

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 de 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 légère baisse du niveau du PIB en base 2005.

À l'occasion de la publication de cette nouvelle base dite « base 2005 », le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été également été revus (cf. encadré 1).

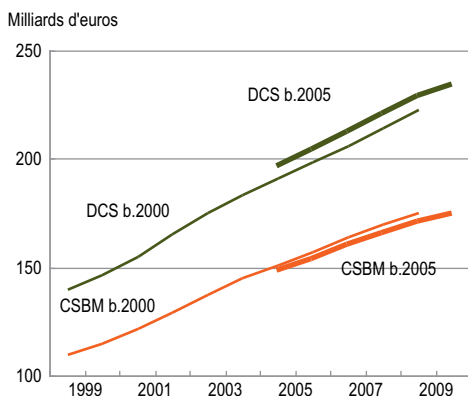
En base 2005, la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** est évaluée 175 milliards d'euros en 2010, soit un niveau un peu inférieur à celui de la

base 2000 (graphique 1A). Elle atteint 2 698 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 9 % du PIB en 2010 comme en 2009 ; en base 2000, elle représentait en 2009 9,2 % du PIB (graphique 1B).

Du fait de l'intégration en nouvelle base des soins de longue durée aux personnes handicapées hébergées en établissement dans la **dépense courante de santé (DCS)**, le montant de cette dernière est en revanche supérieur à ce qu'il était en base 2000. Il s'élève en 2010 à 234,1 milliards d'euros, soit 12,1 % du PIB (en 2009, il représentait également 12,1 % du PIB contre 11,7 % en base 2000).

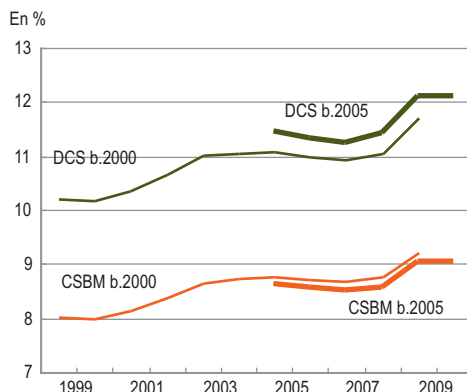
Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2007 se poursuit en 2010 : +2,3 % en valeur après +3,2 % en 2009 ; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie. La DCS progresse de 2,3 % par rapport à 2009. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 où sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, celle-ci retrouve un rythme proche de celui de la CSBM.

GRAPHIQUE 1A ● CSBM et DCS :
de la base 2000 à la base 2005



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 1B ● Part de la CSBM et de la DCS
dans le PIB



Sources • DREES, Comptes de la santé.

ENCADRÉ 1 ● Le passage de la base 2000 à la base 2005 dans les Comptes de la santé

Les modifications portent d'une part sur les concepts et le champ des Comptes de la santé, et d'autre part sur les évaluations des séries. Elles concernent essentiellement :

- la redéfinition des contours des soins hospitaliers publics et privés et des soins de médecins ;
- la révision de certains niveaux (analyses, médicaments, prothèses) ;
- la prise en compte des soins de longue durée aux personnes handicapées et non plus seulement aux personnes âgées ;
- l'intégration de nouvelles données sur les subventions au système de soins et les frais de gestion ;
- le traitement des échanges extérieurs.

1 – Les soins de médecins : changement de frontière entre les soins hospitaliers et les soins de ville
En base 2000, c'est l'optique « Fonction de soins » qui avait prévalu dans les définitions des soins hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires. On avait ainsi choisi d'ajouter les consultations externes des médecins des hôpitaux publics aux soins de médecins en ambulatoire, et de rattacher les soins de médecins effectués dans le cadre d'une hospitalisation complète aux soins reçus en établissement privé.

Les soins étaient évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public : Production non marchande de santé des hôpitaux - Consultations externes
 (INSEE-DGFIP)

Secteur hospitalier privé : Frais de séjour hors Médicaments et LPP
 (Stat mensuelle CNAM) Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires essentiellement médicaux, mais aussi d'autres prestataires)
 + Médicaments et LPP

Médecins en ambulatoire : Honoraires totaux - Honoraires perçus lors d'une hospitalisation
 (Stat mensuelle CNAM) privée complète
 + Consultations externes des hôpitaux du secteur public

En base 2005, c'est l'optique « Lieu d'exécution des soins » qui est retenue pour la construction des Comptes de la santé. Cette optique correspond à l'optique « Producteurs (ou prestataires) de soins » utilisée par l'INSEE en comptabilité nationale ou encore à la nomenclature HP (Health Producer) du système des comptes internationaux de la santé (SHA).

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public : Production non marchande de santé des hôpitaux
 (INSEE-DGFIP) (y compris Consultations externes)

Secteur hospitalier privé : Frais de séjour y compris Médicaments et LPP en sus des GHS
 (Stat mensuelle CNAM) + Total des honoraires perçus en établissement privé

Médecine de ville : Honoraires perçus dans les cabinets libéraux et les centres de santé
 (Stat mensuelle CNAM)

Les consultations externes effectuées dans les hôpitaux publics ne sont plus retranchées des soins hospitaliers comme elles l'étaient en base 2000.

Le niveau des honoraires de médecins perçus en établissement privé varie d'un milliard entre les deux bases : 2,7 milliards remboursés en 2009 pour les « Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète » contre 3,7 milliards remboursés pour les « Honoraires de médecins en établissement privé », qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète.

Au total, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des **médecins de ville** (cabinets libéraux et centres de santé) : ils diminuent de 3 milliards par rapport au niveau de la base 2000.

2 – Les autres soins de ville (soins ambulatoires en base 2000)

Dans la même optique, en base 2005, le poste « **Analyses** » de la CSBM reprend les seules dépenses d'analyses et de prélèvements effectués par les laboratoires ; les actes des anatomo-cytopathologistes (actes en P) qui étaient ajoutés aux dépenses d'analyses en base 2000, restent désormais dans les honoraires des médecins. Le niveau des « Analyses » diminue ainsi de 250 millions d'euros par rapport à la base 2000, celui des médecins augmentant *a contrario* du même montant.

Le niveau de la consommation de **médicaments** diminue de 1,4 milliard par rapport à la base 2000. Cette diminution est essentiellement due à :

- une révision du coefficient de passage des remboursements du régime général aux remboursements « tous régimes » ;
- une révision des montants retenus pour l'automédication et les médicaments non remboursables.

Le niveau de la consommation des « **autres biens médicaux** » augmente de 370 millions d'euros par rapport à la base 2000 avec une révision à la hausse du coefficient de dépassement de tarif pour les dépenses de Prothèses-Orthèses.

3 – Les soins de longue durée

Pour traiter de façon homogène les personnes **âgées** et les personnes **handicapées** hébergées en établissement, les soins de longue durée délivrés à ces dernières sont intégrés dans la Dépense courante de santé (DCS) en base 2005 : ils représentent 8,3 milliards d'euros en 2010.

En outre, les dépenses de SSAD (services de soins à domicile) sont ajoutées aux soins aux personnes âgées et non plus à la consommation de soins infirmiers de la CSBM comme c'était le cas en base 2000. Il y a donc un transfert de 1,3 milliard d'euros à ce titre de la CSBM vers la DCS en 2010.

Ce choix, qui assure un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permet cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care »¹, il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ).

La réflexion engagée sur ce thème lors du débat sur la dépendance sera prolongée l'année prochaine.

4 – Les autres dépenses de santé

Celles-ci ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en base 2005 :

- les subventions au système de soins, à la suite de la création de nouveaux fonds par rapport à la base 2000 ;
- les coûts de gestion du système de santé, évalués pour les organismes complémentaires grâce aux données collectées par l'ACP pour le compte de la DREES.

5 – Les échanges extérieurs

En base 2005, les échanges extérieurs sont précisés (fiche 1.14), la CSBM recouvre la consommation réalisée en France par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale d'État ou des soins d'urgence (cf. fiche 4.2).

Les données relatives à la base 2005 présentées dans ce rapport portent sur la période 2005-2010. Une rétopolation des Comptes de la santé sera présentée l'année prochaine.

En 50 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 3,4 % en 1960 à 8,8 % en 2005 (base 2000). En base 2005, cette part passe de 8,6 % en 2005 à 9 % en 2009-2010. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de dépenses mais aussi de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2006, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an, mais sa part dans le PIB a varié avec l'évolution de celui-ci : ainsi, la forte hausse de la

part de la CSBM en 2009 est uniquement due à la baisse du PIB : -2,3 % en valeur (graphique 2).

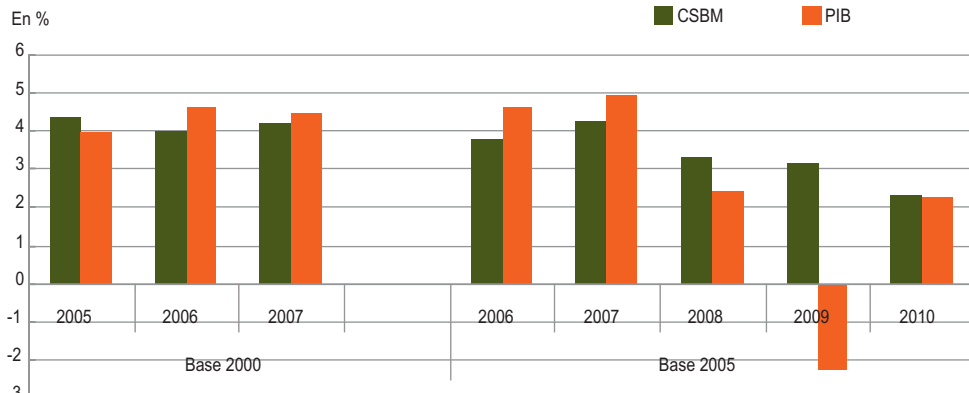
Même si la **dépense totale de santé (DTS)** de la France présentée dans les graphiques 3 et 4 est toujours celle de la base 2000, la comparaison avec les autres pays de l'OCDE reste pertinente car contrairement à la DCS, le niveau de la DTS exprimé en pourcentage de PIB varie très peu avec le passage en base 2005.

1. Long term health care : 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.

2. Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes.

Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

GRAPHIQUE 2 ● Taux de croissance de la CSBM et du PIB



Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB.

ENCADRÉ 2 ● Les agrégats des Comptes de la santé

1) Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 175,0 milliards d'euros en 2010

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) : 234,1 milliards d'euros en 2010

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 à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

3) Dépense totale de santé (DTS) : 227,0 milliards d'euros en 2010

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, 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 (aides à la vie quotidienne – AVQ – cf. encadré 1).

Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

TABLEAU 1 ● Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

	Valeur (en milliards d'euros)					Évolution (en %)
	2008 b.2000	2009 b.2000	2009 b.2005	Écart 2009	2010 b.2005	
CSBM	170,1	175,7	171,0	-4,8	175,0	2,3
DCS (Dépense courante de santé)	214,5	223,1	228,8	5,7	234,1	2,3
– Indemnités Journalières	-11,4	-11,9	-11,9	-0,0	-12,5	4,4
– Prévention environnementale et alimentaire	-1,2	-1,3	-1,4	-0,1	-1,3	-5,6
– Recherche nette	-3,2	-3,3	-3,3	0,0	-3,4	2,2
– Formation	-1,2	-1,3	-1,8	-0,5	-1,9	4,3
+ FBCF	+6,3	+6,2	+6,1	-0,1	6,1	-
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	+13,5	+14,2	+5,5	-8,7	5,9 (estim)	1,7
DTS (Dépense totale de santé)	217,3	225,7	221,9	-3,8	227,0	2,3
PIB	1940,3	1907,1	1889,2	-17,9	1932,8	2,3
DTS en % de PIB	11,20%	11,83%	11,75%	- 0,09 point	11,75%	0 point

Remarque : * En % de PIB, la DTS est peu affectée par le changement de base ; la hausse constatée entre 2008 et 2009 est due à la baisse du PIB et au montant exceptionnel des dépenses de prévention (grippe H1N1).

Sources • DREES, Comptes de la santé.

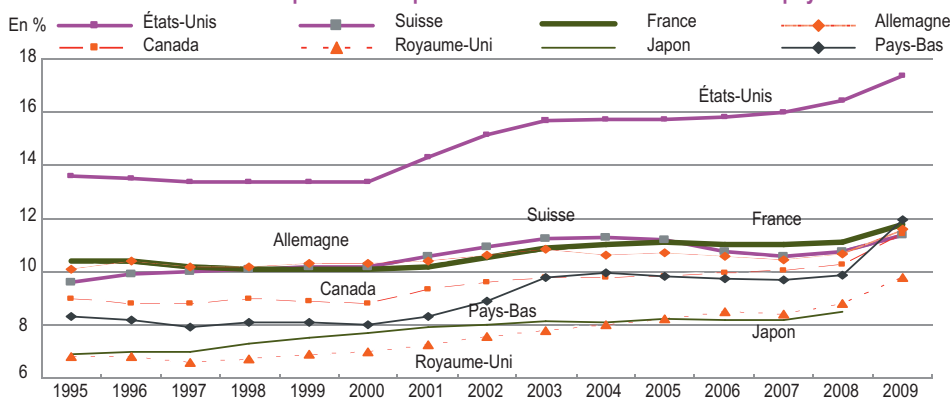
Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB augmenter mécaniquement (graphique 3). La DTS française a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009 ; elle représente 11,8 % du PIB en 2009, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE (graphique 4). La France se place ainsi en troisième position, derrière les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et à un niveau légèrement supérieur à celui de l'Allemagne (11,6 %), du Danemark (11,5 %) et de la Suisse (11,4 %).

Les comparaisons entre pays doivent toutefois 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. En effet, lorsque l'on considère la dépense courante de santé (hors dépense en capital), l'écart entre la France et la Suisse se réduit sensiblement : la DCS représente 11,5 % du PIB pour la France en 2009 et 11,4 % pour la Suisse (graphique 4).

Lorsque la dépense totale de santé par habitant est exprimée en parité de pouvoir d'achat³, le classement de la France est en fait modifié : la France se situe alors

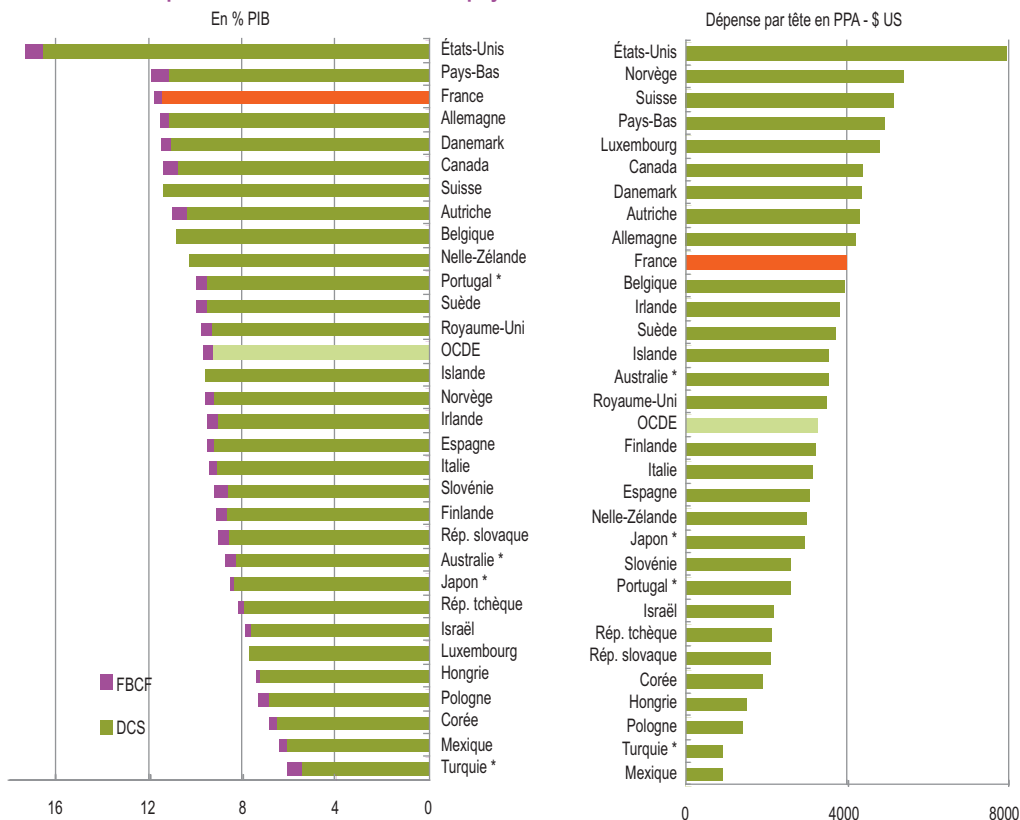
GRAPHIQUE 3 ● Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE



Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eco-Santé 2011 pour les autres pays.

3. Les parités de pouvoir d'achat (PPA) 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.

GRAPHIQUE 4 ● **Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2009**



* Valeurs 2008.

Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France; OCDE, Éco-Santé 2011 pour les autres pays.

au dixième rang, à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 4). Les écarts relatifs de richesse entre les pays, font que la dépense est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens: Allemagne, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

Un ralentissement de la croissance des soins de ville, mais une dépense hospitalière et de transport encore dynamique

• L'évolution de la CSBM ralentit fortement en 2010

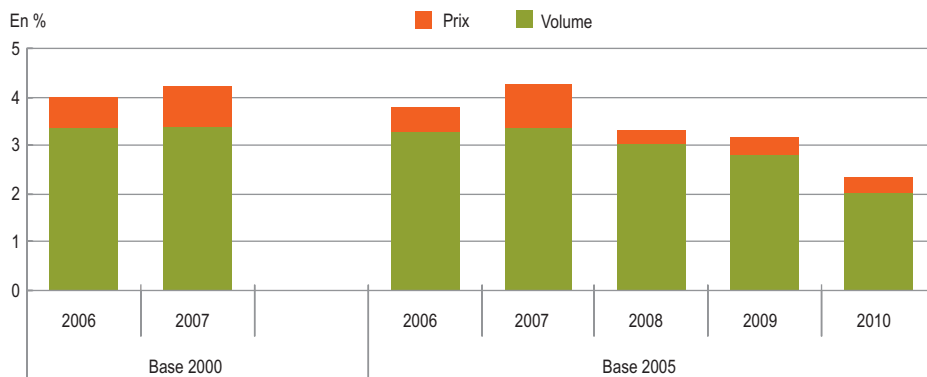
Si l'on considère la période 1995-2010, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide, +6% par an en moyenne. Cette croissance s'est nettement ralentie entre 2004 et 2006, mais avait repris en 2007 avec une croissance en va-

leur de 4,3% et de 3,4% en volume, tout en restant cependant inférieure à celle observée au cours des années 2001-2003.

Pour la troisième année consécutive, la progression de la CSBM ralentit en 2010. Atteignant **175 milliards d'euros** en 2010, la CSBM progresse de 2,3% en valeur et de 2% en volume par rapport à 2009 (tableau 2). Le ralentissement en valeur concerne la quasi-totalité des postes de dépenses. La progression du prix de la CSBM reste identique à celle des deux années précédentes: +0,3% seulement, ce qui constitue la plus faible hausse de prix depuis quinze ans (graphique 5).

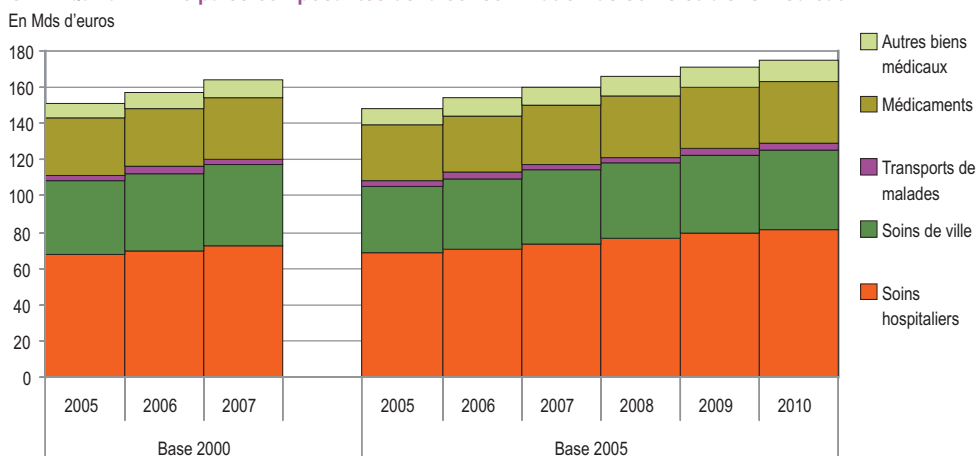
En 2010, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,3% et celui des soins de ville de 0,5%. Le prix des médicaments est quant à lui, comme les années antérieures, en diminution de 2,2%, après 2,6% en 2009 et 2,3% en 2008. Cette diminution, due à la poursuite des mesures de baisse de prix et au poids croissant des génériques, constitue en fait la cause principale de la progression modérée des prix de la CSBM.

GRAPHIQUE 5 ● Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 6 ● Principales composantes de la consommation de soins et biens médicaux



Sources • DREES, Comptes de la santé.

La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en valeur et en volume, s'obtient en pondérant son taux de croissance par son poids dans cet agrégat.

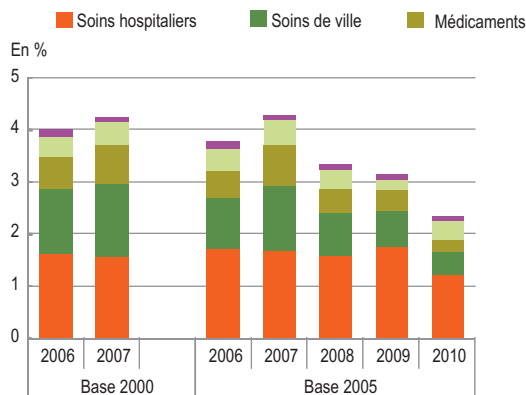
À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2010 (graphique 7), ce qui est lié à leur poids important dans la consommation (graphique 6). Viennent ensuite les soins de ville⁴ (0,4 point), les « autres biens médicaux » (0,4 point) et enfin les médicaments, avec une contribution nettement inférieure (0,2 point).

En termes de volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à la croissance en 2010 (+0,7 point) ainsi que la consommation de soins hospitaliers (+0,6 point) ; suivent à égalité celles de soins de ville (+0,3 point) et des autres biens médicaux (+0,3 point) (graphique 8).

Depuis 1997, les médicaments constituent l'un des postes contribuant le plus fortement à cette hausse en volume, d'où la mise en place d'une politique de maîtrise médicalisée pour agir sur les prescriptions et leur structure (moins de médicaments coûteux en première intention lorsque des substituts existent) et les déremboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume.

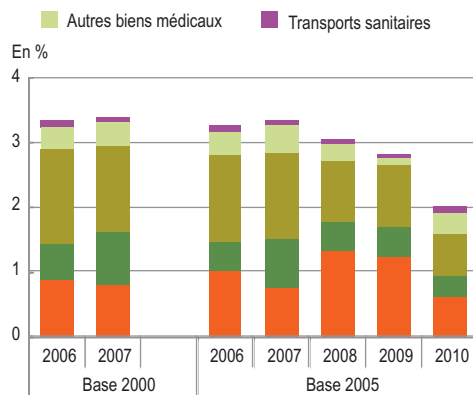
4. Dans les Comptes de la santé, les soins de ville s'entendent hors médicaments et biens médicaux.

GRAPHIQUE 7 ● Contributions à la croissance de la CSBM en valeur



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 8 ● Contributions à la croissance de la CSBM en volume



Sources • DREES, Comptes de la santé.

TABLEAU 2A ● La Consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1- Soins hospitaliers	76,2	79,1	81,2	3,5	3,8	2,6
publics	58,2	60,3	61,8	3,0	3,6	2,5
privés	18,0	18,9	19,5	5,0	4,7	3,1
2- Soins de ville	42,1	43,2	44,0	3,3	2,7	1,8
dont médecins	18,2	18,5	18,4	2,2	1,6	-0,7
dentistes	9,6	9,7	9,9	2,6	1,6	2,4
auxiliaires médicaux	9,9	10,4	11,0	6,3	5,9	5,5
analyses	4,1	4,2	4,3	2,7	2,2	1,7
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,6	0,1	3,5
3- Transports de malades	3,4	3,6	3,8	4,5	6,5	5,2
4- Médicaments	33,4	34,1	34,4	2,1	2,0	1,1
5- Autres biens médicaux	10,7	11,0	11,6	6,2	2,9	5,5
CSBM (1+...+5)	165,7	171,0	175,0	3,3	3,2	2,3

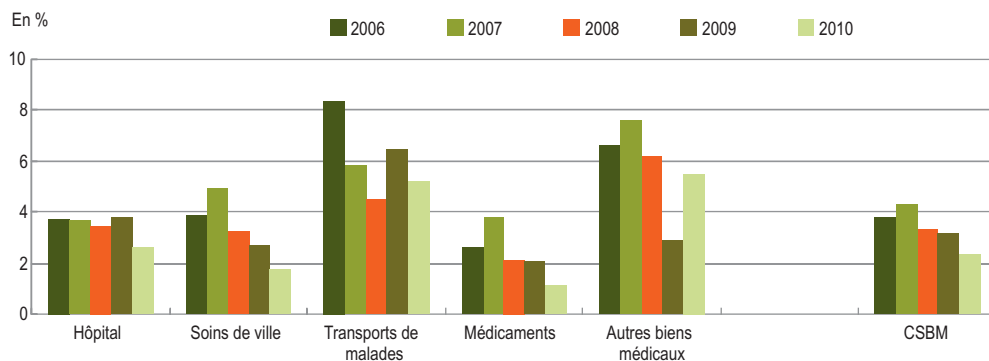
Sources • DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

TABLEAU 2B ● Évolution de la consommation de soins et biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2010 / 1999	Taux d'évolution annuel (en %)								
		en valeur			en volume			en prix		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1- Soins hospitaliers	81,2	3,5	3,8	2,6	2,9	2,7	1,4	0,5	1,1	1,3
2- Soins de ville	44,0	3,3	2,7	1,8	1,7	1,9	1,2	1,5	0,8	0,5
3- Transports de malades	3,8	4,5	6,5	5,2	3,0	3,1	4,4	1,5	3,3	0,8
4- Médicaments	34,4	2,1	2,0	1,1	4,5	4,7	3,4	-2,3	-2,6	-2,2
5- Autres biens médicaux	11,6	6,2	2,9	5,5	4,6	1,6	4,9	1,6	1,3	0,5
CSBM (1+...+5)	175,0	3,3	3,2	2,3	3,0	2,8	2,0	0,3	0,3	0,3

Sources • DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

GRAPHIQUE 9 ● Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

• La croissance des soins hospitaliers ralentit...

En 2010, la consommation de soins hospitaliers est de 81,2 milliards d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. Son poids est plus important en base 2005 qu'en base 2000 en raison d'effets de champ. D'une part, les consultations externes des hôpitaux publics n'en sont plus retranchées, et, d'autre part, c'est la totalité des honoraires perçus dans les établissements privés qui en fait partie et non plus les seuls honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète.

La croissance des soins hospitaliers est de 2,6 % en valeur et de 1,4 % en volume, à un rythme nettement inférieur à celui enregistré en 2009 (tableau 2B et graphique 9).

– Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 61,8 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,5 % en valeur, évolution sensiblement inférieure à celle de 2009 (+3,6 %) ; la progression très en retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000 (5,3 % par an en moyenne de 2002 à 2005). Ceci découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale : l'effet du passage aux 35 heures, qui était important au début des années 2000, ne pèse plus sur l'évolution depuis 2007.

– Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2010 à 19,5 milliards d'euros,

soit une progression en valeur de 3,1 % en 2010, très inférieure à celle enregistrée en 2009 (+4,7 %). C'est la progression la plus faible depuis l'année 2002.

• ... et celle des soins de ville plus encore

En 2010, la consommation de soins de ville s'élève à 44 milliards d'euros et représente 25,1 % de la CSBM. Cette part dans la CSBM recule de 2,5 points en base 2005 par rapport à la base 2000, en raison du passage de l'optique « fonction de soins » à l'optique « lieu d'exécution des soins ».

La croissance en valeur des soins de ville (+1,8 %) marque un net ralentissement par rapport à 2009 (+2,7 %) et plus encore par rapport à 2008 (+3,3 %). La croissance des volumes s'infléchit également (+1,2 % contre +1,9 % en 2009) : c'est le rythme de croissance le plus bas enregistré depuis dix ans (tableau 3). Par ailleurs, la croissance des prix se tasse elle aussi sensiblement pour la troisième année consécutive : +0,5 % après +0,8 % en 2009 et +1,5 % en 2008.

Ce net ralentissement des dépenses en 2010 est en partie dû à l'absence de revalorisation importante des tarifs des professionnels de santé cette année-là et à un contexte épidémiologique plus favorable : les pics des épisodes de grippe saisonnière se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épar-

TABLEAU 3 ● Évolution des soins de ville

	2000-2005 *	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Valeur	5,6	3,3	3,9	4,9	3,3	2,7	1,8
Prix	1,5	1,3	2,1	1,8	1,5	0,8	0,5
Volume	4,0	2,0	1,8	3,1	1,7	1,9	1,2

* Base 2000.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

gnant ainsi l'année 2010. En outre, la consommation de soins a été particulièrement faible en décembre (-2 % en décembre 2010 par rapport à décembre 2009), où se sont cumulés l'absence d'épisode grippal important et des vacances scolaires de fin d'année concentrées sur ce mois. On observe d'ailleurs un rebond de la consommation de soins en janvier 2011.

- En base 2005, la consommation de soins de **médecine de ville** est évaluée à 18,4 milliards d'euros pour l'année 2010. Elle est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend plus les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète) comme en base 2000, ou pour un autre motif, cf. encadré 1). Pour la première fois depuis quinze ans, elle recule de 0,7 % en valeur par rapport à l'année précédente, et ce après deux années de faible hausse : +1,6 % en 2009 et +2,2 % en 2008. Après avoir augmenté de 1,4 % en 2009, le volume des soins de médecins recule de 1 % en 2010. La croissance des prix des soins de médecins qui avait fortement ralenti en 2008, est quasiment nulle en 2010 : +0,3 %. Les années 2006 et 2007 avaient été marquées par une croissance soutenue des prix (+3,8 % puis +3,0 %) due à plusieurs mesures : la mise en place de la rémunération du médecin traitant, le remplacement de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par la classification commune des actes médicaux (CCAM) et surtout la hausse du prix de la consultation des généralistes (passé à 21 € en 2006 puis 22 € en 2007). Depuis 2008, la hausse des prix est très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante. Les seuls facteurs de croissance des honoraires de médecins en 2010 proviennent de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de celle des dépassements pour les spécialistes.

- La croissance de la consommation de soins de **dentistes** qui avait fortement ralenti en 2009 (+1,6 %) reprend en 2010 : +2,4 % en valeur. Cette hausse est due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'assurance maladie. Les évolutions des cinq dernières années restent néanmoins en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004 (cf. fiche 1.6). Les prix progressent de 1,2 % en 2010 comme en 2009.

- En base 2005, les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 11 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins des infir-

miers et les soins des autres auxiliaires médicaux. À la différence de la base 2000, les soins infirmiers ne comprennent plus les Services de soins à domicile (SSAD – 1,3 milliard d'euros) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement.

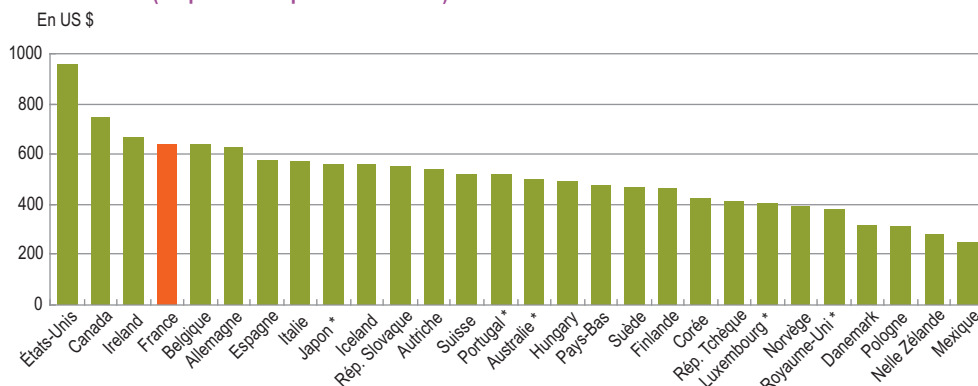
Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 5,5 % en valeur et de 5,1 % en volume en 2010. La croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes depuis 2008. Bien qu'en retrait par rapport aux années 2005-2007 (+7,5 % en 2007), la croissance en volume reste supérieure à 4 % par an ; elle est essentiellement imputable à celle des soins infirmiers. Les prix des soins d'auxiliaires médicaux progressent de 0,3 % seulement en 2010. Ils avaient augmenté de 1,8 % en 2009 avec la seconde phase de revalorisation des actes infirmiers intervenue en avril 2009, la première phase ayant eu lieu en juillet 2007. Les tarifs des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes n'ont quant à eux pas changé en 2009 ni en 2010.

- En base 2005, les **analyses de laboratoire** représentent 4,3 milliards d'euros pour l'année 2010 (elles ne sont plus majorées de 250 millions d'euros d'actes d'anatomo-cytopathologie comme c'était le cas en base 2000). Elles augmentent de 1,7 %, en valeur et en volume. Les prix n'ont pas augmenté, comme c'est le cas depuis 2004. La seule hausse de tarif récente est intervenue en 2008, pour les prélèvements à domicile ; elle a compensé la baisse de cotation intervenue sur un certain nombre d'actes. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 7 % par an en moyenne entre 2001 et 2003), l'évolution observée depuis six ans 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 : de +2,9 % en valeur en 2005 à +1,7 % en 2010.

• Une croissance de la consommation de médicaments stabilisée...

En base 2005, la consommation de médicaments de l'année 2010 représente 34,4 milliards d'euros, soit 19,7 % de la CSBM. Cette part est inférieure à celle de la base 2000 en raison d'une révision de l'évaluation de l'autoconsommation de médicaments ainsi que de la consommation de médicaments non remboursables. Elle s'élève ainsi à 525 euros par habitant en 2010. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française se situe au 4^e rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada et de l'Irlande, à un niveau très proche de celle de la Belgique et de l'Allemagne.

GRAPHIQUE 10 ● Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2009
(en parités de pouvoir d'achat)



* Données 2008.

Sources • Eco-Santé OCDE 2011, juin 2011.

Le ralentissement de la consommation de médicaments amorcé en 2008 se poursuit en 2010 : la hausse en valeur est de 1,1 % seulement en 2010, après +2 % en 2009 et +2,1 % en 2008. Ce ralentissement résulte d'une nouvelle diminution de prix et d'une stabilisation de la croissance des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments est de 3,4 % en 2010, après +4,7 % en 2009 et +4,5 % en 2008. Cette stabilisation est liée à plusieurs mesures comme la diminution du taux de remboursement (passé de 35 % à 15 % en 2010) de certains médicaments pour service médical rendu insuffisant, ou encore à la politique de maîtrise médicalisée. Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2010.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix de l'année 2010 (-2,2 %), qui fait suite à ceux des années précédentes, est imputable à plusieurs mesures : baisses de prix ciblées, développement des grands conditionnements pour les traitements de longue durée, et augmentation de la pénétration des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 104 en 2010, sur un total de 354 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables continue ainsi à progresser : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010. Néanmoins, cette part reste encore modeste en

comparaison d'autres pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006. En effet, la définition des génériques en France est plus restrictive puisqu'elle s'appuie sur la notion d'équivalent chimique (même molécule), alors qu'aux Pays-Bas et en Allemagne elle s'appuie sur la notion d'équivalent thérapeutique qui autorise de plus larges possibilités de substitution des génériques, accroît leur pénétration et stimule la concurrence entre médicaments. Un tel système peut toutefois conduire à un ralentissement de l'innovation en ne mettant pas suffisamment en valeur les améliorations graduelles, notamment si les groupes de substitution sont trop larges. C'est la critique parfois adressée aux « jumbo groupes » allemands, qui confondent dans un même groupe des nouveaux médicaments sous brevet et d'anciens médicaments génériques.

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments) représentent 91,2 % de la CSBM en base 2005 (contre 92 % en base 2000). D'autres postes moins importants connaissent des évolutions significatives.

• ... mais une croissance des autres biens médicaux en reprise

En 2010, les dépenses liées aux « autres biens médicaux » représentent 11,6 milliards d'euros. Elles ont été réévaluées de 10 % par rapport à la base 2000, essentiellement en raison de la révision du taux de dépassement du tarif opposable sur les orthèses et prothèses. Après avoir ralenti en 2009, leur rythme de croissance reprend en 2010 : +5,5 % en valeur après

+2,9 % en 2009 et +6,2 % en 2008. Si la progression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (un peu plus de 3 % par an en valeur), celle des dépenses de « petits matériels et pansements » reprend en revanche en 2010 (+7,9 % en 2010 contre +1,7 % en 2009), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP » (+6,2 % en valeur en 2010 contre +3,2 % en 2009). Le ralentissement passager du taux de croissance observé en 2009 n'était que le contrecoup de la hausse intervenue en 2008 avant l'intégration de ce type de dépenses dans le forfait soins des EHPAD à partir du 1^{er} août 2008.

• **Un léger tassement de la croissance des transports de malades**

La consommation de **transports de malades** s'élève à 3,8 milliards d'euros en 2010, soit une croissance en valeur de 5,2 %, après +6,5 % en 2009 et +4,5 % en 2008. L'augmentation sensible de 2009 était en partie due à une importante revalorisation des tarifs des transports sanitaires : +3,3 %. En 2010, la hausse de prix est de 0,8 % seulement, et ce sont les volumes des transports qui repartent à la hausse : +4,4 % en 2010 après +3,1 % en 2009 et +3,0 % en 2008. Ce rythme de croissance du volume des transports reste toutefois inférieur à celui observé sur la période 2000-2006 (+6 % par an en moyenne). Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades

est dû aux efforts de maîtrise médicalisée, de nouvelles règles de prescription plus restrictives s'appliquant depuis le 1^{er} janvier 2007.

Les autres dépenses de santé

En base 2005, outre les postes inclus dans la CSBM, la dépense courante de santé comprend les autres dépenses en faveur des malades (soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les Soins et services à domicile – SSAD –, les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie), les subventions au système de soins, les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

Ces autres dépenses représentent 25,2 % de la dépense courante de santé (tableau 4). Cette part augmente de 4 % par rapport à la base 2000 en raison du changement des contours de la CSBM et de la DCS en base 2005 (cf. encadré 1). L'impact majeur est l'intégration des soins aux personnes handicapées en établissement, soit 8,3 milliards d'euros en 2010.

Les « autres dépenses pour les malades » se sont élevées à 29,7 milliards d'euros en 2010, dont 9 milliards pour les personnes âgées⁵, 8,3 milliards pour les personnes handicapées, 12,5 milliards pour les indemnités journalières.

TABLEAU 4 ● **Dépense courante de santé : de la base 2000 à la base 2005**

	Valeur (en milliards d'euros)				Évolution (en %)
	2009 b.2000	2009 b.2005	Écart	2010	
1- CSBM	175,7	171,0	-4,8	175,0	2,3
SSAD		1,3	1,3	1,3	1,8
Soins aux pers. âgées en étab.	7,3	7,3	0,0	7,7	5,4
Soins aux pers. handicapées en étab.		8,0	8,0	8,3	2,8
Indemnités journalières	11,9	11,9	0,0	12,5	4,4
2- Autres dép. pour les malades	19,2	28,6	9,4	29,7	4,1
3- Prévention	6,2	6,5	0,3	5,9	-8,3
Subventions au système de soins	2,0	2,2	0,3	2,4	5,7
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	7,4	-0,1	7,6	2,2
Formation médicale	1,3	1,8	0,5	1,9	4,3
4- Dép. pour le système de soins	10,8	11,5	0,6	11,8	3,2
5- Coût de gestion de la santé	15,3	15,5	0,2	15,9	2,4
6- Double-compte recherche	-4,3	-4,2	0,1	-4,3	2,2
DCS (1+...+6)	223,1	228,8	5,7	234,1	2,3

Sources • DREES, Comptes de la santé.

5. Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

Avec 7,7 milliards d'euros en 2010, les dépenses de **soins aux personnes âgées** en établissements représentent un des postes les plus importants. Sa croissance ralentit fortement : elle est de 5,4 % contre +15,3 % en 2009 et +14 % en 2008. Depuis 2002, le rythme annuel de croissance de ces dépenses était resté supérieur à 10 %.

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.

En 2010, 6,6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD ; après une croissance exceptionnelle de 22 % en 2009, l'augmentation est de 10 % en 2010. 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 jusqu'en 2008, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent 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 2010, on évalue à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

En base 2005, aux soins en établissements sont ajoutées les dépenses des Services de soins à domicile (SSAD), soit 1,3 milliard d'euros en 2010. La hausse est de 1,8 % par rapport à 2009, soit un rythme de croissance annuel bien en deçà de ceux constatés depuis 2002 (+8 % par an en moyenne).

Notons que cet ajout, qui assure un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permet cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care »⁶, il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide

à la vie quotidienne (AVQ⁷) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ). La réflexion engagée sur ce thème lors du débat sur la dépendance sera prolongée l'année prochaine.

Sont également intégrés à la DCS les **soins aux personnes handicapées** : 8,3 milliards d'euros en 2010, en hausse de 2,8 % par rapport à 2009.

En 2010, le rythme de croissance des **indemnités journalières** qui s'élevaient à 12,5 milliards d'euros est proche de celui enregistré en 2009 : il s'établit à 4,4 % en 2010 après +4,2 % en 2009 et +6 % en 2008. Ce rythme est nettement inférieur à celui du début des années 2000 (+8,5 % en moyenne entre 2000 et 2003). Les mesures de contrôle instituées par la CNAM avaient fait baisser ce rythme entre 2003 et 2006, mais les indemnités journalières ont repris leur croissance en 2007.

Avec un montant de 5,9 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** reculent de 8,3 % en 2010. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 en raison des dépenses engagées pour la grippe H1N1 ; logiquement, les dépenses de 2010 reviennent au niveau de 2008. Ce montant représente 92 euros par habitant en 2010. 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 2010, l'État et les collectivités locales ont financé 60 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 24 % (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 comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, montant qui représentait alors 6,4 % de la dépense courante de santé ; les dépenses de prévention isolées dans les comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros, soit 45 % des dépenses totales de prévention.

En base 2005, les **subventions au système de soins** ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en raison de la création depuis la base 2000 de fonds tels que le

6. Long term health care : 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.

7. Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, se habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Elles sont évaluées à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2010, soit une évolution de +5,7 % par rapport à 2009.

En base 2000, elles comprenaient uniquement 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 désormais les subventions du FIQCS ainsi que les aides à la télétransmission.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,6 milliards d'euros en 2010, soit 117 euros par habitant. 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 progressé pour atteindre 57 % en 2010.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,9 milliard d'euros en 2010, soit 4,3 % de plus qu'en 2009. Elles sont fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et par le ministère de l'Emploi (formation professionnelle). 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 ont augmenté depuis qu'ils relèvent de la compétence des régions (loi de décentralisation de 2005 mise en œuvre en 2006).

Enfin, en base 2005, les coûts de gestion de la santé sont évalués à 15,9 milliards d'euros pour l'année 2010.

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,

– et les subventions, les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires ont été réévalués à partir des données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) pour l'année 2009. Si les coûts de gestion des mutuelles et des institutions de prévoyance ont peu varié, il n'en est pas de même pour les sociétés d'assurance dont les coûts ont été re-vus à la hausse d'un milliard par rapport à la base 2000.

Dans le financement de la CSBM, le reste à charge des ménages diminue légèrement par rapport à 2009

Les évolutions présentées ci-dessus sont différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2011). 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 la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

Atteignant 132,7 milliards d'euros en 2010, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est de 75,8 % comme en 2009. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (tableau 6). Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou biens médicaux faiblement remboursés comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires⁸), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures

8. Depuis 1995, le poids des dépassements d'honoraires s'est sensiblement accru dans le reste à charge des ménages car leur montant augmente beaucoup plus vite que la CSBM (doublement en 15 ans entre 1990 et 2005) – cf. le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux.

TABLEAU 6 ● Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux
En %

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
État et CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires (2)	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
<i>dont Mutuelles (2)</i>	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5
<i>Sociétés d'assurance (2)</i>	2,7	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6
<i>Institutions de prévoyance (2)</i>	2,4	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

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

Sources • DREES, Comptes de la santé.

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 2010 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2012 (compte semi-définitif), puis en 2013 (compte définitif).

Les comptes des régimes d'assurance-maladie présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois définitivement figés en septembre de l'année $n+2$. Ils se différencient ainsi de ceux des caisses qui sont quant à eux définitivement figés en mars de l'année $n+1$, lors de la clôture des comptes. Ces derniers s'approchent eux aussi des dates effectives des soins par l'intégration des variations de provisions.

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc proches de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en termes de concepts (cf. fiche 15-2 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2008). 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).

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 (forfaits soins des établissements et des SSAD) ;
- 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.

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, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des comptes. Ils ne permettent cependant pas de reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

>>> Voir tableau page suivante

>>> TABLEAU 5 ● Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2010

En milliards d'euros

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	132,7
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,0
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	8,2
+ Ondam personnes handicapées	7,9
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,4
+ Autres prises en charge (3)	1,1
Total	162,5
Écart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM	162,0

(1) Dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2).

(2) Comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD. 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 0,8 milliard d'euros en 2010).

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

Sources • DREES, Comptes de la santé CCSS juin 2011 pour l'ONDAM.

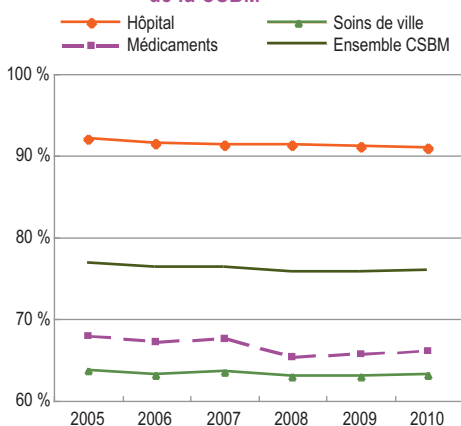
d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 11). En 2009-2010, on observe un retour à la tendance des années antérieures : la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 12). Elle atteint 23,7 milliards d'euros en 2010, soit 13,5 % de la CSBM contre 13,4 % en 2009. Cette progression est essentiellement imputable à la dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires (+6,8 % en 2010, après +5,5 % en 2009).

Entre 2005 et 2010, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a en effet augmenté d'un demi-point, passant de 13,0 % en 2005 à 13,5 % en 2010. Cette progression est le résultat de deux évolutions contraires : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments.

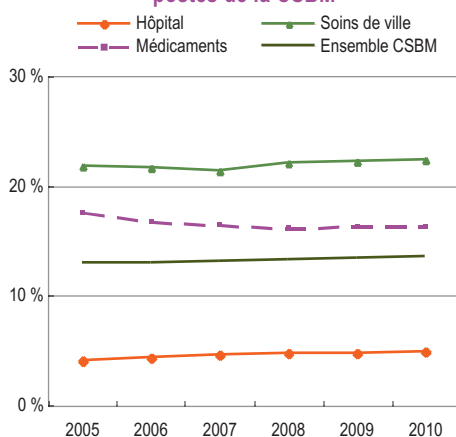
Entre 2005 et 2007, cette progression s'expliquait notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008 s'est ajoutée la participation de 18 € sur les actes lourds et

GRAPHIQUE 11 ● Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 12 ● Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 16 à 18 € par jour).

À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une légère augmentation sur les prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis neuf ans : elle atteint 35,7 % en 2010 alors qu'elle n'était que de 26,3 % en 2000. L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires avait de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments.

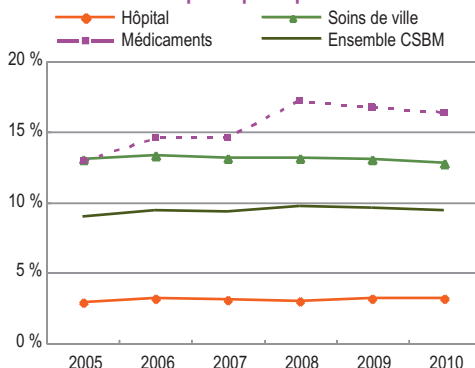
Ces organismes occupent en effet une part moins importante dans les dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, ce qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires pour les médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 16,3 % en 2010.

Si l'on ajoute la contribution des organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,3 % de la CSBM. En effet, cette contribution est constituée d'une taxe sur le montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par les organismes complémentaires, dont le taux est passé de 2,75 % en 2008 à 5,9 % au 1^{er} janvier 2009. La contribution nette des organismes complémentaires au Fonds CMU s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2010 contre 0,5 milliard en 2008.

Le **reste à charge des ménages** atteint 16,4 milliards d'euros en 2010, soit 9,4 % de la CSBM contre 9,6 % en 2009 et 9,7 % en 2008 ; la hausse enregistrée entre 2005 et 2008 est ainsi interrompue (graphique 13). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse

GRAPHIQUE 13 ● Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



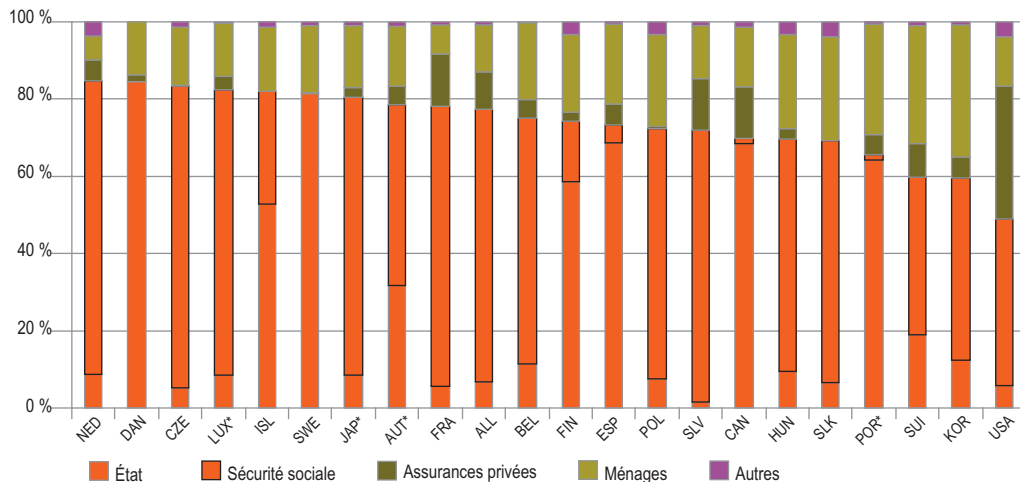
Sources • DREES, Comptes de la santé – Base 2005.

puisque'il était passé de 9,0 % en 2005 à 9,4 % en 2006 et 9,7 % en 2008. Cette reprise s'expliquait par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

En 2009-2010, en l'absence de mesure tarifaire importante affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reprend sa tendance antérieure de lente diminution.

Notons que la France est un des pays développés 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. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (graphique 14). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (graphique 15).

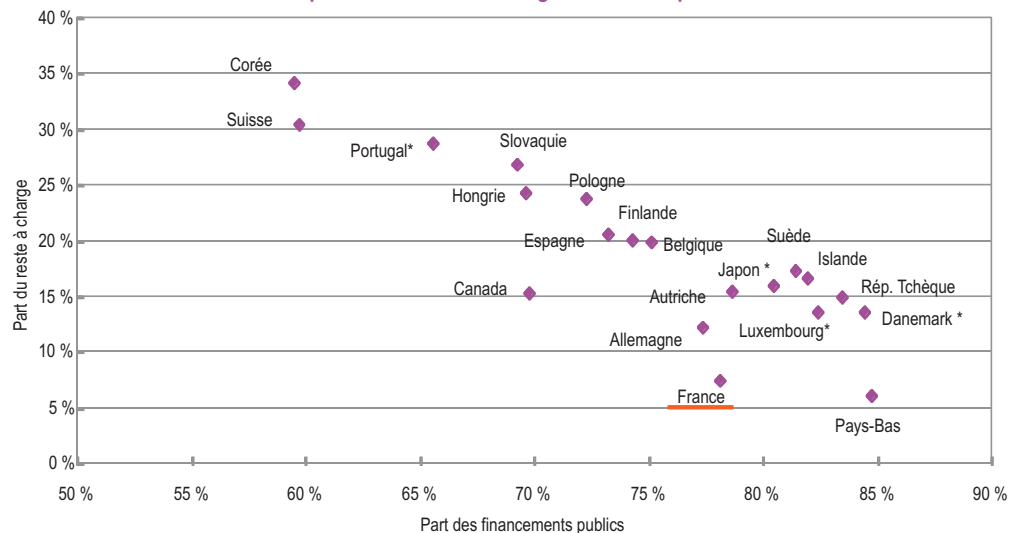
GRAPHIQUE 14 ● **Financement des dépenses courantes de santé en 2009**



* Données 2008.

Sources • Éco-santé OCDE 2011, juin 2011.

GRAPHIQUE 15 ● **Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2009**



Sources • Éco-santé OCDE 2011, juin 2011.

Pour en savoir plus

- « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2005 », DREES, *Document de travail – Série Statistiques*, à paraître.
- Yilmaz E., « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », DREES, *Études et Résultats*, n° 746, janvier 2011.
- Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle », DREES, *Études et Résultats*, n° 716, février 2010.
- Bellamy V., « Les revenus libéraux des médecins 2007-2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 735, juillet 2010.
- Collet M., Sicart D., « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 594, septembre 2007.
- Bertrand D., « Les services des soins à domicile (SSAD) en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 739, septembre 2010.
- Lê F., Raynaud D., « Les indemnités journalières », DREES, *Études et Résultats*, n° 595, septembre 2007.
- Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France », DREES, *Études et Résultats*, n° 504, juillet 2006.
- Fenina A., « 55 années de dépenses de santé – Une rétopolation de 1950 à 2005 », DREES, *Études et Résultats*, n° 572, mai 2007.
- Fenina A., Geffroy Y., « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2000 », DREES, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 99, juillet 2006.