

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.

En 2011, la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** est évaluée à 180 milliards d'euros (graphique 1a), soit 2762 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 9% du PIB en 2011, contre 9,1% en 2009 et 2010 (graphique 1b). En 2009, sa part dans le PIB avait fortement progressé du fait de la baisse de celui-ci.

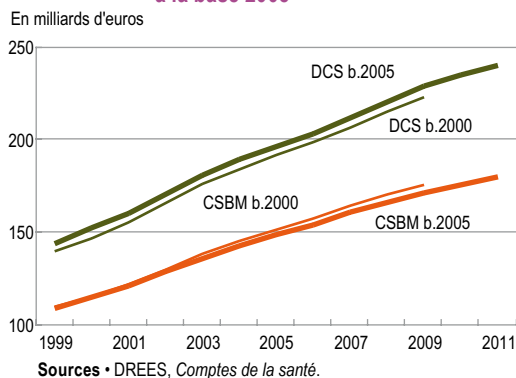
La **dépense courante de santé (DCS)**, s'élève, quant à elle, à 240,3 milliards d'euros en 2011, soit 12% du PIB, contre 12,1% en 2009 et 2010.

Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme en 2011 : +2,7% en valeur après +2,5% en 2010 et +3,3% en 2009 ; son évolution

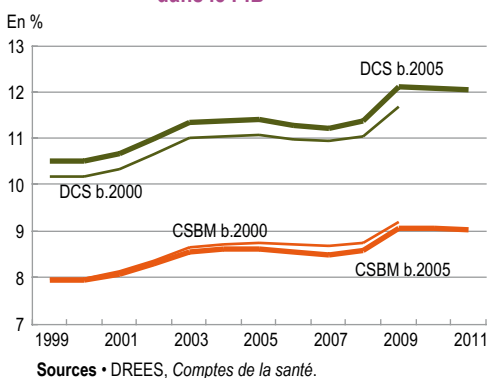
reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début des années 2000. La DCS progresse de 2,6% par rapport à 2010. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 où sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, elle retrouve un rythme proche de celui de la CSBM.

En 60 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 2,6% en 1950 à 9% en 2011. 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 2005, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4% par an et avoisine même 3% depuis 2008, 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 : -2,5% en valeur (graphique 2). Depuis deux ans, la CSBM augmente légèrement moins vite que le PIB, ce qui ne s'était pas produit depuis 2006-2007.

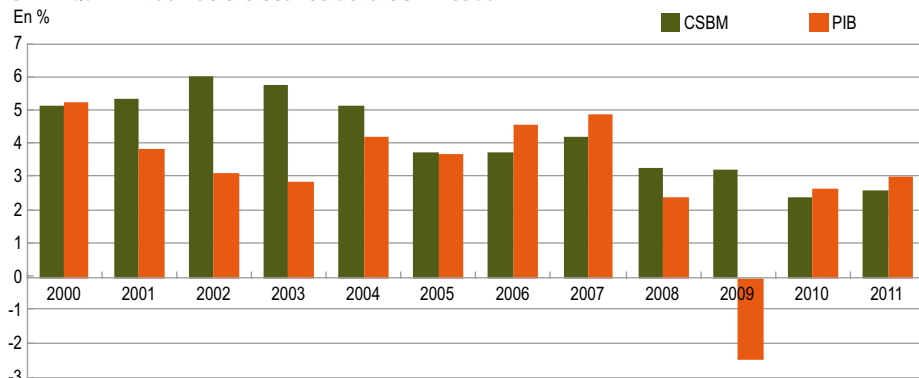
GRAPHIQUE 1A ● CSBM et DCS : de la base 2000 à la base 2005



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



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

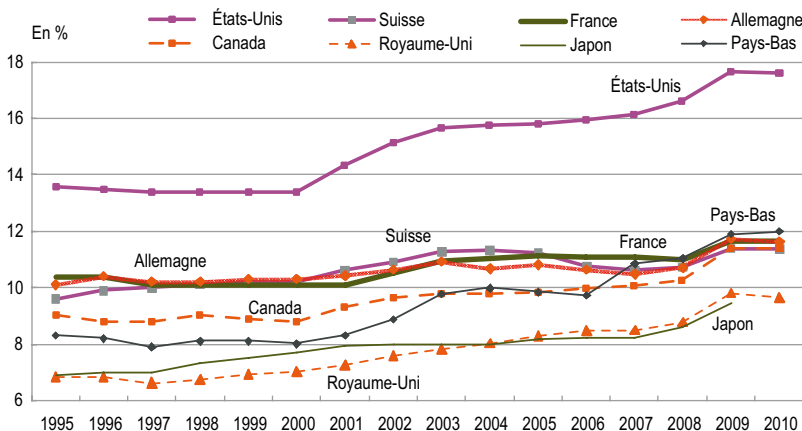


Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

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 a donc augmenté mécaniquement (graphique 3). La DTS française, concept retenu pour les comparaisons internationales (cf. encadré 1) a ainsi augmenté de 0,6 point de

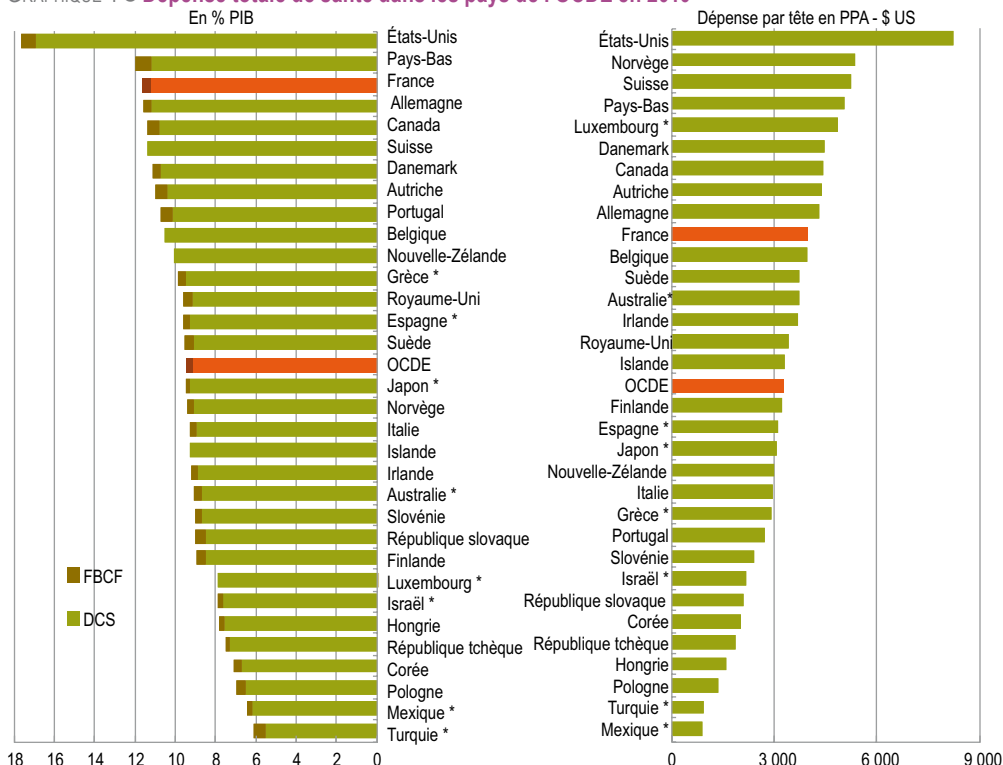
PIB entre 2008 et 2009 ; elle représente 11,65 % du PIB en 2010 (dernière année disponible pour les comparaisons internationales), ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE (graphique 4). La France se place ainsi en troisième position, derrière les États-Unis (17,6%) et les Pays-Bas (12,0%) et à

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, Éco-Santé 2012 pour les autres pays.

GRAPHIQUE 4 ● Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2010



* Données 2009 (ou dernière année connue).

Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2012 pour les autres pays.

un niveau équivalent à celui de l'Allemagne (11,6%) et légèrement supérieur à celui du Canada (11,4%), de la Suisse (11,4% hors FBCF) ou du Danemark (11,1%).

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), les positions de la France et de la Suisse s'inversent : en 2010, la DCS (hors FBCF) représente 11,2% du PIB pour la France.

La hiérarchie des pays est modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense totale 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 dégageaient

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 1 ● Les agrégats des Comptes de la santé

1) Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 180,0 milliards d'euros en 2011.

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) : 240,3 milliards d'euros en 2011.

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) : 232,0 milliards d'euros en 2011.

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.

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 %)
	2009	2010	2011	2011/2010
CSBM	171,1	175,4	180,0	2,7
DCS (Dépense courante de santé)	228,7	234,3	240,3	2,6
- Indemnités Journalières	-11,9	-12,7	-13,0	2,4
- Prévention environnementale et alimentaire	-1,4	-1,3	-1,3	-4,5
- Recherche nette	-3,4	-3,5	-3,6	0,8
- Formation	-1,8	-1,8	-1,8	0,2
+ FBCF	8,0	7,9	7,9	0,6
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	2,8	3,0	3,4	14,0
DTS (dépense totale de santé)	221,0	225,8	232,0	2,8
PIB	1 885,8	1 937,3	1 996,6	3,1
DTS en % de PIB	11,72 %	11,65 %	11,62 %	-0,03 %

Sources • DREES, Comptes de la santé.

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 25^e dans le classement en points de PIB, a un revenu par tête très élevé et se place en 5^e position pour sa dépense de santé par tête. Pour cet indicateur, la France se situe quant à elle au 10^e 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 est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse et Norvège.

Une stabilisation de la croissance des soins hospitaliers, mais une dépense de soins de ville plus dynamique en 2011

• L'évolution de la CSBM reste inférieure à 3% en 2011

Sur la période 1995-2010, c'est entre 2001 et 2003 que la progression de la CSBM en valeur a été la plus rapide, de 5% à 6% par an. Les années 2005-2007 ont ensuite connu un ralentissement de la croissance des dépenses, sur un rythme voisin de 4%. Depuis 2008, le rythme de croissance de la CSBM a nettement ralenti et atteint un point bas en 2010 : +2,5%. S'élevant à **180 milliards d'euros** en 2011, la CSBM progresse de 2,7% en valeur et de 2,8% en volume par rapport à 2010, son prix reculant de 0,1% (tableau 2a).

Le prix de l'ensemble de la CSBM ne progresse pratiquement plus depuis quatre ans : après une hausse de 0,3% en 2008 puis de 0,2% en 2009, ce prix recule même légèrement en 2010 (-0,3%), puis en 2011 (graphique 5). Cette stagnation du prix global reflète le fort ralentissement du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments, que n'a pas compensée la hausse du prix des soins de ville². En effet, en 2011, le prix des soins hospitaliers³ diminue de 0,1% pour la 2^e année consécutive (tableau 2b). La hausse de prix des soins de ville est de 1,1% en raison notamment de la revalorisation du

tarif de la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011. Le prix des médicaments est quant à lui, comme les années antérieures, en diminution de 2% en 2011, après 2,2% en 2010 et 2,6% en 2009.

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 2011 (graphique 7), ce qui est lié notamment à leur poids important dans la consommation (graphique 6). Viennent ensuite les soins de ville (0,9 point) et dans une moindre mesure, les « autres biens médicaux » (0,3 point).

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers est désormais calculé à l'aide d'une méthode « output » basée sur la mesure de l'activité des établissements ; il est proche de 3% depuis trois ans. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,3 point) en 2011, suivis par les soins de ville (+0,6 point). Viennent ensuite les médicaments (+0,5 point) et les autres biens médicaux (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM (graphique 8).

Les médicaments constituaient, depuis de nombreuses années, 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 de remboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume. En 2010-2011, ce ralentissement est effectif.

• La croissance des soins hospitaliers se stabilise...

En 2011, la consommation de soins hospitaliers est de 83,6 milliards d'euros, soit 46,4% de la CSBM. La croissance des soins hospitaliers est de 2,6% en valeur en 2011 après +2,8% en 2010. Ce rythme de croissance est proche de celui de l'ONDAM hospitalier, respecté pour la deuxième année consécutive. L'évolution en volume est de 2,7%, soit un rythme voisin de celui de 2010 (+2,9%), après +3,1% en 2009 (tableau 2b et graphique 9).

2. 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 et de transports.

3. Le volume des soins hospitaliers est désormais calculé, dès le compte provisoire, avec une méthode « output » fondée sur l'activité des établissements, et non plus avec une méthode « input » basée sur les prix des facteurs de production. Le prix des soins hospitaliers ne reflète donc plus le prix des inputs, mais se déduit de la progression des volumes d'activité.

TABLEAU 2A ● La Consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1• Soins hospitaliers	79,2	81,4	83,6	3,9	2,8	2,6
publics	60,5	62,1	63,8	3,9	2,7	2,7
privés	18,7	19,3	19,8	4,0	3,1	2,5
2• Soins de ville	43,3	44,1	45,7	2,9	1,7	3,7
dont : médecins	18,6	18,5	19,2	2,1	-0,8	3,9
dentistes	9,7	10,0	10,3	1,9	2,6	2,6
auxiliaires médicaux	10,4	11,0	11,5	5,9	5,4	4,8
analyses	4,2	4,3	4,4	2,2	1,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,1	3,4	1,4
3• Transports de malades	3,6	3,8	3,9	6,4	5,4	3,0
4• Médicaments	34,1	34,5	34,7	2,0	1,3	0,5
5• Autres biens médicaux	11,0	11,6	12,2	2,9	5,6	5,0
CSBM (1+...+5)	171,1	175,4	180,0	3,3	2,5	2,7

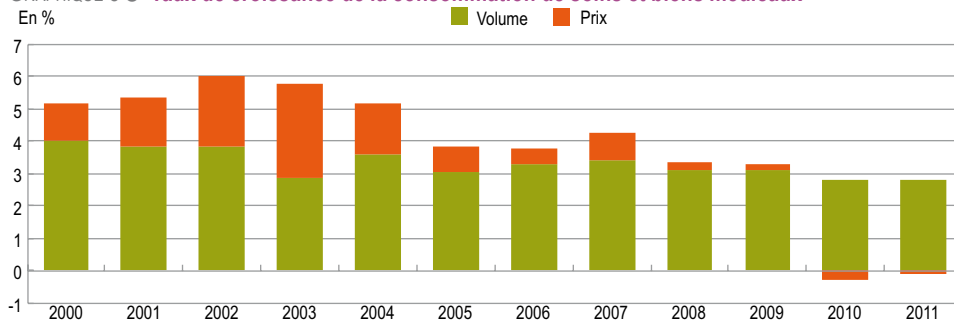
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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

	Valeurs en milliards d'euros en 2011	Taux d'évolution annuel (en %)								
		En valeur			En volume			En prix		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1• Soins hospitaliers	83,6	3,9	2,8	2,6	3,1	2,9	2,7	0,8	-0,1	-0,1
2• Soins de ville	45,7	2,9	1,7	3,7	2,1	1,2	2,5	0,8	0,5	1,1
3• Transports de malades	3,9	6,4	5,4	3,0	3,0	4,5	2,2	3,3	0,8	0,7
4• Médicaments	34,7	2,0	1,3	0,5	4,7	3,6	2,6	-2,6	-2,2	-2,0
5• Autres biens médicaux	12,2	2,9	5,6	5,0	1,6	5,1	4,5	1,2	0,5	0,5
CSBM (1+...+5)	180,0	3,3	2,5	2,7	3,1	2,8	2,8	0,2	-0,3	-0,1

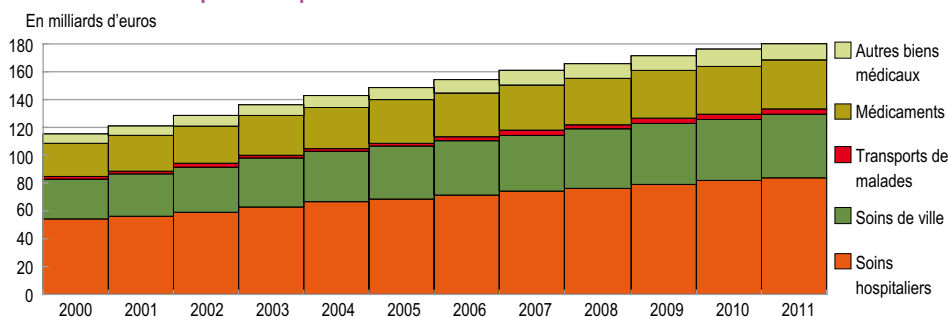
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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.

Dans le secteur public hospitalier, la consommation de soins s'élève à 63,8 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,7% en valeur, comme en 2010; elle reste dans la tendance observée entre 2005 et 2009, très en retrait par rapport à la croissance du début des années 2000 (5% par an en moyenne de 2001 à 2004). Cela découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale, ainsi que de la mise en réserve de certaines dotations (MIGAC) depuis deux ans.

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2011 à 19,8 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 2,5% en 2011 (après +3,1% en 2010), sensiblement inférieure à

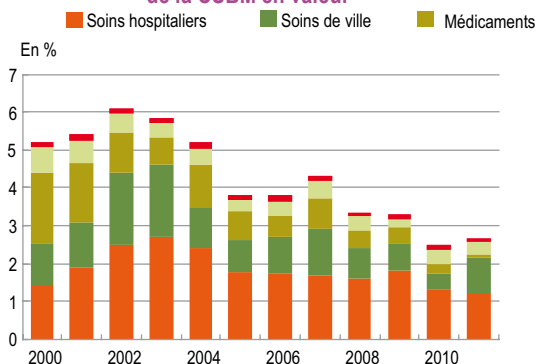
celle enregistrée en 2009 (+4,0%). C'est la plus faible progression observée depuis l'année 2002.

• ... tandis que les soins de ville sont en hausse

En 2011, la consommation de soins de ville s'élève à 45,7 milliards d'euros et représente 25,4% de la CSBM. Après un niveau particulièrement bas en 2010 (+1,7%), la croissance en valeur des soins de ville est en nette reprise en 2011: +3,7%, aussi bien sous l'effet des volumes que des prix (tableau 3).

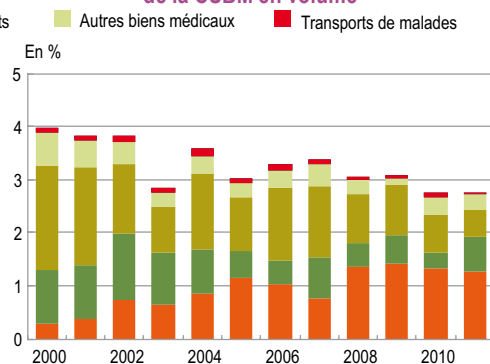
En termes de volume, la hausse de 2011 est le fait de la reprise des soins de médecins et des soins des in-

GRAPHIQUE 7 ● Contribution de la croissance de la CSBM en valeur



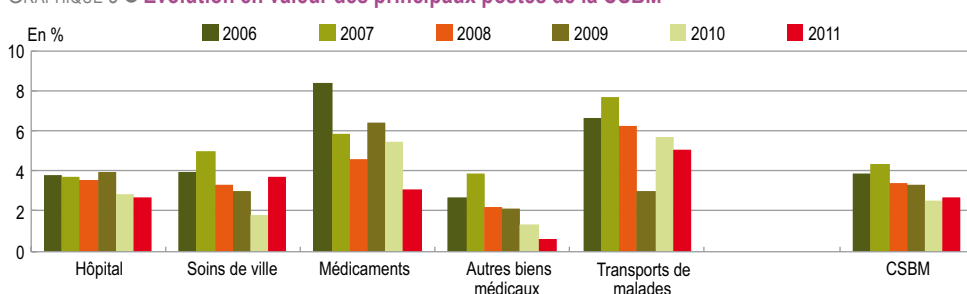
Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 8 ● Contribution de la croissance de la CSBM en volume



Sources • DREES, Comptes de la santé.

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

TABLEAU 3 ● Évolution des soins de ville

	Taux d'accroissements moyens et annuels en %											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Valeur	4,5	4,8	7,7	7,5	4,2	3,3	3,9	4,9	3,3	2,9	1,7	3,7
Prix	0,5	0,7	2,6	3,4	0,9	1,3	2,1	1,8	1,5	0,8	0,5	1,1
Volume	4,0	4,0	5,0	3,9	3,2	2,0	1,8	3,1	1,7	2,1	1,2	2,5

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.

firmiers toujours dynamiques. Mais cette progression des dépenses en 2011 n'est qu'un rattrapage d'un niveau exceptionnellement bas en 2010 dû, en particulier, à un contexte épidémiologique favorable : les pics des épisodes de grippe saisonnière se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épargnant l'année 2010. En outre, la consommation de soins avait été particulièrement faible en décembre 2010 où s'étaient cumulés absence d'épisode grippal important et vacances scolaires de fin d'année concentrées sur ce mois.

En termes de prix, après deux années de très faible hausse, le prix des soins de ville augmente de 1,1 %. La plus forte contribution vient des soins de médecins (+2,1 %) et dans une moindre mesure, du prix des soins des chirurgiens dentistes (+1,1 %).

En 2011, la consommation de soins de **médecine de ville** s'élève à 19,2 milliards d'euros. Elle 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 – comme en base 2000 – ou pour un autre motif). En 2010, elle avait diminué en valeur pour la première fois depuis quinze ans ; en 2011, elle repart à la hausse et augmente de 3,9 % en valeur en raison d'un effet volume (après avoir reculé de 1,1 % en 2010, le volume des soins de médecins croît de 1,8 % en 2011) et d'un effet prix. La hausse des prix des soins de médecins, quasiment nulle en 2010 (+0,3 %), est de 2,1 % en 2011 : elle est principalement due au passage de 22 à 23 euros du prix de la consultation de généraliste à compter du 1^{er} janvier 2011. 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 euros en 2006, puis 22 euros en 2007). Depuis 2008, la hausse des prix restait très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante, les seuls facteurs de croissance des honoraires provenant de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de celle des dépassements pour les spécialistes.

La consommation de soins de **dentistes** s'élève 10,3 milliards d'euros en 2011. Sa croissance en valeur, qui avait ralenti en 2009 (+1,9 %), a repris en 2010 (+2,6 %) et se maintient au même rythme

en 2011 : +2,6 %. Cette hausse est uniquement due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'assurance maladie, c'est-à-dire les soins prothétiques essentiellement ; les soins conservatoires n'ont en effet pas été revalorisés depuis plusieurs années. Les évolutions des six 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 1.7). Les prix progressent de 1,1 % en 2011 après +1,2 % en 2009-2010.

Les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 11,5 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins des infirmiers et les soins des autres auxiliaires médicaux. Rappelons qu'en base 2005, les soins infirmiers ne comprennent plus les Services de soins à domicile (SSAD – 1,4 milliard d'euros en 2011) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement. Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 4,8 % en valeur comme en volume en 2011. La croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes. La croissance en volume, supérieure à 6 % dans les années 2005-2007, varie entre 4 et 5 % par an depuis 2008 ; elle est principalement imputable à celle des soins infirmiers. Après avoir progressé de 0,3 % en 2010, les prix des soins d'auxiliaires médicaux sont restés stables en 2011.

Les **analyses de laboratoire** représentent 4,4 milliards d'euros en 2011. Elles augmentent de 2,6 %, en valeur et en volume, ce qui marque une légère reprise par rapport à une croissance 2010 très faible (+1,7 %). Les prix n'ont pas augmenté (voire diminué pour certains actes), 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 2000 et 2004), l'évolution observée depuis sept 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 : la progression moyenne sur la période 2005-2011 est en effet de 2,6 % par an.

- Une croissance de la consommation de médicaments au plus bas

La consommation de médicaments de l'année 2011 représente 34,7 milliards d'euros, soit 19,3 % de la CSBM. Elle s'élève ainsi à 532 euros par habitant en 2011. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense

française (en PPA) se situe désormais au 5e rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada, de l'Irlande et de l'Allemagne, à un niveau très proche de celle de la Belgique et du Japon (graphique 10).

Le ralentissement de la croissance de la consommation de médicaments amorcé en 2008 est très marqué en 2011 : la hausse en valeur est de 0,5 % seulement en 2011, après +1,3 % en 2010 et +2,0 % en 2009. Ce fort ralentissement résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une augmentation très faible des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments n'est plus que de 2,6 % en 2011, après +3,6 % en 2010 et +4,7 % en 2009. Ce ralentissement est lié à des modifications probables des comportements (effet des campagnes ciblées sur les antibiotiques, méfiance vis-à-vis de certains produits). Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2011.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix de l'année 2011 (-2 %) fait suite à ceux des années précédentes. Ces baisses sont imputables à plusieurs mesures, en particulier aux mesures de baisses de prix ciblées et au développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 109 en 2011, sur

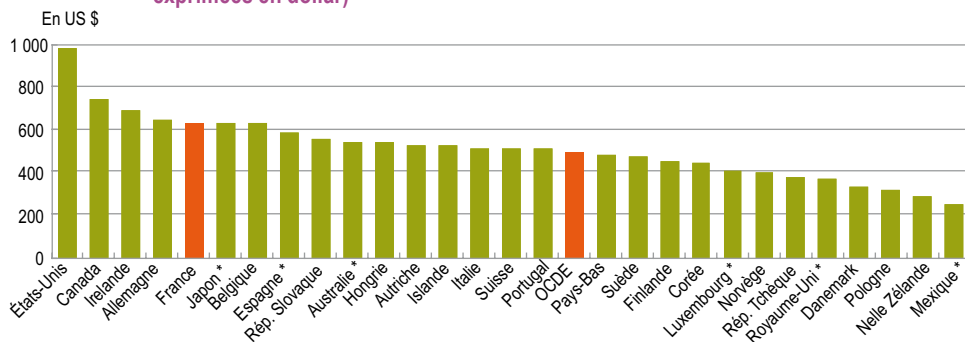
un total de 355 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables a progressé jusqu'en 2010 : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010 ; elle marque le pas en 2011, restant au niveau atteint 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. L'évolution négative des prix est également due au mode de calcul de l'indice des prix des médicaments de l'INSEE⁴.

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins de ville et médicaments) représentent 91,1 % de la CSBM en 2011. D'autres postes moins importants connaissent des évolutions significatives.

• Une progression des autres biens médicaux toujours soutenue...

En 2011, les dépenses liées aux « autres biens médicaux » consommés en ville représentent 12,2 milliards d'euros. Après un ralentissement passager en 2009⁵, leur croissance reprend un rythme soutenu : +5,0 % en valeur en 2011 après +5,6 % en 2010. Si la progression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (entre 3 et 4 % par an en valeur), celle des dépenses de « petits matériels et pansements »

GRAPHIQUE 10 ● Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2010 (en parités de pouvoir d'achat exprimées en dollar)



* Données 2009 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

4. 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.

5. Le ralentissement 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.

ralentit en 2011 tout en restant élevée (+6 % en valeur en 2011 après +8 % en 2010), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP » (+5,9 % en valeur en 2011 après +6,4 % en 2010).

• ...mais un tassement de la croissance des transports de malades

La consommation de **transports de malades** s'élève à 3,9 milliards d'euros en 2011, soit une croissance en valeur de 3,0 % seulement, après +5,4 % en 2010 et +6,4 % en 2009. Cette évolution est la plus faible enregistrée depuis 14 ans.

Le rythme de croissance des dépenses de transports sanitaires avait repris en 2009 sous l'effet d'une hausse des tarifs (+3,3 %) puis des volumes (+4,5 %) en 2010. En 2011, les volumes n'augmentent plus que de 2,2 % et les prix de 0,7 %. Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades est dû aux 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 transports 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.

TABLEAU 4 ● **Dépense courante de santé**

	Valeur (en milliards d'euros)			Évolution (en %)
	2009	2010	2011	2011/2010
1• CSBM	171,1	175,4	180,0	2,7
SSAD	1,3	1,3	1,4	4,8
Soins aux personnes âgées en établissement	7,3	7,7	8,0	3,9
Soins aux personnes handicapées en établissement	8,0	8,3	8,5	3,4
Indemnités journalières	11,9	12,7	13,0	2,4
2• Autres départements pour les malades	28,6	29,9	30,9	3,2
3• Prévention	6,5	5,8	5,8	0,0
Subventions au système de soins	2,2	2,4	2,6	7,5
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	7,4	7,5	0,8
Formation médicale	1,8	1,8	1,8	0,2
4• Dép. pour le système de soins	11,5	11,7	11,9	2,1
5• Coût de gestion de la santé	15,1	15,4	15,6	1,4
6• Double-compte recherche	-4,1	-3,9	-3,9	0,7
DCS (1 + ... +6)	228,7	234,3	240,3	2,6

Sources • DREES, *Comptes de la santé*.

6. Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

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 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.

Ces autres dépenses représentent le quart de la dépense courante de santé (tableau 4).

Les « autres dépenses pour les malades » se sont élevées à 30,9 milliards d'euros en 2011, dont 9,4 milliards pour les personnes âgées⁶, 8,5 milliards pour les personnes handicapées et 13 milliards pour les indemnités journalières.

Les dépenses de **soins aux personnes âgées en établissement** s'élèvent à 8 milliards d'euros en 2011. Depuis 2002, le rythme annuel de croissance de ces dépenses était resté supérieur à 10 %, les plus fortes hausses s'étant produites en 2008 (+14 %) et 2009 (+15,3 %). La hausse ralentit fortement pour la deuxième année consécutive : +5,4 % en 2010 puis +3,9 % en 2011.

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 2011, 6,9 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD ; après une croissance exceptionnelle de 22 % 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 4,3 % en 2011. 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 majoritaires avec 57 % de la dépense.

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 2011, on évalue à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

En base 2005, aux soins en établissement sont ajoutées les dépenses des **Services de soins à domicile (SSAD)**, soit 1,4 milliard d'euros en 2011. Le rythme de croissance annuel de ces soins est de 4,8 % en 2011 (après +1,8 % en 2010), nettement en deçà de ceux constatés sur la période 2002-2009 (+8 % par an en moyenne). Notons que cet ajout permet d'assurer un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, qu'elles soient délivrées en établissement ou à domicile.

Sont également intégrés à la DCS les **soins aux personnes handicapées** en établissement. Celles-ci s'élèvent à 8,5 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2010.

En 2011, le rythme de croissance des **indemnités journalières**, qui s'élèvent à 13 milliards d'euros, diminue fortement par rapport à celui des trois dernières années : il s'établit à 2,4 % en 2011, après +6,1 % en 2010, +4,2 % en 2009 et +6 % en 2008. Après la forte hausse du début des années 2000 (+8,5 % en moyenne entre 2000 et 2003), les mesures de contrôle instituées par la CNAM avaient fait baisser le rythme de croissance de 2003 à 2006 (moins de 1 % en moyenne annuelle). À partir de 2007 cependant, la croissance avait repris : la

hausse moyenne des indemnités journalières sur la période 2007-2010 s'était établie à 4,5 % par an ; l'année 2011 marque donc une rupture qui pourrait s'expliquer notamment par la hausse du chômage.

Avec un montant de 5,8 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** sont stables en 2011. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 en raison des dépenses engagées pour se prémunir contre la grippe H1N1 ; logiquement, les dépenses de 2010-2011 reviennent au niveau de 2008. Ce montant représente 88 euros par habitant en 2011. 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 2011, 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 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 2011, les **subventions au système de soins** sont évaluées à 2,6 milliards d'euros pour l'année 2011, soit une évolution de +7,5 % par rapport à 2010.

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 Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ainsi que les aides à la télétransmission.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2011, soit 115 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 légèrement progressé pour atteindre 53 % en 2011.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,8 milliard d'euros en 2011, soit 0,2% de plus qu'en 2010. 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 15,6 milliards d'euros pour l'année 2011. 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 subventions et 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 sont estimés en 2011 en supposant stable le ratio « frais de gestion sur prestations » évalué sur la base des données collectées par l'Autorité de contrôle

prudentiel (ACP) et publiés dans le rapport DREES sur « la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » de novembre 2011, relatif aux données de 2010.

Dans le financement de la CSBM, le reste à charge des ménages reste stable par rapport à 2010

Les évolutions présentées ci-dessus sont, par nature, différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juillet 2012). 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 2). 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 135,8 milliards d'euros en 2011, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM recule légèrement puisqu'elle s'établit à 75,5% contre 75,7% en 2010. 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 contraire : 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 complémentaires⁷), 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.

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

En %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base *	76,7	76,7	76,8	77,0	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5
État et CMU-C organisme de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires **	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
dont : Mutuelles **	7,6	7,4	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4
Sociétés d'assurance **	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7
Institutions de prévoyance **	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris déficit des hôpitaux publics.

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

Sources • DREES, *Comptes de la santé*.

7. 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.

ENCADRÉ 2 ● 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 2011 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2013 (compte semi-définitif) et en 2014 (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. 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 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 la 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.

TABLEAU 5 ● Passage de la CSBM à l'ONDAM en 2011

En milliards d'euros

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale *	135,8
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,3
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD **	8,5
+ ONDAM personnes handicapées	8,3
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,2
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,6
+ Autres prises en charge ***	1,2
Total	166,9
Écart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,3
ONDAM (données provisoires)	166,6

* Dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2, p. 209).

** 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 0,9 milliard d'euros en 2011).

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

Sources • DREES, *Comptes de la santé*; CCSS juillet 2012 pour l'ONDAM.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 11). Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale reste de l'ordre de 75,7%. Elle recule légèrement en 2011 en raison d'une part du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds effectués en ville ou à l'hôpital, d'autre part du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 12). Elle atteint 24,6 milliards d'euros en 2011, soit 13,7% de la CSBM contre 13,5% en 2010.

Entre 2000 et 2011, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4% en 2000 à 13,7% en 2011. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire : 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.

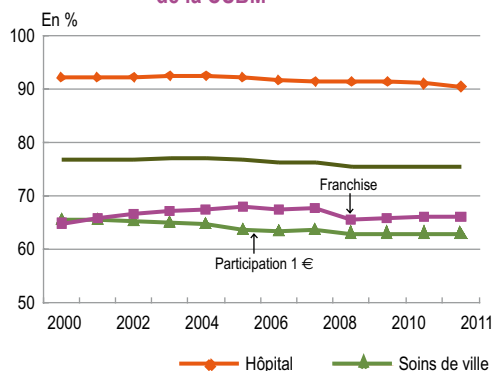
Entre 2005 et 2007, cette progression s'expliquait notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008 s'est ajoutée la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (de plus de 91 euros) et en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier, passé de 16 à 18 euros par jour. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une

augmentation lente mais continue sur les prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires des médecins et soins prothétiques des dentistes) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur 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 a le plus progressé depuis onze ans : elle atteint 37,1% en 2011 alors qu'elle n'était que de 26,2% en 2000.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers », « Soins de ville » 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 la prise en charge des dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro 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 18,7% en 2000 à 16,3% en 2009.

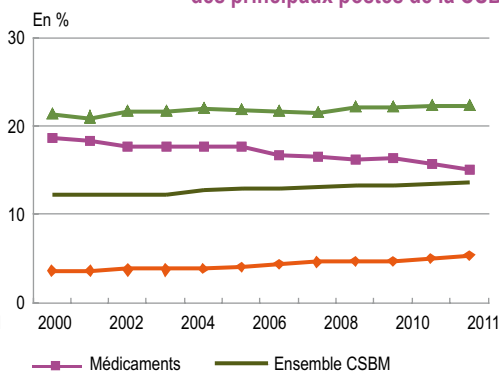
En 2011, cette tendance se prolonge avec la hausse de la part prise en charge par les organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux. Pour les soins de ville et soins hospitaliers, du fait du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Pour les biens médicaux, du fait de l'accroissement régulier des prises en charge par les organismes complémentaires de biens à l'évolu-

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.

tion dynamique, comme l'optique. Cette hausse est toutefois modérée par la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15% en raison de leur faible service médical rendu.

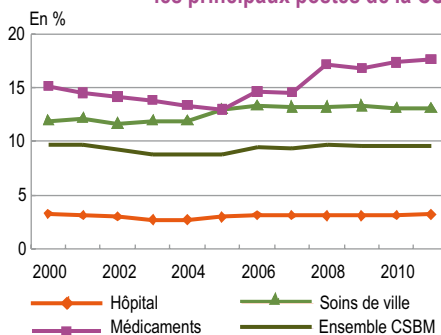
Si l'on ajoute la taxe versée par les organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,5% de la CSBM (contre 13,7% sans prise en compte de cette taxe).

Le **reste à charge des ménages** atteint 17,3 milliards d'euros en 2011, soit 9,6% de la CSBM; il reste stable par rapport à 2009-2010 (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 2004, 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 puisqu'il était passé de 9,0% en 2005 à 9,7% en 2008. Cette augmentation 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 (assurés en ALD). 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).

Sur la période 2009-2011, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participa-

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



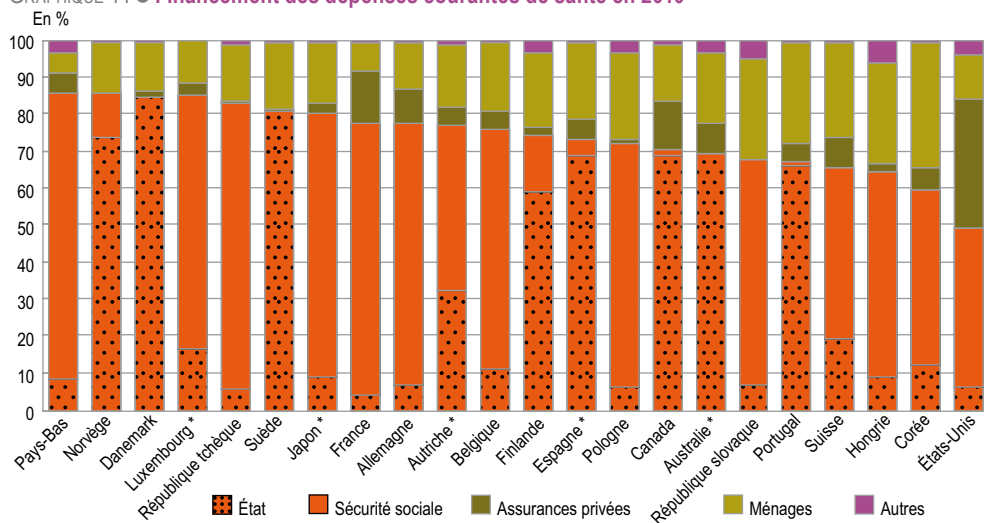
Sources • DREES, *Comptes de la santé*.

tion des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reste stable⁸. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale) tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complémentaires des biens médicaux a l'effet inverse.

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, 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). ■

8. Les comptes 2010 provisoires, présentés en 2011, qui indiquaient une légère baisse du reste à charge des ménages (à 9,4%), ont été revus; le reste à charge est maintenant stable en 2010 par rapport à 2009 dans les comptes semi-définitifs.

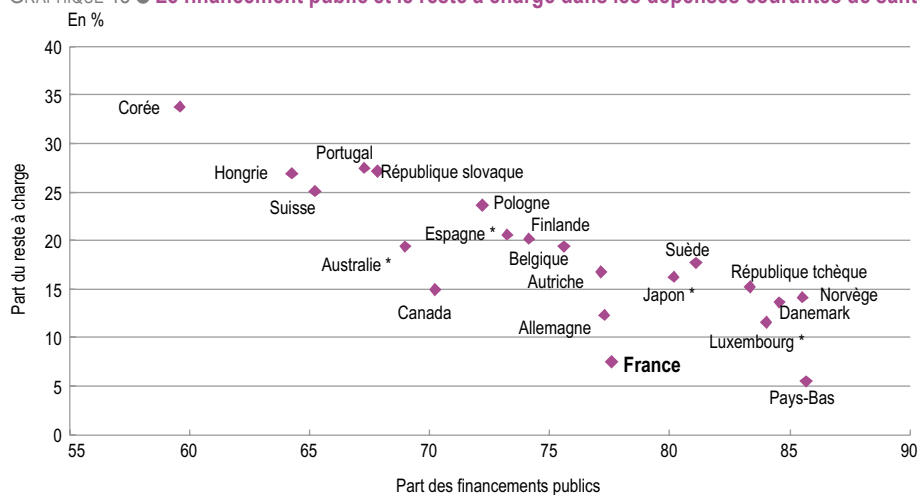
GRAPHIQUE 14 ● **Financement des dépenses courantes de santé en 2010**



* Données 2009.

Sources • Éco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

GRAPHIQUE 15 ● **Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2010**



* Données 2009.

Sources • Éco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

Pour en savoir plus

- DREES, 2012, « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2005 », *Document de travail*, série statistiques, DREES, à paraître.
- Koubi M. et Fenina A, 2012, « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », DREES, *Document de travail*, série études et recherche, DREES, n° 118, mars 2012.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
- Yilmaz E., 2012, « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010 », dans ce rapport.
- Thuaud E., 2012 « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010 » DREES, dans ce rapport.
- Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 716, février.
- Bellamy V., 2011, « Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 786, décembre.
- Bellamy V., 2012, « Les revenus d'activité des médecins libéraux » dans ce rapport.
- Bertrand D., 2010, « Les services des soins à domicile (SSAD) en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 739, septembre.
- Lê F., Raynaud D., 2007, « Les indemnités journalières », *Études et Résultats*, DREES, n° 595, septembre.
- Fenina A., Geffroy Y., Minc C., et al., 2006, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 504, juillet.