comme pour la rentabilité nette, cette dégradation est entièrement expliquée par les cliniques du secteur MCO pour lesquelles la rentabilité financière s'établit en 2012 à 10 % des capitaux propres (-6,7 points). Le niveau de rentabilité financière des cliniques MCO en 2012 est le plus bas constaté sur la période 2006-2012 (graphique 5).

Pour les cliniques hors MCO, cet indicateur diminue de près d'un point pour les cliniques de psychiatrie et progresse de plus de 1,3 point pour les établissements SSR.

Graphique 5 : Évolution de la rentabilité financière des cliniques privées (en % de capitaux propres)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

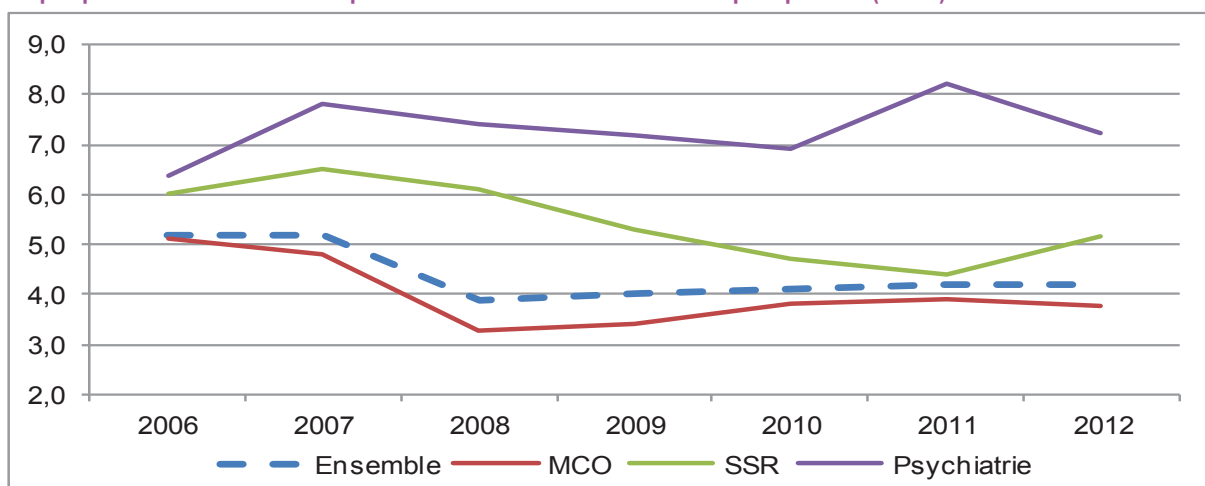
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

La capacité d'autofinancement baisse pour les cliniques en MCO

La capacité d'autofinancement (CAF)¹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, reste relativement stable : autour de 4 % du chiffre d'affaires (4,2 % en 2012 et 2011). La CAF diminue légèrement dans les cliniques MCO, passant de 3,9 % en 2011 à 3,8 % en 2012. Elle reste cependant à un niveau comparable à ceux observés ces dernières années : légèrement en dessous de ceux de 2011, mais au-dessus de ceux de 2008 et 2009.

Après une baisse continue depuis 2007, la CAF des cliniques de SSR augmente en 2012 pour atteindre 5,2 % du chiffre d'affaires. Celle des cliniques psychiatriques, malgré une diminution d'un point, reste à un niveau élevé (7,2 % du CA) (graphique 6).

Graphique 6 : Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées (% CA)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

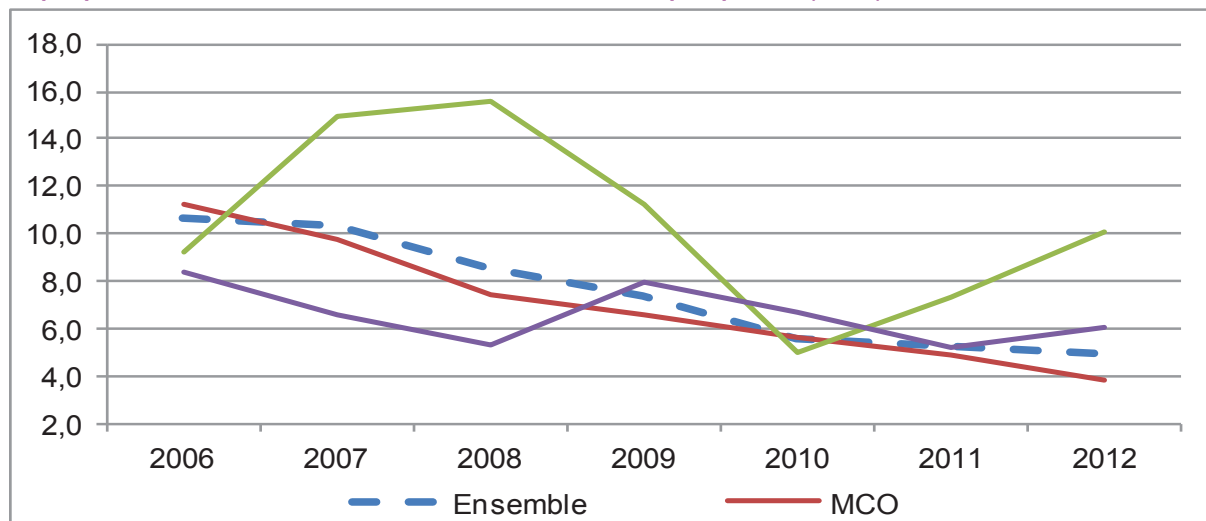
Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

¹ 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.

Les investissements continuent de ralentir en 2012

Globalement, l'effort d'investissement¹ des cliniques privées continue son ralentissement observé depuis 2009 : en 2012, l'investissement représente 5,0 % du chiffre d'affaires contre 5,3 % en 2011 (graphique 7). Cette baisse est totalement imputable au secteur MCO pour lequel l'effort d'investissement s'établit en 2012 à 3,8 % contre 4,9 % en 2011. Les secteurs SSR et psychiatrie, en revanche, connaissent une progression de leur taux d'effort (10,1 % après 7,3 % pour les SSR et 6,1 % après 5,2 % pour le secteur de la psychiatrie).

Graphique 7 : Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (% CA)

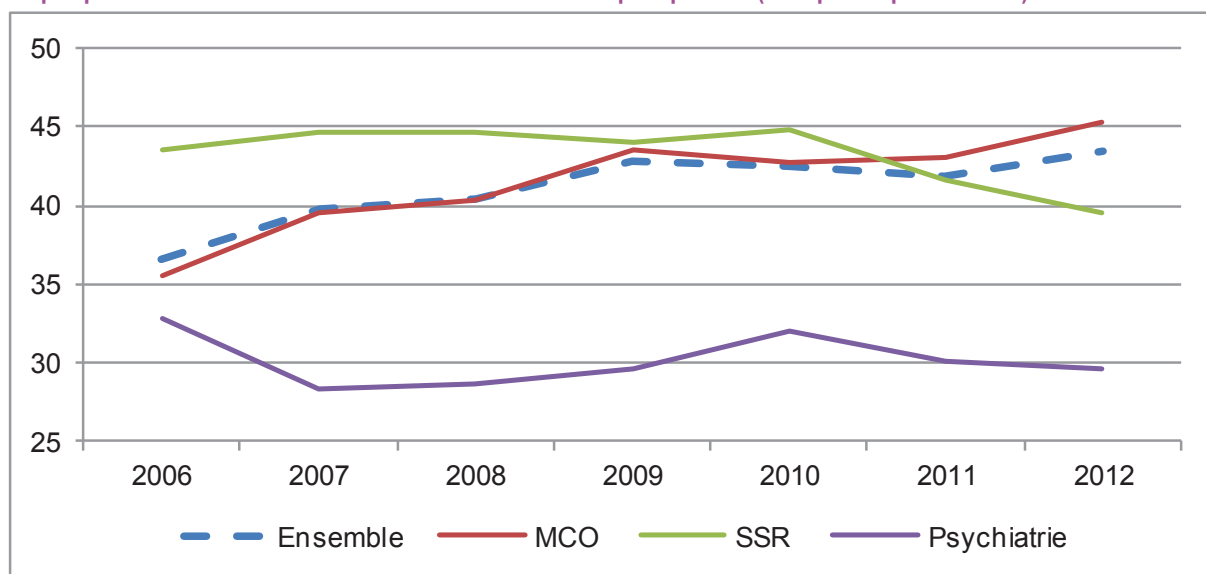


Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Après une baisse en 2011, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, repart à la hausse en 2012 pour atteindre 43,4 % des capitaux permanents contre 41,9 % en 2011. Cette augmentation concerne les cliniques en MCO pour lesquelles l'endettement représente 45,4 % des capitaux permanents en 2012 contre 43,0 % en 2011. En revanche, celui des cliniques de SSR et de psychiatrie continue de baisser en 2012 : il s'établit respectivement à 39,5 % et à 29,5 % en 2012, contre respectivement 41,6 % et 30,1 % en 2011 (graphique 8).

Graphique 8 : Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (% capitaux permanents)



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

¹ 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).

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	Résultat net comptable / chiffre d'affaires Elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	Résultat net comptable / 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	Excédent brut d'exploitation (EBE) / chiffre d'affaires Il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financières, d'amortissement et de distribution des revenus.
Taux d'endettement	Dettes financières / capitaux permanents Il mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables.
Capacité d'autofinancement	(EBE + autres produits et charges d'exploitation + opérations en commun + produits financiers – charges financières – reprises sur provisions et transfert de charges (financier) + dotations financières aux amortissements et provisions +/- produits et charges exceptionnels sur opé. de gestion - participation des salariés aux résultats de l'entreprise – impôts sur les bénéfices + dont transf. charges) / 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	Dettes financières / capacité d'autofinancement Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
Effort d'investissement	(Total des immobilisations: acquisitions, créations + immobilisations corporelles en cours) / chiffre d'affaires Il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Pour en savoir plus

« La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012 », 2014, E. Yilmaz, Études et Résultats, n° 878.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013

Céline Pilorge (DREES)

En 2013, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 18,6 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine, soit une baisse de 2,3 % par rapport à 2012 (source : LEEM). En croissance depuis les années 1990, le chiffre d'affaires est ainsi en baisse pour la deuxième année consécutive. Elle s'explique par deux facteurs principaux : une politique de baisse des prix des médicaments existants et une hausse des ventes des médicaments génériques, au détriment de la catégorie des médicaments princeps, suite à la générication en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et au renforcement du dispositif « tiers payant contre génériques »¹.

Cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Il présente ensuite une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville en France métropolitaine. L'analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine en ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés ici sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2012 et 2013 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2012 et 2013.

¹ Depuis juin 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).

Quelques éléments de cadrage

Le cadre réglementaire français

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officine et des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées dépendantes. Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce. Les établissements de santé, via leurs pharmacies à usage intérieur pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés : cette dernière activité est appelée rétrocession¹ (cf. glossaire). Dans ce deuxième cas, qui concerne une liste limitative de médicaments, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville.

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine². 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)³ 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 prix des médicaments non remboursables sont libres.

Les prix des médicaments remboursables ainsi que leur taux de remboursement par l'assurance maladie sont quant à eux fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) et par l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) sur la base de l'évaluation, effectuée par la Commission de la transparence, de l'intérêt de ces médicaments. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute Autorité de Santé, a pour mission 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 médicaments de la même classe thérapeutique. Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix fabricant du médicament 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'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement a priori⁴ du médicament. Selon ce taux, il est possible de distinguer quatre types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 30 %, à 65 % ou à 100 % (tableau 1).

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie, est administrée : prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA. Les marges de distribution (grossiste-répartiteur et pharmacien) sont fixées réglementairement (arrêté du 4 août 1987, mis à jour dernièrement en mai 2012).

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

¹ 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.

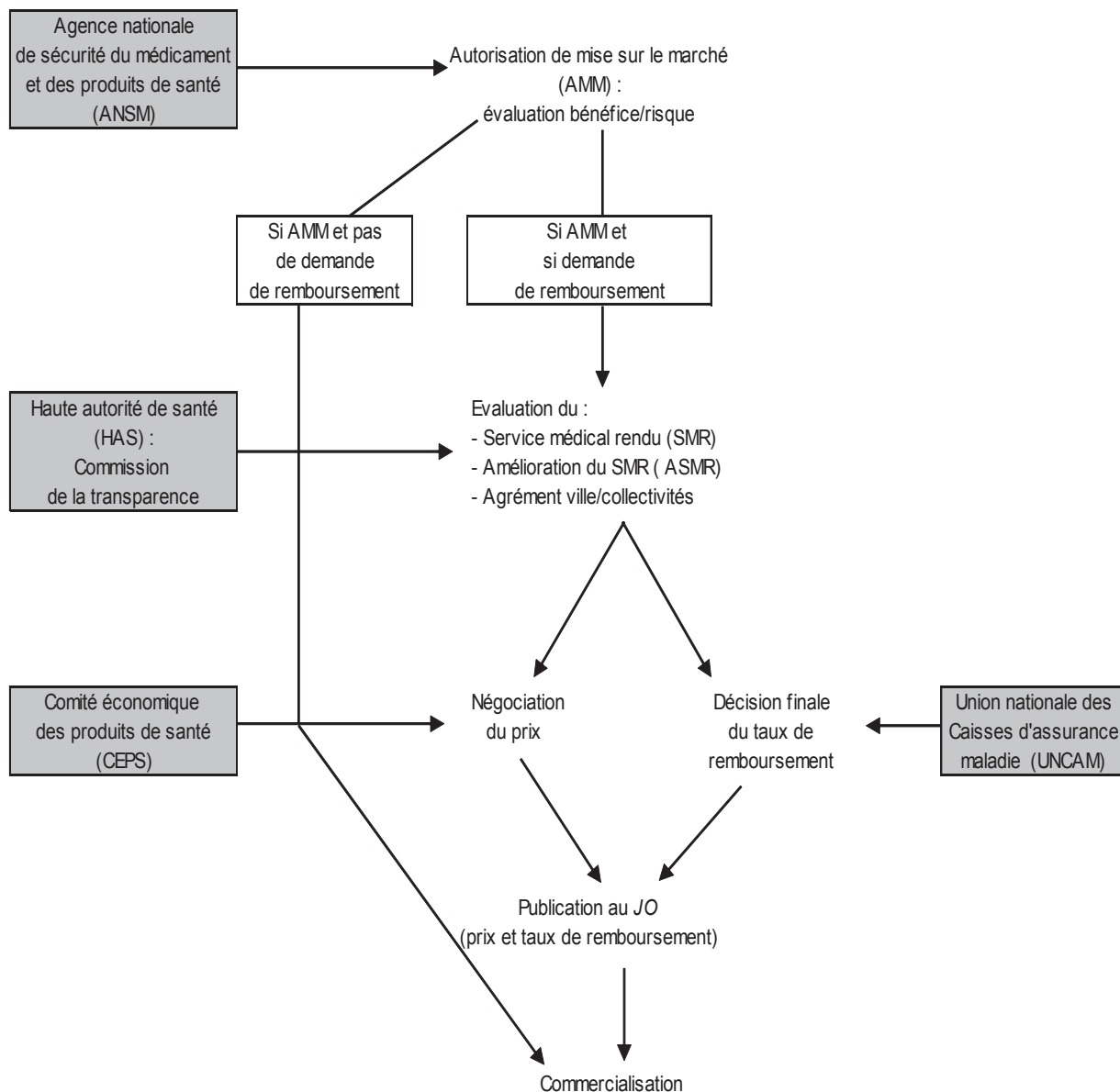
² Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

³ Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps). 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 1er mai 2012. L'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'Afsaps ; 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), suite au scandale du Médiator.

⁴ 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%.

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



Source : Grandfils N. : "Fixation et régulation des prix des médicaments en France", *Revue française des affaires sociales*, 2007.

Tableau 1 – Taux de remboursement des spécialités remboursables

Service médical rendu	Taux de remboursement	
	Majeur ou important	30 % (vignette bleue) (médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »)
Modéré	30 % (vignette bleue)	
Faible	15 % (vignette orange)	
Insuffisant	0 %	

Source : article. R. 322-1 du code de la sécurité sociale

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 %.

Note : Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », sont remboursés à 100 %.

Les tendances à l'œuvre ces dernières années

Depuis plus de 10 ans, le prix des médicaments est en baisse constante selon l'évaluation faite par l'INSEE qui ne prend pas en compte dans son calcul le prix des médicaments entrés sur le marché l'année considérée¹. La croissance de la dépense pharmaceutique de la France sur cette période s'explique ainsi par la hausse des volumes de consommation et par la prépondérance de la croissance des médicaments les plus chers traitant les pathologies les plus lourdes.

Au cours des dernières années, les ventes de médicaments génériques ont considérablement augmenté, suite à la fois aux récentes génériques de médicaments à chiffres d'affaires élevés et à la politique volontariste de développement des génériques menée par l'Assurance maladie. En France, on entend par générique tout médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même « bio-disponibilité » (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie (article L.5121-1 du code de la santé publique). Un groupe générique est constitué d'une spécialité de référence 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 légale². 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 des prix par le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) qui aligne, pour des spécialités pour lesquelles le taux de substitution est insuffisant³, le prix de remboursement 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). Aujourd'hui sur les 1 030 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 élevé⁴. Le prix fabricant (HT) des médicaments génériques est fixé à 40 % du prix du princeps. Le prix du princeps est ensuite diminué, à la commercialisation du générique, de 20 %. À l'issue de dix-huit mois d'exploitation, le CEPS décide soit la mise sous TFR du groupe générique, soit la baisse du prix du princeps (-12,5 %) et des génériques (-7 %).

Depuis 2012, la pénétration des génériques a de nouveau augmenté grâce à la progression du taux de substitution (passé de 71,7 % au 1^{er} trimestre 2012 à 82,2 % au dernier trimestre 2013) 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 délivrés⁵. Les prescriptions dans le répertoire ont notamment progressé suite à la mise en œuvre en 2012 de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) auprès des médecins généralistes.

¹ Entre 2000 et 2012, le prix de l'ensemble des médicaments remboursables et non remboursables baisse en moyenne de 2,1 % par an (source : Insee, chiffres 2000-2012 cités dans la Fiche 1.12 du rapport). L'indice de prix de l'INSEE est calculé à qualité constante, il ne tient pas compte des médicaments entrés sur le marché, souvent plus chers, ceux-ci ne seront pris en compte dans le calcul que l'année suivante.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ En mai 2012, la nouvelle convention nationale des pharmaciens a été signée. Cette nouvelle convention prévoit un nouveau mode de rémunération pour les officines françaises qui étaient jusqu'à présent payées au forfait (0,53 centime par boîte de médicament) auquel s'ajoutait un pourcentage sur le prix de vente. Désormais la rémunération prendra 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 mai 2014, un avenant à cette convention a 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 à l'heure actuelle : en effet, il est prévu que les pharmacies touchent 80 centimes par boîte à partir de janvier 2015, puis 1 euro à partir de janvier 2016. En contrepartie, la marge des pharmaciens sur chaque médicament vendu est ajustée à la baisse.

Ces deux dispositifs de paiement à la performance comportent en effet entre autres 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 deuxième¹. 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 ; celui-ci a été généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés en juillet 2012.

Les masses financières en jeu

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes.

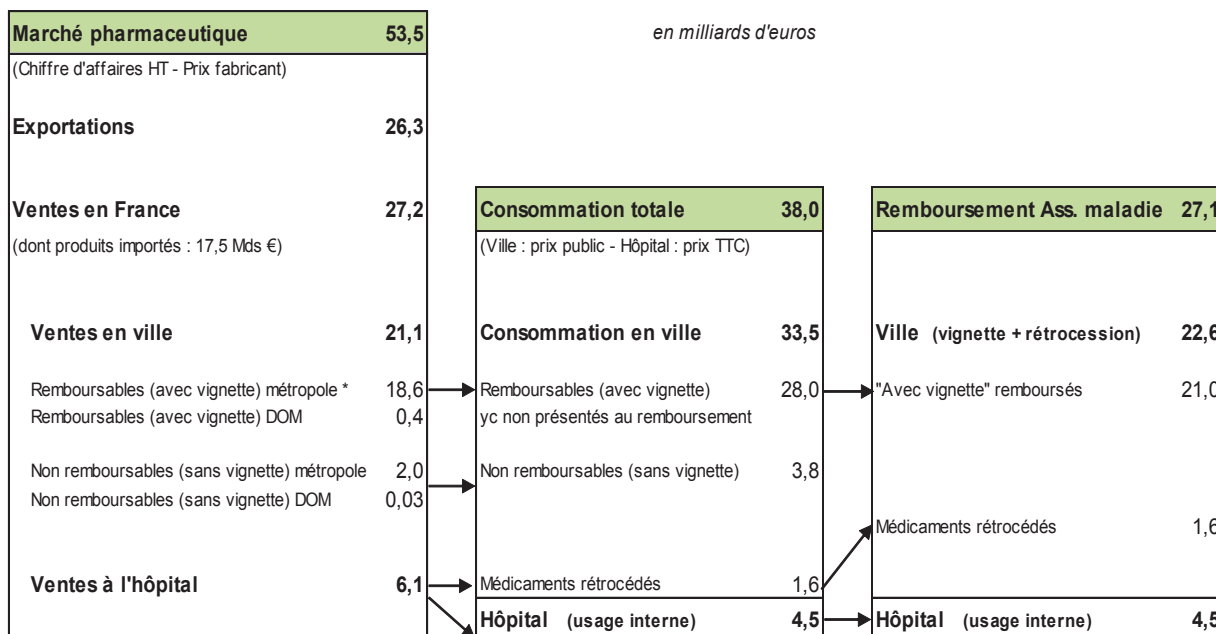
Le marché pharmaceutique français a représenté 53,5 milliards d'euros en 2013, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (26,3 milliards). Les ventes en France entière ont représenté 27,2 milliards d'euros, dont les deux tiers liées à des produits importés (17,5 milliards). Sur les ventes en France entière, 77 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (*figure 2*).

En 2013, le marché de ville représente 21,1 milliards d'euros (*figure 2*). Il est constitué à 90 % en valeur de médicaments remboursables et à 10 % de médicaments non remboursables (respectivement 19 milliards et 2 milliards d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public².

La consommation totale de médicaments s'élève en 2013 à 38,0 milliards d'euros TTC, dont 33,5 milliards en ville et 4,5 milliards à l'hôpital. En ville, les médicaments remboursables représentent 83,7 % de la consommation, les médicaments non remboursables 11,5 % et les médicaments rétrocedés 4,9 %.

Le montant des dépenses de remboursement par l'Assurance maladie s'élève ainsi à 27,1 milliards d'euros en 2013, dont 21,0 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 1,6 milliard pour les médicaments rétrocedés. À l'hôpital, les dépenses engagées s'élèvent à 4,5 milliards d'euros.

Figure 2 – Du marché pharmaceutique au remboursement en 2013 en France



Champ : France entière.

(*) dont 0,2 Md€ de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS.

Sources : LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique; CNAMTS - DREES pour la consommation en ville.

¹ 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.

² Dont les personnes doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

ENCADRÉ 1 - DONNÉES UTILISÉES ET CHAMP DE L'ÉTUDE**Données utilisées**

Les données utilisées pour cet éclairage, sont issues des bases 2012 et 2013 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 les années 2012 et 2013, 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 en 2012 ou 2013.

Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephmra), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été 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) :

- la présentation ;
- le produit ;
- la molécule ;
- les classes thérapeutiques, au sens de la classification Ephmra.

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.

Champ de l'étude

Dans son rapport annuel, le LEEM évalue le marché du médicament remboursable en 2013 en France métropolitaine à 18,6 milliards d'euros alors qu'il est estimé à 18,4 milliards d'euros avec les données du GERS mobilisées dans cette étude. Le taux d'évolution de 2012 à 2013 estimé avec les données utilisées dans l'étude est de -2,1 % tandis que le LEEM l'estime à -2,3 %.

Cet écart s'explique par une différence de convention de calcul ainsi que par une différence de champ.

Tout d'abord, dans cet éclairage, on considère pour l'année 2012 les médicaments remboursables en décembre 2012 et pour l'année 2013 les médicaments remboursables en décembre 2013. Pour une année donnée, les médicaments déremboursés totalement au cours de l'année ne sont donc pas retenus dans l'analyse, alors qu'ils le sont par le LEEM. Pour les années 2012 et 2013 cette différence d'évaluation n'a pas d'incidence, dans les deux cas ceux-ci sont évalués à 18,9 milliards en 2012 et à 18,4 milliards en 2013.

Ensuite, les données du GERS représentent 99 % du marché. Le LEEM complète ces données avec d'autres informations obtenues auprès de ses adhérents. L'écart de moins de 200 millions entre les deux estimations serait relatif à une partie des médicaments homéopathiques. Dans les Comptes de la Santé et dans le cadrage macroéconomique présenté dans cet éclairage (figure 2), le chiffre du LEEM (18,6 milliards d'euros en France métropolitaine) est repris par souci de cohérence avec les autres sources mobilisées dans les Comptes de la Santé.

Le marché du médicament remboursable en France métropolitaine

En 2013, le marché du médicament remboursable en France métropolitaine pèse 18,4 milliards d'euros en prix fabricant hors taxe (sur le champ de l'étude hors médicaments homéopathiques, *cf.* encadré 1). Par rapport à 2012, le marché a diminué de 2,1 % en valeur. Le volume des ventes connaît quant à lui une hausse de +1,0 %, à 2,54 milliards de boîtes vendues (*tableau 2*).

Tableau 2 – Évolution en volume et en valeur du marché du médicament remboursable*

	Chiffre d'affaires (milliards d'euros)	Volumes de vente (milliards de boîtes)
2012	18,8	2,52
2013	18,4	2,54
Évolution	-2,1 %	+1,0%

(*) hors les 0,2 milliards d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Source : GERS, traitement DREES

Note de lecture : En 2013, 2,55 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues par les laboratoires, pour un chiffre d'affaires hors taxe de 18,4 milliards d'euros.

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 et de sa part de marché dans le marché global en $t-1$.

Elle a la forme suivante :

$$\text{contribution}(i) = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{CA_{i,t-1}} \times \frac{CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}} = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}}$$

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année t pour le produit i . Une présentation ayant un fort taux de croissance et une part de marché faible peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une présentation ayant une forte part de marché et un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une incidence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : médicament à 15 %, médicaments génériques, 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 changeant de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, passage du taux de remboursement de 30 % à 15 %) sont par convention rattachées pour les deux années à leur catégorie de l'année t .

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, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année t au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$.

Pour les présentations sorties du marché en cours d'année t , le chiffre d'affaires relatif à l'année t est supposé nul, par convention de calcul. La contribution à la croissance, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année $t-1$ (en négatif) au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$, est donc par construction négative. Les médicaments retirés du marché durant l'année t sont par convention rattachés à leur catégorie en $t-1$ pour le calcul de leur contribution à la croissance entre $t-1$ et t . Cette convention concerne majoritairement les médicaments de plus de 20 ans, ainsi que les médicaments déremboursés entre l'année $t-1$ et l'année t .

Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2013 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2013, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2013 et qui en 2012 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 2012 et qui ne sont plus commercialisés en 2013, leur contribution à la croissance du marché entre 2012 et 2013 étant alors par construction négative.

On obtient la contribution à la croissance de l'ensemble du marché en additionnant les contributions de chaque catégorie. On peut alors vérifier que cette contribution est exactement égale au taux de croissance du marché global.

En 2013, avec un chiffre d'affaires de 13,4 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur près des trois quarts du marché du médicament remboursable, soit une part de marché en légère baisse par rapport à 2012, se traduisant par une contribution négative de cette classe à la croissance totale du marché, de -2,9 points. La baisse du chiffre d'affaires (-0,6 milliard d'euros) des médicaments remboursés à 65 % s'explique par :

- une baisse du chiffre d'affaires des médicaments déjà présents en 2012 (-0,7 milliard d'euros), due pour 73 % à la politique de baisse de prix, pour 4 % à une baisse des ventes (analgésiques, sartans¹, antidiabétiques, bêtabloquants...) et pour 23 % à une modification de la structure de consommation, en faveur des médicaments génériques, moins chers ;
- la sortie du marché de certaines présentations (majoritairement génériques) d'antidiabétiques, d'IEC, d'IPP, de statines... (-0,06 milliard d'euros), ainsi que le déremboursement de certains médicaments, en particulier les pilules de 3^{ème} génération (-0,04 milliard d'euros) ;
- les nouveaux médicaments ont quant à eux présenté un chiffre d'affaires de 0,2 milliard d'euros, qui correspond pour 64 % à l'entrée de nouveaux génériques sur le marché.

Ce sont les médicaments « irremplaçables et particulièrement coûteux », remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance du marché du médicament remboursable : ils contribuent à la croissance de la valeur totale du marché à

¹ Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

hauteur de 1,3 point et leur part de marché progresse de près de deux points entre les deux années (17,0 % en 2013, contre 15,3 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2012). Cela confirme une tendance observée depuis plusieurs années déjà : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits les plus chers.

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 30 % est quasi-stable entre 2012 et 2013 : 6,5 % en 2012 et 6,3 % en 2013. De même, la part de marché des médicaments remboursés à 15 % était de 3,7 % en 2012 et de 3,6 % en 2013. Ces deux catégories contribuent à la même hauteur à l'évolution du marché (-0,2 et -0,3 point).

Plus de 2,5 milliards de boîtes ont été vendues en 2012 et 2013 ; ce sont les médicaments remboursés au taux de 65 % qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (2,0 milliards).

Tableau 3 – Le marché global du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon le taux de remboursement (*)

		Médicaments remboursables au taux de				TOTAL
		15 % ¹	30 % ²	65 %	100 %	
Nombre de présentations	2012	484	838	8 148	449	9 919
	2013	487	849	8 546	477	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,19	0,34	1,98	0,01	2,52
	2013	0,19	0,33	2,00	0,01	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	0,7	1,2	14,0	2,9	18,8
	2013	0,7	1,2	13,4	3,1	18,4
Part de marché (%)	2012	3,7 %	6,5 %	74,5 %	15,3 %	100 %
	2013	3,6 %	6,3 %	73,1 %	17,0 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2013)		-0,3 %	-0,2 %	-2,9 %	1,3 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : en 2013, 487 présentations sont remboursables à 15 %, représentant 0,7 milliard de chiffre d'affaires, soit 3,6 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine. Il s'agit de présentations dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,3 point.

La catégorie du médicament considérée (médicament remboursable à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2013, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2013 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2012 (cf. encadré 2).

Le chiffre d'affaires des médicaments génériques a progressé de 10 % entre 2012 et 2013, passant de 3,0 à 3,3 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Les génériques ont ainsi contribué à la croissance totale du marché des médicaments à hauteur de 2,1 points, dont 1,5 point imputable aux génériques déjà sur le marché en 2012 et 0,8 point aux génériques nouvellement commercialisés en 2013. Les génériques sortis du marché entre 2012 et 2013 présentent quant à eux une contribution négative à la croissance (-0,2 point). En 2013, le marché des génériques a bénéficié de l'effet année pleine des généralisations de l'année 2012 (de médicaments anciennement considérés comme des *blockbusters*) ainsi que de la généralisation du dispositif « tiers payant contre génériques » lors de la signature de la convention pharmaceutique en avril 2012.

La catégorie des princeps généricables a quant à elle connu une baisse de son chiffre d'affaires, qui est passé de 3,4 milliards d'euros en 2012 à 2,4 milliards d'euros en 2013. La contribution à la croissance des princeps généricables est négative (-7,6 points). Au sein de cette catégorie, le chiffre d'affaires des princeps généricables présents sur le marché à la fois en 2012 et en 2013 est passé de 3,4 milliards d'euros en 2012 à 2,0 milliards d'euros en 2013. Cette baisse du chiffre d'affaires (-41 %) s'explique pour 63 % par la baisse des volumes induite par la concurrence des génériques, pour 14 % par la baisse des prix et pour 23 % par un déplacement entre 2012 et 2013 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 2013 est de 0,4 milliard d'euros.

¹ Un taux de remboursement transitoire de 15 % a été introduit en 2006. Généralement, les médicaments passent par ce taux avant d'être totalement déremboursés.

² Jusqu'au 2 mai 2011, le taux de remboursement des médicaments à vignette bleu était de 35 %.

Parmi les 2,5 milliards de boîtes qui ont été vendues en 2012 et 2013, ce sont les médicaments qui n'appartiennent pas au répertoire des génériques qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (1,46 milliards).

Tableau 4 – Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon le statut du médicament (*)

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Principes généricables	Hors répertoire	
Nombre de présentations	2012	5 729	987	3 203	9 919
	2013	6 102	1 010	3 247	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,66	0,40	1,46	2,52
	2013	0,77	0,32	1,46	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	3,0	3,4	12,4	18,8
	2013	3,3	2,4	12,7	18,4
Part de marché (%)	2012	15,7 %	18,1 %	66,2 %	100 %
	2013	18,1 %	13,0 %	68,9 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		2,1 %	-7,6 %	3,5 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. Référentiel pour déterminer le statut des médicaments : club CIP.

Note de lecture : en 2013, 3 247 présentations ne font pas partie du répertoire des médicaments généricables, représentant 12,7 milliards de chiffre d'affaires, soit 69,0 % 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 en 2013 à +3,5 points.

La catégorie de médicament considérée (médicament générique, principes généricable ou médicament hors répertoire) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Sont considérés comme principes généricables les médicaments inscrits comme tel au Journal Officiel ; les génériques de ces médicaments ne sont alors pas forcément déjà commercialisés. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2013, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2013 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2012 (cf. encadré 2).

La baisse du chiffre d'affaires des médicaments principes généricables associée à la hausse du chiffre d'affaires des médicaments génériques traduit à la fois la générication en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et les résultats de la politique volontariste de développement des génériques menée par l'Assurance maladie (voir plus haut).

Enfin, le chiffre d'affaires de la catégorie « hors répertoire » a augmenté de 250 millions d'euros sur la période. La contribution à la croissance de cette catégorie est positive (+3,5 points). La hausse du chiffre d'affaires sur le « hors répertoire » est majoritairement due aux produits déjà présents dans cette catégorie en 2012. Le chiffre d'affaires des médicaments présents sur le marché à la fois en 2012 et 2013 dans la catégorie « hors répertoire » était de 12,5 milliards d'euros en 2013 contre 12,0 milliards d'euros en 2012. Les nouvelles présentations représentent quant à elles 0,2 milliard d'euros.

ENCADRÉ 3 - 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 du « produit ». 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, ne constituant donc pas des « nouveautés » à proprement parler (pas 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 (principes 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.

En 2013, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur 18,0 % du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +6,1 points (tableau 5), dont : 4,3 points pour les médicaments déjà présents, 0,7 point du fait de l'arrivée de génériques sur le marché¹ et 1,1 point du fait des produits innovants commercialisés en 2013. Le chiffre d'affaires de la catégorie des moins de 5 ans a augmenté de 2,9 milliards d'euros en 2012 à 3,3 milliards d'euros en 2013. Les médicaments ayant entre 5 et 10 ans ont une contribution à la croissance quasiment nulle. À l'inverse, les médicaments de plus de 10 ans contribuent négativement à la croissance. Ce sont les médicaments commercialisés depuis 10 à 20 ans qui ont la contribution négative à la croissance la plus forte (-6,7 points), en particulier, les statines (-0,9 point), les inhibiteurs de la pompe à protons (-0,8 point), les antagonistes de l'angiotensine II seuls (-0,7 point) et les antagonistes de l'angiotensine II associés aux diurétiques (-0,6 point). Pour ces quatre familles, cette baisse correspond à une diminution des ventes du médicament princeps, due à leur générication il y a quelques années (voir plus loin).

Parmi les 2,5 milliards de boîtes vendues en 2012 et 2013, ce sont les médicaments les plus anciens (plus de 20 ans) qui concentrent le plus grand nombre de boîtes vendues (1,4 milliard).

Tableau 5 – Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2012 et 2013 en France métropolitaine selon l'âge du médicament (*)

		Tranche d'âge du médicament				TOTAL
		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	
Nombre de présentations	2012	2 832	1 999	2 292	2 796	9 919
	2013	2 796	2 270	2 513	2 780	10 359
Volumes de ventes (en Mds de boîtes)	2012	0,24	0,31	0,55	1,42	2,52
	2013	0,27	0,30	0,57	1,41	2,54
Chiffre d'affaires hors taxes (en Mds €)	2012	2,9	5,1	6,1	4,7	18,8
	2013	3,3	4,7	5,9	4,5	18,4
Part de marché (%)	2012	15,1 %	27,4 %	32,5 %	25,0 %	100 %
	2013	18,0 %	25,6 %	31,8 %	24,6 %	100 %
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		6,1 %	0,1 %	-6,7 %	-1,7 %	-2,1 %

(*) hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2012 et 2013 que les médicaments remboursables en décembre 2012 et en décembre 2013 respectivement.

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES. La date de commercialisation des médicaments est issue des données Thériaque et de celles du GERS.

Note de lecture : en 2013, 2 796 présentations correspondent à des produits de moins de 5 ans, représentant 3,3 milliards de chiffre d'affaires, soit 18,0 % 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 +6,1 points.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 représentent près de 14 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine.

De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2012 et 2013 appartiennent à trois catégories :

- des classes apparues dans le palmarès en 2013, dont la croissance est portée par un médicament « *blockbuster* » ;
- des classes apparues dans le palmarès en 2012 ;
- des classes présentes dans le palmarès depuis au moins cinq ans.

Quatre des classes du palmarès concernent des médicaments commercialisés en 2013, parmi lesquels certains connaissent une forte croissance, propulsant l'ensemble de la classe thérapeutique dans le palmarès :

- les inhibiteurs directs facteurs XA (2^{ème} position, soit une augmentation du CA de 71,2 millions d'euros), 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® (+70,5 millions d'euros) ;

¹ Notons que, par construction, les médicaments entrés sur le marché en 2013 ont une contribution à la croissance positive (cf. encadré 2).

- les antinéoplasiques autres (3^{ème} position, soit une augmentation du CA de 56,1 millions d'euros) : 2 spécialités assurent la croissance de cette classe ; l'Afinitor® (+28,9 millions d'euros), indiqué en oncologie, a bénéficié en 2013 d'une nouvelle indication dans le traitement du cancer du sein avancé ; le Tasigna® (+28 millions d'euros), commercialisé en 2011, est indiqué en traitement de première ligne de la leucémie myéloïde chronique chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique ;
- les antinéoplasiques inhibiteurs de la protéine kinase (7^{ème} position, soit une augmentation du CA de 38,2 millions d'euros), dont la croissance est portée par le Zelboraf® (+32,3 millions d'euros), indiqué dans le traitement du mélanome non résecable ou métastatique porteur d'une mutation BRAF V600 ;
- les régulateurs calcium osseux autres (10^{ème} position, soit une augmentation du CA de 30,6 millions d'euros), dont la croissance est due à l'Xgeva® (+29,7 millions d'euros), commercialisé en 2013, indiqué dans la prévention des complications osseuses (fractures pathologiques, irradiation osseuse, compression médullaire ou chirurgie osseuse) des tumeurs solides avec métastases osseuses.

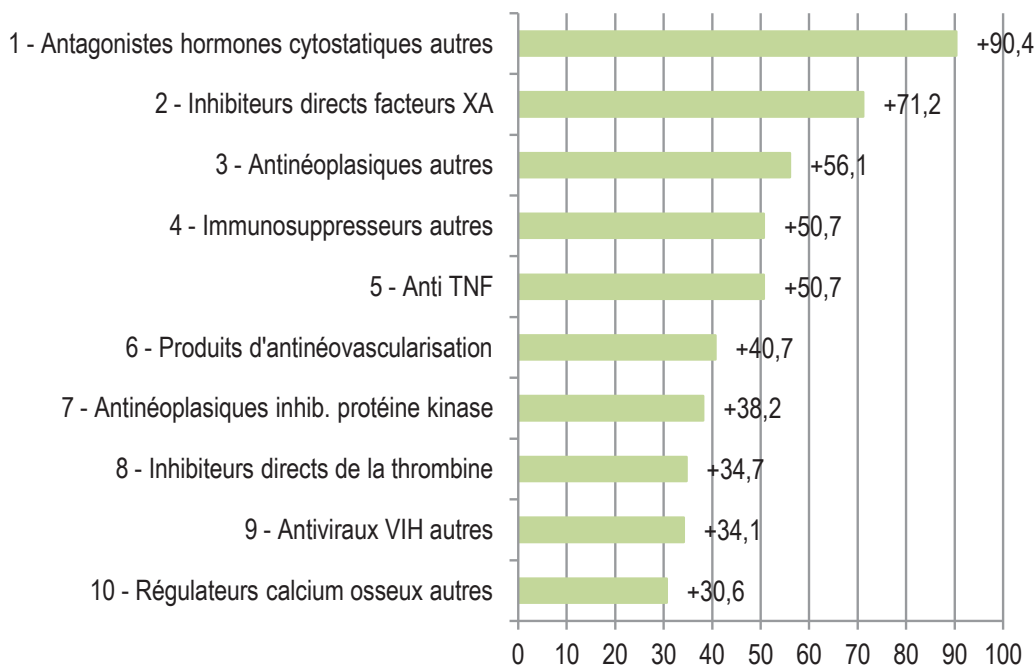
Trois des classes du palmarès sont présentes dans le palmarès depuis 2012 :

- les cytostatiques hormonaux (1^{ère} position, soit une augmentation du CA de 90,4 millions d'euros), dont la croissance est portée par le Zytiga® (unique produit de cette classe), nouveau produit dans le traitement du cancer métastatique de la prostate, auparavant rétrocedé ;
- les immunosuppresseurs autres (4^{ème} position, soit une augmentation du CA de 50,7 millions d'euros) : la croissance de cette classe est due au Gilenya® (+45,8 millions d'euros) indiqué dans le traitement de la sclérose en plaques ;
- les inhibiteurs directs de la thrombine (8^{ème} position, soit une augmentation du CA de 34,7 millions d'euros) : la croissance est tirée par le Pradaxa® (unique produit de cette classe), nouveau produit anticoagulant oral (NACO).

Trois des classes du palmarès y sont présentes depuis plusieurs années, en raison de la hausse à la fois importante et régulière de leurs chiffres d'affaires :

- les anti-TNF alpha (5^{ème} position, soit une augmentation du CA de 50,7 millions d'euros) sont présents dans le palmarès depuis 2004 : les indications de cette classe thérapeutique concernent la rhumatologie (polyarthrite rhumatoïde), mais aussi la dermatologie (psoriasis) et la gastro-entérologie (maladie de Crohn) ; la croissance de cette classe est tirée essentiellement par Humira® (+21,8 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 328,5 millions d'euros en 2013) et Simponi® (+26,3 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 28,9 millions d'euros en 2013). La spécialité Enbrel®, qui présente un fort chiffre d'affaires (239,8 millions) est toutefois en léger recul (-0,3 millions d'euros) ;
- les produits d'antiniéovascularisation (6^{ème} position, soit une augmentation du CA de 40,7 millions d'euros) : cette classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, était en tête du palmarès en 2011 et 2012, elle se situe à présent en 6^{ème} position. Sa croissance est portée par la spécialité Lucentis® (+28,7 millions d'euros), qui a bénéficié en 2011 d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique, ainsi que par un nouveau médicament, Eylea®, commercialisé en novembre 2013 (+13,3 millions d'euros) ;
- les anti-rétroviraux autres (9^{ème} position, soit une augmentation du CA de 34,1 millions d'euros), dont la croissance est portée par un seul produit, l'Eviplera® (association ripilvirine/emtricitabine /tenofovir, +41,2 millions d'euros, pour un chiffre d'affaires de 45,5 millions d'euros), commercialisé en septembre 2012. Si l'Isentress® (raltegravir) commercialisé courant 2008, et l'Atripla® (association efavirenz/emtricitabine/tenofovir), commercialisé en 2009, ont des chiffres d'affaires plus élevés que l'Eviplera® (respectivement 87,7 millions d'euros et 81,5 millions d'euros), ceux-ci sont toutefois constants ou en baisse par rapport à 2012 (respectivement +0,3 et -7,5 millions d'euros).

Graphique 1 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : entre 2012 et 2013, le chiffre d'affaires de la classe des antagonistes hormones cytostatiques autres a augmenté de 90,4 millions d'euros.

Les 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 représentent près de 18 % du chiffre d'affaires total du marché des médicaments remboursables en France métropolitaine.

Trois facteurs explicatifs principaux permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 : l'apparition récente de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important, le déremboursement partiel de certains médicaments, ainsi que les politiques de baisse de prix.

Les classes thérapeutiques suivantes (graphique 2) ont ainsi été impactées par 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), à un objectif minimal de prescription dans le répertoire des génériques (médicament princeps générique ou médicament générique) :

- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), à travers la générotation de l'Inexium® (ésoméprazole) en 2011 et surtout à présent de celle du Pariet® (rabéprazole) fin 2012, sont dans le palmarès des plus fortes baisses de chiffre d'affaires depuis plusieurs années ;
- les statines, dont la molécule d'atorvastatine (Tahor®) a été générique en 2012 ;
- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), dont l'entrée sur le marché des génériques de l'Aprovel® (irbésartan) et de l'Atacand® (candésartan), 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 suite à la générotation des médicaments princeps Coaprovel® (irbésartan + hydrochlorothiazide) et Hytacand® (candésartan + hydrochlorothiazide), respectivement en 2013 et 2012 ;
- les antiagrégants plaquettaires, à travers la mise sur le marché des génériques du Plavix® (clopidogrel), en 2010.

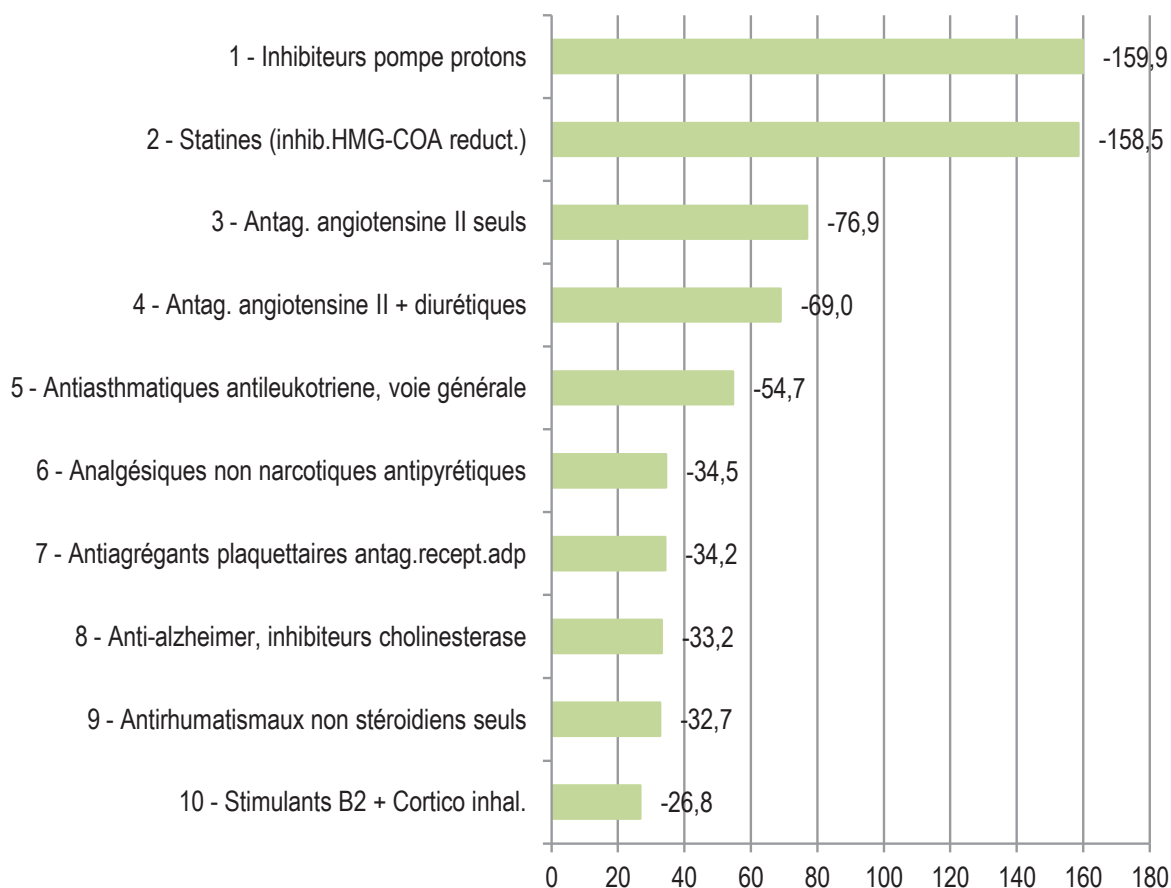
Ces cinq classes thérapeutiques étaient également dans le palmarès des plus fortes baisses de chiffre d'affaires entre 2011 et 2012.

Une autre classe, également impactée par la commercialisation des génériques, apparaît pour la première fois dans le palmarès : les antiasthmatiques antileukotriène, voie générale, suite à la commercialisation des génériques du Singulair® (montelukast) en 2012.

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.

Une classe a connu une baisse du taux de remboursement : les anti-alzheimer, inhibiteurs de la cholinestérase, ont en effet connu une diminution de leur taux de remboursement, de 65 % à 15 % en 2012.

Graphique 2 – Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2012 et 2013 en France métropolitaine (en millions d'euros)



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : entre 2012 et 2013, le chiffre d'affaires de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons a diminué de 159,9 millions d'euros.

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 et donc se décliner en plusieurs noms de marque (par exemple, le paracétamol).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui est utilisée, 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^{ème} niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^{ème} et 4^{ème} 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.

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. A 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, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée¹. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, 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.

¹ En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012

Audrey Baillot et Thierry Prost (DREES) avec la collaboration de Céline Pilorge (DREES) et des départements Études sur les pathologies et les patients et Information et prévention de la CNAMTS¹

La DREES a engagé, avec l'appui de la CNAMTS, une série de travaux destinés à améliorer et à compléter l'estimation des dépenses de prévention en France.

Dans la fiche B5 du rapport, les comptes de la santé retracent les dépenses de prévention institutionnelle, c'est-à-dire organisée et financée via des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux. Or, une partie non négligeable de la prévention fait partie intégrante des soins courants et est à ce titre comptabilisée dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cet éclairage propose d'évaluer l'ordre de grandeur des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour l'année 2012, sur un champ restreint à ce stade de l'analyse par rapport à la précédente estimation proposée par l'IRDES pour l'année 2002. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales) ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

L'évaluation provisoire ainsi obtenue aboutit à un montant d'environ 8,5 milliards d'euros de dépenses de prévention en 2012, dont 6,2 milliards d'euros seraient pris en charge par l'assurance maladie.

¹ Les auteurs remercient tout particulièrement Christelle Gastaldi-Ménager et Philippe Tuppin pour leur expertise et pour la fourniture des données.

Dix ans après l'IRDES, une actualisation partielle de l'estimation de la prévention au sein de la CSBM

Les travaux menés par la DREES en partenariat avec CNAMTS reprennent en grande partie une méthode d'estimation des dépenses de prévention développée par l'IRDES sur des données de 2002¹.

En premier lieu, le périmètre de soins de prévention a été conservé à l'identique. Une partie conséquente du travail de l'IRDES avait en effet consisté à définir ce concept, notamment à l'aide d'un groupe d'experts pluridisciplinaires réunis en 2004. Ainsi, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à :

- éviter la survenue d'une maladie (ex : vaccins, prophylaxie, prévention des carences nutritionnelles) ;
- dépister les maladies (ex : dépistage néonatal, examens bucco-dentaires, dépistage des cancers) ;
- prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (ex : prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie sans complication, aide au sevrage tabagique).

L'évaluation présentée ici repose avant tout sur cette définition de la prévention. Une définition plus large ou, au contraire, plus restrictive aurait un impact potentiellement important sur l'estimation obtenue.

En second lieu, la méthode élaborée par l'IRDES a été reprise et adaptée aux sources de données qui ont été développées depuis, en particulier le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Pour les postes de soins dont les prestations se réfèrent à une nomenclature médico-économique détaillée dans le SNIIR-AM, les dépenses préventives ont été directement repérées grâce à leur code dans la nomenclature correspondante. Cependant, pour les consultations et visites des médecins et la prescription de certains médicaments, la présente étude s'appuie sur l'Étude permanente de la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health, qui a pour intérêt de renseigner le diagnostic ayant motivé le recours au médecin et la prescription médicamenteuse. À partir de cette source, à l'instar de l'IRDES dans ses travaux, des clés de répartition entre soins préventifs et soins curatifs ont été calculées et appliquées ensuite aux dépenses tirées du Système national inter-régimes (SNIR) ou de l'industrie pharmaceutique (GERS).

Les analyses étant encore en cours pour certains postes de soins, la présente estimation porte sur un champ partiel : les soins de ville (hors sages-femmes, auxiliaires médicaux et hors cures thermales) et les produits de santé.

L'estimation de la dépense de prévention des médecins s'appuyant sur les données du SNIR, elle comprend également par construction une partie des actions préventives des médecins libéraux exerçant en cliniques privées. Toutefois, celles-ci correspondent en pratique à des montants très faibles, compte tenu du ciblage opéré en matière de prestations dans le cadre de l'estimation (consultations, visites et actes CCAM retenus comme préventifs en médecine de ville). Aussi, le champ de l'étude apparaît bien au final assimilable à celui des soins de ville pour les spécialités étudiées.

Une dépense de prévention d'au moins 8,5 milliards d'euros en soins de ville et produits de santé

En 2012, sur le champ partiel des médicaments, dispositifs médicaux et des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux), la prévention représenterait approximativement 8,5 milliards d'euros de dépenses, dont 6,2 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (72,5 %, tableau 1).

La consommation de soins de prévention s'établirait à au moins 3,5 milliards d'euros en 2012 en **soins de ville, hors sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales**. À elles seules, les actions préventives de médecins représenteraient plus de 60 % de ces dépenses (2,2 milliards d'euros). Cet ordre de grandeur sous-estime vraisemblablement l'activité de prévention des médecins : d'une part, la part des consultations et visites préventives n'a pu être calculée que sur le champ de l'EPPM², d'autre part, seuls les actes réalisés uniquement à titre préventif sont comptabilisés, alors que les actes, potentiellement nombreux, pouvant être réalisés selon les cas à titre préventif ou

¹ Cf. Renaud T., Sermet C. avec la collaboration de Minc C. et de Sarlon E., « Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002 », Rapport n°542 (biblio n°1706), série Résultats, avril 2008, IRDES.

² L'EPPM porte sur les **consultations et visites** de 14 spécialités médicales suivantes : omnipraticiens, cardiologues, dermatologues, gynécologues médicaux et obstétriques, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues et urologues. Les consultations et visites des urologues n'ont pas pu être isolées de celles des autres chirurgiens et ne sont donc pas prises en compte dans cette estimation. Les autres spécialités non prises en compte sont : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, anatomocytopathologiste, gériatres. Ces spécialités, dont l'activité est plus technique, représentent peu de consultations et de visites, si bien qu'au total, 93 % des honoraires de consultations et visites des praticiens libéraux sont couverts par le champ de l'EPPM.

curatif, ont par convention été systématiquement exclus de l'estimation. Sur la base de cette estimation, la prévention représenterait près de 11 % des dépenses de médecins (tableau 2).

Tableau 1 : Estimation de la consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive en 2012

En milliards d'euros	Dépense	Montant remboursé
1. Soins de ville - champ partiel	3,5	2,5
Médecins - champ partiel ¹	2,2	1,5
Consultations et visites	1,9	1,3
Actes CCAM	0,3	0,2
Dentistes	0,8	0,6
Analyses de biologie	0,6	0,5
2. Médicaments	4,8	3,5
3. Autres biens médicaux	0,1	0,1
Total	8,5	6,2

Champ : Soins de ville hors auxiliaires médicaux et hors spécialités médicales non prises en compte pour les consultations et visites, hors cures thermales – tous régimes.

Sources : SNIIR-AM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS Health ; calculs DREES ; année 2012

Note : En 2002, pour l'ensemble des postes de soins considéré, l'estimation des dépenses de prévention était de l'ordre de 5,3 milliards d'euros. Cette différence de chiffrage est notamment liée à l'évolution tendancielle des dépenses de santé sur cette décennie ainsi qu'à l'actualisation et à l'amélioration de la méthode de calcul entre les deux exercices.

Tableau 2 : Part des soins préventifs dans le poste de soins correspondant et estimation du taux moyen de remboursement des dépenses de prévention

En %	Part de la prévention dans le total du poste de soins	Estimation du taux moyen de remboursement
1. Soins de ville - champ partiel	10,2	72,2
Médecins - champ partiel ¹	10,9	69,2
Dentistes	7,3	74,5
Analyses de biologie	13,8	80,2
2. Médicaments	14,3	72,4
3. Autres biens médicaux	1,1	82,7
Total	10,5	72,5

Champ : Soins de ville hors auxiliaires médicaux, hors spécialités médicales non prises en compte pour les consultations et visites, hors cures thermales – tous régimes.

Sources : SNIIR-AM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS Health ; calculs DREES ; année 2012

(1) Les éléments de consommation pris en compte couvrent 86 % de la consommation de soins de médecins, soit 17,0 milliards d'euros sur les 19,8 milliards au total en 2012. En effet, seuls les consultations, visites (hors indemnités de déplacement) et les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont pu faire l'objet d'un partage entre préventif et curatif. Pour les consultations et visites, seules les spécialités médicales présentes dans l'EPPM sont prises en compte : omnipraticiens, cardiologues, dermatologues, gynécologues médicaux et obstétriques, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues. Pour les actes CCAM, seuls ceux présentant un caractère intrinsèquement préventifs ont été retenus. Les nombreux actes qui peuvent être effectués soit à titre préventif soit à titre curatif ont été systématiquement exclus, dans l'attente d'un examen approfondi. Aussi, la dépense préventive affichée à ce stade constitue-t-elle un minorant sur le champ des soins prodigués par les professionnels médicaux. Si l'on rapporte la dépense identifiée comme préventive aux 17,0 milliards d'euros du champ partiel couvert, la part de la prévention dans l'activité des médecins est de 12,7 %.

Environ 7 % de la consommation de soins dentaires serait de nature préventive, l'essentiel correspondant à des dépenses de détartrage et de polissage des dents. Cette proportion est près de deux fois plus élevée pour les analyses de biologie. Les principales analyses à visée préventive sont les bilans lipidiques (32 % de la prévention en biologie), les dépistages de maladies infectieuses (30 %) et les identifications de groupes sanguins ou recherche d'anticorps irréguliers (27 %).

Au total, dans l'ensemble des soins de ville considérés, la prévention représenterait 10 % des dépenses.

La part de la prévention apparaît plus élevée au sein de la dépense totale de **médicaments** (14,3 %). On estime en effet à 4,8 milliards d'euros la consommation de médicaments à titre préventif en 2012. La dépense totale liée aux traitements antihypertenseurs et hypolipémiants en représenterait une large majorité (62,5 %, soit 3,0 milliards d'euros). Les montants dédiés à la prévention sont des estimations de la dépense totale, calculées à partir de la

dépense remboursée issue de la cartographie des dépenses de santé récemment mise au point par la CNAMTS¹. Cette cartographie estime la prise en charge de ces deux facteurs de risque pour les patients ne souffrant pas de certaines pathologies indiquant des complications². Viennent ensuite les vaccins et les contraceptifs hormonaux dont les dépenses s'élèvent pour chacun à 500 millions d'euros environ. Les autres dépenses de médicaments à visée préventive se répartissent principalement entre les vitamines et les compléments alimentaires, les produits anti-tabac, ainsi que les traitements du diabète non compliqué ; les autres indications préventives ne totaliseraient qu'une centaine de millions d'euros.

Pour les **autres biens médicaux** inscrits à la liste des produits et des prestations remboursés par l'assurance maladie, le développement du SNIIR-AM a permis d'estimer d'autres dépenses que les seuls dispositifs intra-utérins pris en compte en 2002. Sur l'ensemble de ce poste, la prévention est estimée à 130 millions d'euros en 2012. Elle inclut, par ordre décroissant de dépense, la prévention des escarres, certains dispositifs de contention veineuse, les dispositifs contraceptifs ainsi que les aliments sans gluten.

UN CHAMP À COMPLÉTER, DES TRAVAUX AFFINÉS À REALISER

Étant donné le champ encore restreint de l'estimation à ce stade des travaux, ces 8,5 milliards d'euros ne représentent pas la totalité des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux. Il conviendrait d'y ajouter la prévention relative aux soins de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux pour les soins de ville, et l'intégralité de la partie préventive des soins hospitaliers. Ce champ sera complété ultérieurement afin de disposer d'une estimation couvrant l'ensemble des soins.

En outre, la DREES et la CNAMTS vont initier une réflexion de moyen terme sur la prévention en lien avec les administrations et institutions concernées.

Pour en savoir plus

Renaud T., Sermet C. avec la collaboration de Minc C. et de Sarlon E., « Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002 », Rapport n°542 (bibliographie n°1706), série Résultats, IRDES, avril 2008.

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

CNAMTS, « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 », juillet 2013.

¹ Pour la méthode, cf. annexe 4 du rapport de la CNAMTS, « Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2014 », juillet 2013.

² Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants sans maladie coronaire, ni accident vasculaire cérébral, ni insuffisance cardiaque (aigus ou chroniques), ni artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique terminale.

ANNEXES

1. Les agrégats des Comptes de la santé

1 a La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'Aide médicale d'État (AME) ou pour 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 ; les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement et les SSIAD en sont exclus.

La CSBM regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés ;
- les consommations de soins de ville (soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, analyses médicales et cures thermales) ;
- les consommations de transports de malades ;
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, petits matériels et pansements).

1 b La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat global des Comptes de la santé, elle regroupe la CSBM ainsi que d'autres dépenses courantes de santé :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, 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.

Remarque : une partie des dépenses de recherche est déjà comptabilisé dans la CSBM : le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. Afin d'éliminer les doubles comptes, ces dépenses sont retranchées du total des dépenses courante de 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 dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

1 c Le passage à la base 2010 des Comptes nationaux

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; à l'occasion de la publication en 2014 de la « base 2010 », le niveau du PIB a ainsi été revu à la hausse de 3 % par l'Insee en raison de l'intégration des dépenses de recherche et développement.

Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, ont également fait l'objet de plusieurs modifications lors du passage à la base 2010, intervenu également en 2014.

Ce changement de base n'induit pas de changement notable de champ ni de concept dans les Comptes de la santé. Les modifications apportées portent principalement sur les évaluations des séries et sont essentiellement dues à l'utilisation de sources de données nouvelles ou supplémentaires. Outre les données statistiques de la CNAMTS, la base 2010 mobilise ainsi les données comptables issues des TCDC (tableaux centralisés des données comptables, exprimés en droits constatés) des régimes d'assurance maladie obligatoires ainsi que des données des professionnels du médicament (en particulier, l'automédication en médicaments remboursables est révisée à la baisse grâce à l'utilisation des données du LEEM¹ et de l'AFIPA²). Les Comptes de la santé bénéficient aussi de la révision du compte des hôpitaux publics opérée en base 2010.

¹ LEEM : les entreprises du médicament.

² AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable.

Les différentes corrections apportées au montant de la dépense ont, en outre, un impact sur la répartition du financement de la CSBM entre les différents agents économiques, impact renforcé par la prise en compte en base 2010 des remboursements complémentaires de la CAMIEG créée en 2007, qui n'avaient pu être pris en compte en base 2005¹. De ce fait, la part de la CSBM prise en charge par l'assurance maladie est réévaluée en 2011 de 0,3 point par rapport à la base 2005.

Révisions de la CSBM

Sur l'année 2011 (compte définitif dans les deux bases), l'évaluation de la CSBM est revue à la baisse de 740 millions d'euros (soit -0,4 %) entre la base 2005 et la base 2010 (tableau 1).

Les révisions principales portent sur :

- Les soins hospitaliers publics : baisse de 100 millions due à la révision du compte des hôpitaux publics effectuée par l'Insee et la DGFIP ;
- Les soins hospitaliers privés : baisse de 500 millions notamment en raison de la révision du partage des honoraires des médecins libéraux entre ville et cliniques privées ;
- Les soins de médecins : hausse de 300 millions en raison de la modification de ce partage et pour diverses raisons d'ordre technique (suppression d'un double compte de la médecine de caisse notamment) ;
- La consommation de médicaments : baisse de 350 millions avec la révision de l'automédication en médicaments remboursables non prescrits.

En outre, une modification de périmètre de faible ampleur est apportée aux soins des auxiliaires médicaux avec l'intégration de la part des soins des pédicures-podologues pris en charge par l'assurance maladie (16 millions d'euros en 2011).

Tableau 1 – Passage de la base 2005 à la base 2010 pour la CSBM

(en milliards d'euros)

	Base 2005		Base 2010		écart	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
1- Soins hospitaliers	73,64	83,06	72,88	82,41	-0,77	-0,65
publics	56,48	63,39	56,24	63,29	-0,24	-0,09
privés	17,16	19,67	16,64	19,11	-0,53	-0,56
2- Soins de ville	40,74	45,81	41,35	46,09	0,61	0,28
dont médecins	17,84	19,28	18,26	19,55	0,42	0,27
dentistes	9,31	10,29	9,32	10,29	0,01	0,00
auxiliaires médicaux	9,27	11,55	9,43	11,56	0,16	0,01
analyses	3,99	4,36	4,02	4,36	0,03	0,00
cures thermales	0,32	0,33	0,32	0,33	0,00	0,00
3- Transports de malades	3,23	3,89	3,25	3,87	0,02	-0,02
4- Médicaments	32,70	34,64	32,37	34,29	-0,33	-0,35
5- Autres biens médicaux	10,04	12,20	10,05	12,21	0,01	0,01
CSBM (1+...+5)	160,35	179,61	159,89	178,87	-0,46	-0,74

Source : DREES, Comptes de la santé.

Révision de la dépense courante de santé

Les composantes de la dépense courante de santé (au sens français), hors CSBM, ne subissent aucune modification conceptuelle. Les évaluations sont cependant parfois différentes, en raison de l'exploitation de nouvelles sources de données. Au final, entre la base 2005 et la base 2010, le niveau de la DCS a été revu à la baisse de 660 millions d'euros en 2011, soit -0,3 %.

Il faut noter que les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) avaient été révisés en 2011 en raison d'un changement de réglementation comptable intervenu à compter du 1^{er} janvier 2011. En effet, jusqu'en 2010, la contribution au Fonds CMU des organismes complémentaires était comptabilisée dans un compte de charges de gestion courante ; à partir de 2011, cette contribution est transformée en taxe comptabilisée en compte de tiers, et

¹ Dans les comptes de la santé, l'assurance maladie s'entend au sens large, c'est-à-dire y compris couverture complémentaire de Sécurité sociale des régions d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.

donc exclue des charges de gestion. En base 2010, les coûts de gestion des OC sont donc estimés hors contribution au Fonds CMU.

Tableau 2 – Passage de la base 2005 à la base 2010 pour la DCS

(en milliards d'euros)

	Base 2005		Base 2010		écart	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
1 - CSBM	160,35	179,61	159,89	178,87	-0,46	-0,74
2 - Autres dépenses pour les malades	24,72	30,50	24,85	30,67	0,13	0,16
SSIAD	1,11	1,40	1,11	1,40	0,00	0,00
Soins aux personnes âgées en établissements	5,53	7,96	5,47	7,91	-0,07	-0,05
Soins aux personnes handicapées en étab.	7,28	8,53	7,28	8,53	0,00	0,00
Indemnités journalières	10,80	12,61	11,00	12,83	0,20	0,21
3 - Prévention	5,47	5,79	5,42	5,72	-0,05	-0,07
4 - Dépenses pour le système de soins	10,86	11,89	10,86	11,98	0,00	0,08
Subventions au système de soins	2,07	2,56	2,07	2,56	0,00	0,00
Recherche médicale et pharmaceutique	7,24	7,45	7,24	7,53	0,00	0,07
Formation	1,54	1,88	1,54	1,89	0,00	0,01
5 - Coût de gestion de la santé	12,81	14,08	12,20	14,09	-0,61	0,01
6 - Double compte (recherche pharmaceutique)	-4,06	-3,89	-4,06	-4,00	0,00	-0,11
DCS (1+...+6)	210,15	237,98	209,16	237,32	-0,99	-0,66

Source : DREES, Comptes de la santé.

1 d La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

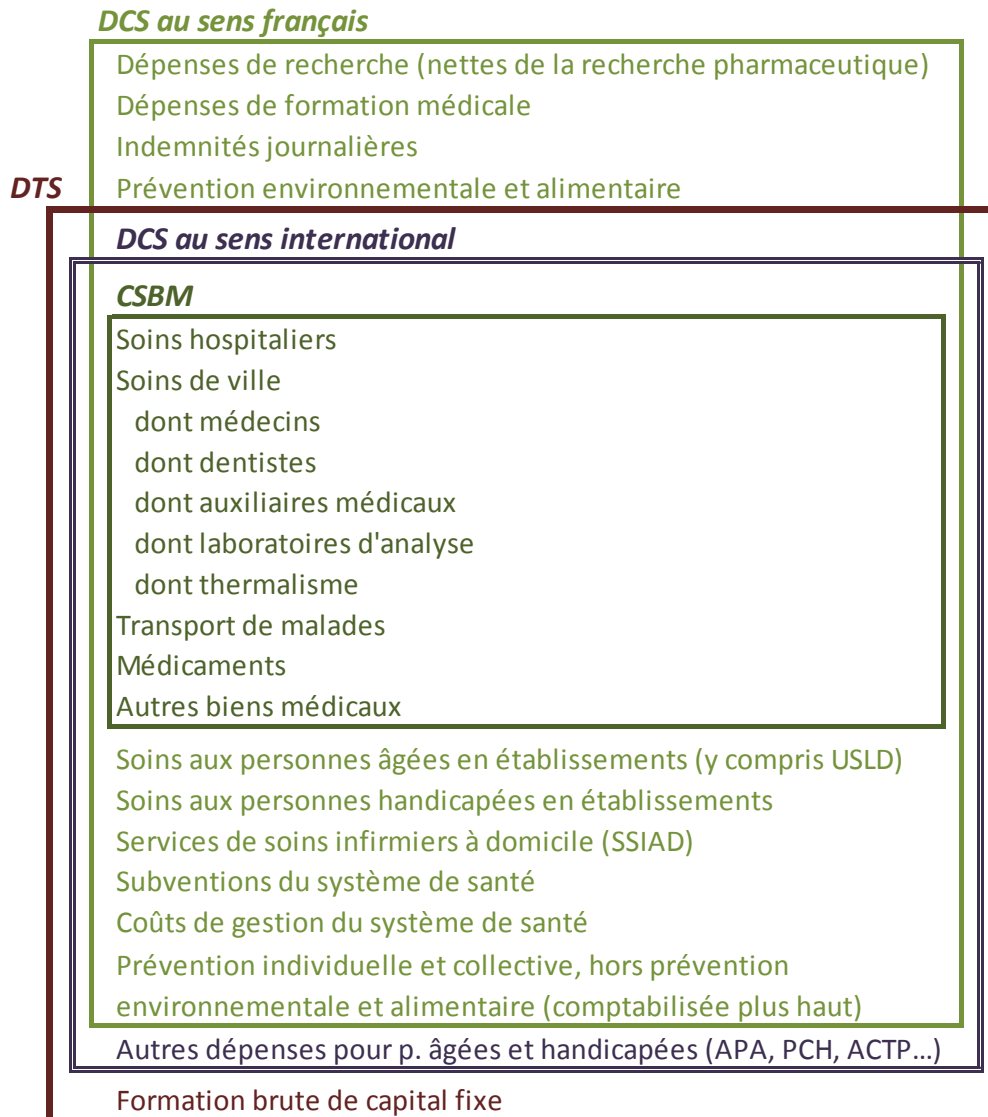
Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépense totale de santé / PIB » ou au ratio « Dépense courante de santé au sens international / PIB ».

La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé 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 l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'APA¹ correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

La dépense courante de santé au sens international est égale à la dépense totale de santé diminuée des dépenses en capital (FBCF) comme figuré au schéma 1.

¹ APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie.

Schéma 1 – Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



(*) Pour l'évaluation de la DCS au sens international les frais de gestion sont réduits du montant des frais de gestion sur indemnités journalières (frais de gestion évalués faute de données précises au prorata des versements correspondants).

Le passage de la DCS au sens français à la DTS est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %)
	2011	2012	2013	2013/2012
CSBM	178,9	182,7	186,7	2,2
DCS (Dépense courante de santé)	237,3	242,4	247,7	2,2
- Indemnités Journalières	-13,4	-13,4	-13,4	0,4
- Prévention environnementale et alimentaire	-1,3	-1,2	-1,2	-4,8
- Recherche nette	-3,5	-3,7	-3,7	-1,0
- Formation	-1,9	-1,9	-2,0	1,7
+ FBCF	9,2	9,2	9,0	-2,1
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	3,3	3,6	3,7	3,2
DTS (Dépense totale de santé)	229,7	234,9	240,2	2,3
PIB	2059,3	2091,1	2113,7	1,1
DTS en % de PIB *	11,2%	11,2%	11,4%	0,1%

Remarque : La part de la DTS dans le PIB est différente de celle du graphique 3 car il s'agit ici du PIB et de la DTS de la base 2010, alors que les données OCDE 2012 sont encore en base 2005.

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010 (campagne de comptes 2012 semi-définitif – 2013 provisoire).

1 e La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n , on estime un compte provisoire pour l'année $n-1$, à partir des informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année $n-2$ qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année $n-3$ révisé le compte semi-définitif.

Ainsi en 2014, on estime un compte provisoire pour 2013, un compte semi-définitif pour 2012 et on arrête un compte définitif pour 2011. Pour le compte provisoire 2013, les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2014.

2. La production des établissements de santé

2 a Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et la nature de leur activité (commerciale ou pas), et non sur leur statut juridique.

- Le « **secteur public** » regroupe l'ensemble des hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (dont les centres chargés de la lutte contre le cancer – CLCC) et quelques établissements privés antérieurement à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998, eux aussi à but non lucratif mais ne participant pas au service public hospitalier. En 2012, le secteur hospitalier public est composé de 931 hôpitaux publics et de 626 établissements privés à but non lucratif (ESPIC ex-DG¹). Ces établissements étaient financés par une dotation globale hospitalière de 1983 à 2004 (**établissements ex-DG**) avant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation, qui en est l'exacte contrepartie.
- Le « **secteur privé** » regroupe l'ensemble des établissements privés à but lucratif et les établissements à but non lucratif ne participant au service public hospitalier (hors les établissements privés à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998). En 2012, le secteur privé hospitalier est composé de 1 030 établissements privés à but lucratif et de 72 établissements à but non lucratif (ESPIC ex-OQN). Il correspond aux établissements dont les dépenses étaient, antérieurement à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, encadrées par un objectif quantifié national (**établissements ex-OQN**).

Dans les Comptes nationaux, lors du passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée (en particulier les soins des unités de soins de longue durée - USLD) ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Depuis lors, ils ne sont plus inclus dans la CSBM. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

Tableau 4 - Répartition des établissements de santé selon leur statut juridique et leur modalité de financement en 2012

Ensemble des établissements (ET) ou des entités juridiques (EJ)	
2 660 ET/EJ	
414 840 lits et 68 049 places	

Selon leur nature juridique		
Secteur public	Secteur privé	
Hôpitaux publics	Non lucratif (*)	Lucratif
931 EJ	699 ET	1 030 ET
258 158 lits	58 137 lits	98 545 lits
40 132 places	12 342 places	15 575 places

Selon leur modalité de financement (retenu en comptabilité nationale)			
Secteur public		Secteur privé	
Hôpitaux publics	Non lucr. ex-DG (**)	Non lucr. ex-OQN (***)	Lucratif
931 EJ	626 ET	72 ET	1 030 ET
258 158 lits	53 242 lits	4 895 lits	98 545 lits
40 132 places	11 553 places	789 places	15 575 places

(*) Essentiellement des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

(**) Comprend les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier et quelques établissements ne participant pas au service public hospitalier mais aussi à but non lucratif ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le financement par dotation globale.

(***) Correspond aux autres établissements à but non lucratif.

Champ : France entière y compris Mayotte, y compris service de santé des armées et y compris USLD.

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel (centres de dialyse et de radiothérapie, services d'hospitalisation à domicile).

Sources : SAE 2012, DREES.

¹ ESPIC : Établissements privés d'intérêt collectif.

2 b Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins à caractère non lucratif, quel que soit leur statut juridique public ou privé, anciennement financés sous dotation globale (ex-DG). Pour ces établissements, un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100 % à partir de 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représentait une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), non soumises à la T2A, ont été créées plusieurs dotations différenciées.

Les Comptes de la santé s'attachent avant tout à estimer la Consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe¹...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues depuis la base 2000 de la CSBM..

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande
Rémunération des salariés	<i>dont Prestations de protection sociale</i>
Impôts nets des subventions sur la production	<i>dont Paiements partiels</i>
Consommation de capital fixe	Ventes résiduelles

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

La production non-marchande se décompose entre les paiements partiels (ménages et organismes complémentaires) et les prestations de protection sociale.

Par construction, elle est également égale à la somme des paiements partiels, des transferts des administrations publiques (Sécurité sociale, notamment T2A, et État), du solde des produits et charges divers (frais financiers, etc.), diminuée de l'épargne nette. Schématiquement, la production non-marchande des hôpitaux publics se déduit ainsi de la somme des financements (financement public, financement privé, financement par la dette). Elle inclut donc implicitement le déficit.

2 c Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier.

Ces établissements étaient rémunérés par des prix de journées et des forfaits techniques encadrés par un objectif quantifié national (établissements ex-OQN). Mais depuis le 1^{er} mars 2005, la réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a progressivement été appliquée sur la totalité de l'activité MCO.

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.

¹ La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche de la dotation aux amortissements.

3. Des indices spécifiques au secteur de la santé

3 a Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale ¹

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. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. 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, et 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 = Quantité x Prix.

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 qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$\text{Valeur} = \text{Volume} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année de base}}$$

Depuis la base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités. Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47 €	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10 €	12 200

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :

- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200 / 10 400, soit + 17,3 % ;
- l'évolution du **volume** serait celles des quantités : 2 000 / 1 900, soit + 5,3 % ;
- l'évolution des **prix** se déduirait de celles du volume et de la valeur :

Indice de Prix = Indice de Valeur / Indice de Volume, soit + 11,4 %.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit « de meilleure qualité » ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer « l'effet prix » de « l'effet volume » dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :

- valeur à prix constants du médicament 1 : 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 : 1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (c'est-à-dire un volume) de 11 200 M€ ;

¹ Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n°198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

- la variation en **volume** est alors de 11 200 / 10 400, soit **+ 7,7 %** ;
- la variation des **prix** est de 12 200 / 11 200, soit **+ 8,9 %**.

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet « qualité ». Ce terme « qualité » se réfère uniquement aux caractéristiques particulières du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de « nature » plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1. La variation de prix apparente (+ 11,4 %) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de + 11,4 % à + 8,9 %. La variation du volume intègre ainsi l'effet « qualité » : elle est de 7,7 % alors que la simple hausse des quantités est de 5,3 %.

La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année $n-1$, l'absence d'indice étant relatif à l'année n .

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres et les indices de prix des indices de Paasche.

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

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 les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

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.

3 b L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, les établissements du secteur public hospitalier voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume (méthode input).

Depuis la base 2000, sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes se fasse par une méthode de mesure directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

On élabore désormais un indice de volume de la production 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. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output »

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Méthode "input"	1,005	1,013	1,015	1,020	1,016	1,015	1,016	1,010	1,007	1,009
Méthode "output"	1,005	1,013	1,015	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030	1,028	1,027
Ecart entre "input" et "output"	0,000	0,000	0,000	-0,004	-0,003	0,011	0,014	0,020	0,021	0,018

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La méthode « output » était utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé uniquement pour le compte définitif jusqu'en 2011. À partir de 2012, la méthode « output » a été utilisée dès le compte provisoire, c'est-à-dire pour le compte provisoire de l'année 2011.

La méthode « output » est exposée de façon détaillée dans le document de travail n°118 de la DREES publié en mars 2012 : « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina.

3 c Le prix des soins dans les cliniques privées

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).

3 d Le prix des soins de médecins

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, 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 les rémunérations forfaitaires non facturées aux ménages et prises en charge par l'assurance maladie (comme la ROSP par exemple). Ces rémunérations forfaitaires sont dès lors implicitement incluses dans l'indice de volume.

Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

3 e 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. Par construction, cette méthode revient à comptabiliser 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.

Les médicaments remboursables représentent près de 90 % des dépenses en médicaments. La baisse de prix des médicaments remboursables est à mettre directement en rapport avec les politiques publiques, notamment le développement des génériques. Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps (- 20 % en moyenne), son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés. Ce déremboursement 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 l'Insee Première n° 1408 publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

3 f 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, ainsi que ceux des nutriments spécifiques, des gaz industriels (oxygénothérapie), de 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 CNAMTS à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements¹.

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 « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAMTS, Points de repère, n° 15, mai 2008.

4. Liste des sigles utilisés

A

AcBUS : Accord de bon usage des soins
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : Automatisation DEs LListes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)
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
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASMR : Amélioration du service médical rendu (médicament)
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
CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE : Centre nationale 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
DG Trésor : Direction générale du trésor
DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialité
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
EPAS : Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie
EPHMRA : 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
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
FSE : Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

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

ICM : Indice comparatif de mortalité
IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion (anti-hypertenseur)
IEM : Institut d'éducation motrice
IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers
IGN : Institut géographique national
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
InVS : Institut national de veille sanitaire
IP : Institution de prévoyance
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons (anti-ulcéreux)
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 d'assurance maladie
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 (ex) : Objectif quantifié national

P

PCH : Prestation de compensation du handicap
PIB : Produit intérieur brut
PJP (ex) : Établissement hospitalier à 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
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-régime 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

TABLEAUX DÉTAILLÉS

2006-2013

Consommation de soins et de biens médicaux

Valeur (millions d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	70 584	72 877	75 342	78 301	80 326	82 408	84 547	86 707
• Secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 963	66 770
• Secteur privé	16 199	16 636	17 403	18 089	18 625	19 113	19 585	19 938
2. SOINS DE VILLE	39 502	41 350	42 534	43 697	44 464	46 087	47 485	48 927
• Médecins	17 472	18 263	18 619	18 962	18 797	19 553	20 016	20 464
• Auxiliaires Médicaux	8 763	9 433	9 988	10 572	11 098	11 556	12 334	13 145
- infirmiers	4 119	4 470	4 798	5 249	5 605	5 900	6 348	6 807
- masseurs-kinésithérapeutes	3 873	4 157	4 327	4 419	4 539	4 659	4 933	5 212
- autres	771	806	864	904	955	996	1 052	1 126
• Dentistes	9 063	9 320	9 511	9 658	9 992	10 291	10 484	10 637
• Analyses	3 899	4 018	4 104	4 191	4 252	4 360	4 302	4 318
• Cures Thermales (forfait soins)	305	315	312	313	325	327	349	363
3. TRANSPORTS DE MALADES	3 112	3 248	3 398	3 612	3 795	3 870	4 068	4 302
4. MEDICAMENTS	31 178	32 365	33 137	33 575	33 967	34 288	33 878	33 453
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	9 289	10 054	10 639	10 967	11 586	12 215	12 674	13 359
• Optique	4 311	4 571	4 697	4 903	5 142	5 443	5 551	5 741
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 691	1 825	1 953	2 039	2 147	2 272	2 361	2 534
• Petits matériels et pansements	3 287	3 658	3 989	4 026	4 297	4 499	4 763	5 085
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
6. MEDECINE PREVENTIVE	3 012	3 166	3 294	3 436	3 394	3 420	3 420	3 499
• Prévention individuelle primaire	2 493	2 597	2 706	2 822	2 790	2 798	2 805	2 877
• Prévention individuelle secondaire	519	568	588	615	604	622	615	622
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	156 676	163 060	168 345	173 588	177 532	182 287	186 072	190 247

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de valeur

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	103,2	103,4	103,9	102,6	102,6	102,6	102,6
• Secteur public	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8
• Secteur privé	102,7	104,6	103,9	103,0	102,6	102,5	101,8
2. SOINS DE VILLE	104,7	102,9	102,7	101,8	103,6	103,0	103,0
• Médecins	104,5	101,9	101,8	99,1	104,0	102,4	102,2
• Auxiliaires Médicaux	107,6	105,9	105,8	105,0	104,1	106,7	106,6
- infirmiers	108,5	107,3	109,4	106,8	105,3	107,6	107,2
- masseurs-kinésithérapeutes	107,4	104,1	102,1	102,7	102,7	105,9	105,7
- autres	104,5	107,2	104,7	105,6	104,3	105,6	107,0
• Dentistes	102,8	102,0	101,5	103,5	103,0	101,9	101,5
• Analyses	103,1	102,1	102,1	101,5	102,5	98,7	100,4
• Cures Thermales (forfait soins)	103,3	99,0	100,3	103,7	100,6	106,7	104,2
3. TRANSPORTS DE MALADES	104,4	104,6	106,3	105,1	102,0	105,1	105,8
4. MEDICAMENTS	103,8	102,4	101,3	101,2	100,9	98,8	98,7
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	108,2	105,8	103,1	105,6	105,4	103,8	105,4
• Optique	106,0	102,8	104,4	104,9	105,8	102,0	103,4
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,9	107,0	104,4	105,3	105,8	103,9	107,3
• Petits matériels et pansements	111,3	109,1	100,9	106,7	104,7	105,9	106,8
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	104,1	103,2	103,1	102,3	102,7	102,1	102,2
6. MEDECINE PREVENTIVE	105,1	104,1	104,3	98,8	100,8	100,0	102,3
• Prévention individuelle primaire	104,2	104,2	104,3	98,9	100,3	100,2	102,6
• Prévention individuelle secondaire	109,6	103,4	104,6	98,2	103,0	98,8	101,2
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	104,1	103,2	103,1	102,3	102,7	102,1	102,2

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de prix

Indices de prix : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,0	100,5	100,8	99,8	99,9	100,0	100,5
• Secteur public	102,1	100,4	100,9	99,5	99,8	100,0	100,8
• Secteur privé	101,4	100,9	100,5	100,5	100,6	100,3	99,7
2. SOINS DE VILLE	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9	100,8
• Médecins	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1
• Auxiliaires Médicaux	100,8	101,7	101,8	100,3	100,0	101,9	102,2
• Dentistes	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9	100,8
• Analyses	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Cures Thermales	106,4	103,2	102,7	102,1	102,7	102,7	101,8
3. TRANSPORTS DE MALADES	101,5	101,5	103,3	100,8	100,7	101,6	103,4
4. MEDICAMENTS	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,8	95,6
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,5	101,6	101,2	100,5	100,5	100,5	100,4
• Optique	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8	100,5
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	100,1	100,5	100,2	100,8	100,2	99,5	100,2
• Petits matériels et pansements	100,4	102,1	102,0	100,8	101,3	100,8	100,5
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	100,9	100,3	100,2	99,6	99,9	99,7	99,7

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Consommation de soins et de biens médicaux

Indices de volume

Indices de volume : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,3	102,9	103,1	102,8	102,6	102,5	102,0
• Secteur public	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0
• Secteur privé	101,3	103,7	103,4	102,4	102,0	102,2	102,2
2. SOINS DE VILLE	102,8	101,4	101,9	101,2	102,5	102,1	102,2
• Médecins	101,5	100,4	101,7	98,8	101,9	101,9	102,1
• Auxiliaires Médicaux	106,8	104,1	103,9	104,6	104,1	104,8	104,3
• Dentistes	101,5	100,2	100,4	102,2	101,9	100,9	100,6
• Analyses	103,1	102,1	102,1	101,5	102,5	98,7	100,4
• Cures Thermales	97,0	96,0	97,6	101,6	98,0	103,9	102,4
3. TRANSPORTS DE MALADES	102,8	103,1	102,9	104,2	101,2	103,5	102,3
4. MEDICAMENTS	106,4	104,7	104,0	103,4	103,0	102,0	103,3
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	107,7	104,2	101,8	105,1	104,9	103,2	105,0
• Optique	105,3	101,2	103,3	104,7	105,8	101,2	102,9
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,8	106,5	104,2	104,5	105,6	104,4	107,2
• Petits matériels et pansements	110,9	106,8	98,9	105,9	103,4	105,0	106,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	103,1	102,9	102,9	102,7	102,8	102,4	102,5

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépense courante de santé

Valeur (millions d'euros courants)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	177 350	184 746	191 799	198 857	203 947	209 536	213 894	218 740
11. SOINS ET BIENS MÉDICAUX	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
• Soins aux particuliers	113 197	117 475	121 275	125 609	128 585	132 364	136 100	139 937
- soins hospitaliers	70 584	72 877	75 342	78 301	80 326	82 408	84 547	86 707
• Secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 963	66 770
• Secteur privé	16 199	16 636	17 403	18 089	18 625	19 113	19 585	19 938
- Soins de ville	39 502	41 350	42 534	43 697	44 464	46 087	47 485	48 927
- Transports de malades	3 112	3 248	3 398	3 612	3 795	3 870	4 068	4 302
• Médicaments	31 178	32 365	33 137	33 575	33 967	34 288	33 878	33 453
• Autres biens médicaux	9 289	10 054	10 639	10 967	11 586	12 215	12 674	13 359
12. SOINS DE LONGUE DUREE	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 186
- SSIAD	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538
- Soins aux personnes âgées en établissements	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595
- Soins aux personnes handicapées en établissements	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 054
13. INDEMNITES JOURNALIERES	10 748	11 001	11 594	12 144	12 603	12 827	12 750	12 805
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	5 240	5 416	5 647	6 403	5 697	5 718	5 838	5 846
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	2 964	3 089	3 194	3 331	3 289	3 313	3 319	3 397
- Prévention primaire	2 495	2 599	2 708	2 823	2 791	2 800	2 807	2 878
- Prévention secondaire	469	490	486	508	498	514	512	519
22 - PREVENTION COLLECTIVE	2 276	2 327	2 453	3 072	2 408	2 404	2 519	2 449
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	10 632	10 859	11 461	11 461	11 663	11 975	12 089	12 183
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 660	2 797
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 498	7 421
33. DÉPENSES DE FORMATION	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 966
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	11 873	12 198	12 797	13 225	13 578	14 086	14 329	14 722
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-3 850	-4 056	-4 131	-4 060	-3 887	-3 999	-3 797	-3 759
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	201 245	209 164	217 573	225 885	230 998	237 316	242 352	247 732

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépense courante de santé

Indices de valeur

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	104,2	103,8	103,7	102,6	102,7	102,1	102,3
11. SOINS ET BIENS MÉDICAUX	104,1	103,2	103,1	102,3	102,7	102,1	102,2
• Soins aux particuliers	103,8	103,2	103,6	102,4	102,9	102,8	102,8
- Soins hospitaliers	103,2	103,4	103,9	102,6	102,6	102,6	102,6
• Secteur public	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8
• Secteur privé	102,7	104,6	103,9	103,0	102,6	102,5	101,8
- Soins de ville	104,7	102,9	102,7	101,8	103,6	103,0	103,0
- Transports de malades	104,4	104,6	106,3	105,1	102,0	105,1	105,8
• Médicaments	103,8	102,4	101,3	101,2	100,9	98,8	98,7
• Autres biens médicaux	108,2	105,8	103,1	105,6	105,4	103,8	105,4
12. SOINS DE LONGUE DUREE	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,8
- SSIAD	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1	104,6
- Soins aux personnes âgées en établissements	109,0	114,3	115,5	105,6	103,9	104,5	104,0
- Soins aux personnes handicapées en établissements	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6	103,4
13. INDEMNITES JOURNALIERES	102,4	105,4	104,8	103,8	101,8	99,4	100,4
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,4	104,3	113,4	89,0	100,4	102,1	100,1
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	104,2	103,4	104,3	98,7	100,7	100,2	102,4
- Prévention primaire	104,2	104,2	104,3	98,9	100,3	100,3	102,6
- Prévention secondaire	104,4	99,1	104,4	98,1	103,2	99,7	101,3
22 - PREVENTION COLLECTIVE	102,2	105,4	125,2	78,4	99,8	104,8	97,2
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	102,1	105,5	100,0	101,8	102,7	101,0	100,8
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	91,1	105,6	101,7	107,7	106,9	103,8	105,2
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	103,0	105,1	97,9	99,6	101,4	99,6	99,0
33. DÉPENSES DE FORMATION	116,8	107,7	107,4	103,4	102,4	102,3	101,7
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	102,7	104,9	103,3	102,7	103,7	101,7	102,7
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	105,4	101,9	98,3	95,7	102,9	95,0	99,0
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	103,9	104,0	103,8	102,3	102,7	102,1	102,2

Source : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2006

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	50 331	737	1 357	559	289	1 111		54 385
Hôpitaux du secteur Privé	14 601	66	502	251	130	648		16 199
Sous-total : Soins hospitaliers	64 932	803	1 859	811	419	1 760		70 584
Médecins (3)	11 798	323	1 747	807	660	2 198		17 533
Auxiliaires (3)	7 093	83	702	243	167	719		9 007
Dentistes	3 235	254	1 799	702	693	2 381		9 063
Laboratoires d'analyses	2 853	78	522	236	123	87		3 899
Sous-total : Soins de ville	24 978	738	4 770	1 988	1 643	5 384		39 502
Transports de malades	2 891	24	77	31	14	73		3 112
Total : Prestataires de soins	92 802	1 565	6 706	2 830	2 076	7 217		113 197
Officines pharmaceutiques	21 409	467	3 276	1 228	758	4 041		31 178
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 815	78	1 773	624	717	2 282		9 289
Total : Biens médicaux	25 224	544	5 048	1 852	1 475	6 323		40 467
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	118 025	2 109	11 755	4 682	3 552	13 541		153 664
SSIAD	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissements	5 016							5 016
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 904							6 904
Indemnités journalières	10 748							10 748
DÉPENSES POUR LES MALADES	141 711	2 109	11 755	4 682	3 552	13 541		177 350
Prévention individuelle	367	1 353					1 244	2 964
Prévention collective	430	1 809					38	2 276
TOTAL : PRÉVENTION	797	3 162					1 282	5 240
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 277							2 277
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035
FORMATION	13	1 223				51	33	1 320
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	6 431	641	2 620	1 566	589		25	11 873
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 850	-3 850
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	151 229	10 233	14 375	6 248	4 141	13 592	1 428	201 245

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2007

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	51 979	746	1 443	614	322	1 136		56 241
Hôpitaux du secteur Privé	14 903	68	561	289	152	663		16 636
Sous-total : Soins hospitaliers	66 883	814	2 004	903	474	1 799		72 877
Médecins (3)	12 305	327	1 796	838	679	2 381		18 326
Auxiliaires (3)	7 628	86	703	252	179	836		9 685
Dentistes	3 281	291	1 838	745	736	2 429		9 320
Laboratoires d'analyses	2 893	79	564	254	141	87		4 018
Sous-total : Soins de ville	26 108	783	4 901	2 089	1 735	5 733		41 350
Transports de malades	3 013	27	82	35	16	75		3 248
Total : Prestataires de soins	96 004	1 624	6 988	3 027	2 225	7 607		117 475
Officines pharmaceutiques	22 211	458	3 371	1 260	765	4 299		32 365
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 206	80	1 848	740	791	2 390		10 054
Total : Biens médicaux	26 416	538	5 219	2 000	1 556	6 689		42 419
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	122 421	2 162	12 207	5 027	3 781	14 296		159 894
SSIAD	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissements	5 466							5 466
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 279							7 279
Indemnités journalières	11 001							11 001
DÉPENSES POUR LES MALADES	147 273	2 162	12 207	5 027	3 781	14 296		184 746
Prévention individuelle	358	1 449					1 283	3 089
Prévention collective	470	1 817					41	2 327
TOTAL : PRÉVENTION	827	3 265					1 323	5 416
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 074							2 074
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243
FORMATION	14	1 439				53	35	1 542
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	6 589	670	2 650	1 657	609		24	12 198
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 056	-4 056
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	156 778	10 653	14 856	6 684	4 390	14 349	1 453	209 164

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2008

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	53 522	772	1 489	691	337	1 128		57 939
Hôpitaux du secteur Privé	15 626	72	579	325	158	642		17 403
Sous-total : Soins hospitaliers	69 148	844	2 069	1 016	495	1 770		75 342
Médecins (3)	12 453	321	1 869	907	684	2 448		18 682
Auxiliaires (3)	8 009	87	764	278	187	912		10 238
Dentistes	3 269	277	1 923	833	796	2 413		9 511
Laboratoires d'analyses	2 885	75	603	289	145	107		4 104
Sous-total : Soins de ville	26 617	760	5 159	2 307	1 811	5 880		42 534
Transports de malades	3 132	27	90	41	17	92		3 398
Total : Prestataires de soins	98 897	1 632	7 317	3 364	2 323	7 741		121 275
Officines pharmaceutiques	22 068	421	3 339	1 299	764	5 246		33 137
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 544	80	1 946	853	873	2 343		10 639
Total : Biens médicaux	26 612	501	5 285	2 152	1 638	7 589		43 777
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	125 509	2 133	12 603	5 517	3 961	15 330		165 051
SSIAD	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissements	6 246							6 246
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 697							7 697
Indemnités journalières	11 594							11 594
DÉPENSES POUR LES MALADES	152 256	2 133	12 603	5 517	3 961	15 330		191 799
Prévention individuelle	364	1 488					1 342	3 194
Prévention collective	497	1 910					47	2 453
TOTAL : PRÉVENTION	861	3 398					1 389	5 647
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 189							2 189
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 401					4 210	7 611
FORMATION	15	1 553				56	37	1 660
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 008	693	2 664	1 792	620		21	12 797
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 131	-4 131
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	162 329	11 177	15 267	7 308	4 581	15 385	1 526	217 573

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2009

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	55 597	829	1 562	718	340	1 164		60 211
Hôpitaux du secteur Privé	16 260	75	593	338	160	664		18 089
Sous-total : Soins hospitaliers	71 857	904	2 155	1 056	500	1 829		78 301
Médecins (3)	12 571	326	1 905	956	695	2 571		19 025
Auxiliaires (3)	8 496	87	807	293	201	939		10 823
Dentistes	3 282	284	1 927	905	834	2 426		9 658
Laboratoires d'analyses	2 943	76	604	295	164	110		4 191
Sous-total : Soins de ville	27 293	773	5 243	2 448	1 894	6 046		43 697
Transports de malades	3 328	29	92	47	20	96		3 612
Total : Prestataires de soins	102 478	1 706	7 490	3 551	2 413	7 971		125 609
Officines pharmaceutiques	22 414	413	3 429	1 360	767	5 191		33 575
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 586	83	2 014	926	933	2 424		10 967
Total : Biens médicaux	27 000	497	5 443	2 286	1 701	7 616		44 542
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	129 477	2 203	12 933	5 837	4 114	15 587		170 152
SSIAD	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissements	7 214							7 214
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 035							8 035
Indemnités journalières	12 144							12 144
DÉPENSES POUR LES MALADES	158 182	2 203	12 933	5 837	4 114	15 587		198 857
Prévention individuelle	423	1 522					1 386	3 331
Prévention collective	663	2 361					49	3 072
TOTAL : PRÉVENTION	1 085	3 883					1 435	6 403
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 226							2 226
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 344					4 108	7 451
FORMATION	16	1 675				57	36	1 784
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 331	721	2 662	1 868	625		18	13 225
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 060	-4 060
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	168 840	11 826	15 595	7 706	4 739	15 643	1 537	225 885

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2010

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	56 833	872	1 694	816	363	1 123		61 701
Hôpitaux du secteur Privé	16 654	82	659	384	171	675		18 625
Sous-total : Soins hospitaliers	73 488	954	2 353	1 200	534	1 798		80 326
Médecins (3)	12 507	323	1 866	954	687	2 525		18 862
Auxiliaires (3)	8 950	90	811	322	214	972		11 358
Dentistes	3 309	297	1 954	1 000	863	2 569		9 992
Laboratoires d'analyses	2 988	77	621	312	159	95		4 252
Sous-total : Soins de ville	27 754	787	5 251	2 588	1 922	6 161		44 464
Transports de malades	3 491	32	103	55	20	95		3 795
Total : Prestataires de soins	104 732	1 773	7 707	3 844	2 477	8 053		128 585
Officines pharmaceutiques	22 682	417	3 265	1 374	759	5 469		33 967
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 884	86	2 098	1 084	995	2 439		11 586
Total : Biens médicaux	27 567	504	5 363	2 458	1 753	7 908		45 553
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	132 299	2 276	13 070	6 302	4 230	15 962		174 139
SSIAD	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	7 617							7 617
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 255							8 255
Indemnités journalières	12 603							12 603
DÉPENSES POUR LES MALADES	162 107	2 276	13 070	6 302	4 230	15 962		203 947
Prévention individuelle	382	1 515					1 392	3 289
Prévention collective	509	1 851					47	2 408
TOTAL : PRÉVENTION	891	3 366					1 439	5 697
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 397							2 397
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 498					3 923	7 421
FORMATION	16	1 732				58	37	1 844
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 287	751	2 873	1 970	669		28	13 578
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 887	-3 887
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	172 700	11 624	15 943	8 272	4 899	16 020	1 540	230 998

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2011

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	58 084	927	1 729	901	424	1 228		63 294
Hôpitaux du secteur Privé	17 056	86	656	424	191	700		19 113
Sous-total : Soins hospitaliers	75 141	1 014	2 385	1 326	615	1 928		82 408
Médecins (3)	12 995	339	1 988	1 046	737	2 514		19 619
Auxiliaires (3)	9 337	95	861	352	224	948		11 817
Dentistes	3 360	311	2 006	1 074	902	2 638		10 291
Laboratoires d'analyses	3 058	78	638	320	168	99		4 360
Sous-total : Soins de ville	28 749	824	5 493	2 792	2 030	6 198		46 087
Transports de malades	3 583	34	100	58	19	75		3 870
Total : Prestataires de soins	107 473	1 872	7 978	4 176	2 663	8 202		132 364
Officines pharmaceutiques	22 890	426	3 065	1 393	760	5 754		34 288
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 087	95	2 269	1 166	1 093	2 505		12 215
Total : Biens médicaux	27 977	521	5 334	2 560	1 852	8 259		46 503
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	135 450	2 393	13 312	6 736	4 515	16 461		178 867
SSIAD	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissements	7 914							7 914
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 531							8 531
Indemnités journalières	12 827							12 827
DÉPENSES POUR LES MALADES	166 120	2 393	13 312	6 736	4 515	16 461		209 536
Prévention individuelle	381	1 516					1 416	3 313
Prévention collective	508	1 843					53	2 404
TOTAL : PRÉVENTION	890	3 359					1 469	5 718
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 562							2 562
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 490					4 035	7 525
FORMATION	17	1 774				60	37	1 888
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 249	792	3 046	2 196	769		34	14 086
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 999	-3 999
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	176 837	11 807	16 358	8 932	5 284	16 521	1 577	237 316

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2012

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	59 574	928	1 801	903	458	1 299		64 963
Hôpitaux du secteur Privé	17 414	95	683	425	206	761		19 585
Sous-total : Soins hospitaliers	76 988	1 023	2 485	1 328	663	2 061		84 547
Médecins (3)	13 358	342	2 036	1 142	706	2 502		20 086
Auxiliaires (3)	9 975	101	891	379	223	1 042		12 613
Dentistes	3 385	318	2 057	1 124	939	2 661		10 484
Laboratoires d'analyses	3 017	77	597	320	177	114		4 302
Sous-total : Soins de ville	29 736	838	5 581	2 965	2 046	6 320		47 485
Transports de malades	3 789	36	102	54	19	69		4 068
Total : Prestataires de soins	110 512	1 897	8 167	4 346	2 727	8 450		136 100
Officines pharmaceutiques	22 724	416	2 946	1 352	725	5 716		33 878
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	5 320	101	2 448	1 329	1 178	2 298		12 674
Total : Biens médicaux	28 043	517	5 395	2 681	1 903	8 014		46 553
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	138 556	2 414	13 562	7 027	4 631	16 463		182 653
SSIAD	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissements	8 267							8 267
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 755							8 755
Indemnités journalières	12 750							12 750
DÉPENSES POUR LES MALADES	169 797	2 414	13 562	7 027	4 631	16 463		213 894
Prévention individuelle	380	1 531					1 408	3 319
Prévention collective	529	1 941					49	2 519
TOTAL : PRÉVENTION	909	3 472					1 457	5 838
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 660							2 660
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 620					3 877	7 498
FORMATION	17	1 816				62	37	1 932
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 247	830	3 209	2 213	790		39	14 329
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 797	-3 797
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	180 630	12 153	16 771	9 240	5 421	16 525	1 613	242 352

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

Dépenses de santé par type de financement en 2013

En millions d'euros

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	61 223	1 002	1 803	994	463	1 285		66 770
Hôpitaux du secteur Privé	17 720	103	684	447	218	767		19 938
Sous-total : Soins hospitaliers	78 942	1 104	2 487	1 441	681	2 052		86 707
Médecins (3)	13 700	358	2 065	1 199	725	2 489		20 537
Auxiliaires (3)	10 644	111	944	429	237	1 071		13 436
Dentistes	3 418	343	2 072	1 143	968	2 693		10 637
Laboratoires d'analyses	3 031	83	580	322	183	119		4 318
Sous-total : Soins de ville	30 794	896	5 660	3 093	2 113	6 372		48 927
Transports de malades	4 004	40	113	59	18	69		4 302
Total : Prestataires de soins	113 740	2 040	8 260	4 593	2 811	8 492		139 937
Officines pharmaceutiques	22 585	424	2 763	1 353	673	5 655		33 453
Autres biens médicaux en ambulatoire	5 667	110	2 551	1 400	1 304	2 327		13 359
Total : Biens médicaux	28 252	534	5 314	2 753	1 977	7 982		46 812
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	141 992	2 573	13 574	7 346	4 788	16 474		186 749
SSIAD	1 538							1 538
Soins aux personnes âgées en établissements	8 595							8 595
Soins aux personnes handicapées en établissements	9 054							9 054
Indemnités journalières	12 805							12 805
DÉPENSES POUR LES MALADES	173 983	2 573	13 574	7 346	4 788	16 474		218 740
Prévention individuelle	386	1 580					1 431	3 397
Prévention collective	544	1 854					51	2 449
TOTAL : PRÉVENTION	930	3 434					1 482	5 846
SUBVENTIONS AU SYSTEME DE SOINS	2 797							2 797
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 583					3 837	7 421
FORMATION	17	1 848				63	37	1 966
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 449	887	3 257	2 315	799		16	14 722
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 759	-3 759
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	185 176	12 326	16 831	9 661	5 587	16 537	1 614	247 732

(1) y compris déficit 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, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2010.

