Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES

comptes nationaux de la santé 2012

édition 2013

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

comptes nationaux de la santé 2012

édition 2013

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Coordination
Catherine Zaidman

Rédaction
Marie-Anne Le Garrec, Marion Bouvet

Contributions
Bénédicte Boisguérin, Lucie Calvet, Blandine Juillard-Condat, Renaud Legal, Claire Marbot, Céline Pilorge, Romain Roussel, Julie Solard, Éric Thuaud, Engin Yilmaz

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Laurence Grivet

Mise en pages
Philippe Brulin

Remerciements
La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la santé. Étant donné le nombre important des organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera toutefois plus particulièrement pour la diversité et le volume des données fournies la direction de la Sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la direction générale des finances publiques, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mais aussi l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), le Fonds CMU, les entreprises du médicament (LEEM)…

n° ISBN : 978-2-11-138300-5

AVANT-PROPOS

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2005 » de la Comptabilité nationale qui s'est substituée, il y a deux ans, à la précédente « base 2000 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2012, aux données semi-définitives de l'année 2011 et aux données définitives des années 2000 à 2010.

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

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

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2012.

Une deuxième partie comprend deux dossiers : le premier sur le prix des médicaments suite à leur déremboursement et la concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution des médicaments non remboursables, le second sur les dépenses de santé, les hospitalisations et les pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus.

La troisième partie comprend quatre éclairages : le premier porte sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et en 2012, le deuxième sur la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011, le troisième sur l'évolution du marché du médicament remboursable entre 2011 et 2012 et le dernier sur les comptes des hôpitaux du secteur public entre 2006 et 2011.

La quatrième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques.

Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2000 à 2012.

SOMMAIRE

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ 2012

VUE D'ENSEMBLE 9

DOSSIERS 29
Prix des médicaments suite à leur déremboursement et concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution des médicaments non remboursables 31
Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus 55

ÉCLAIRAGES 71
La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et en 2012 73
La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011 87
L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2011 et 2012 97
Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2011 : de la comptabilité générale à la comptabilité nationale 111

FICHES THÉMATIQUES 133

1 • La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

1.1 • La Consommation de soins et de biens médicaux 134
1.2 • L'évolution de la CSBM depuis 1950 136
1.3 • La consommation de soins hospitaliers 138
1.4 • L'offre hospitalière 140
1.5 • L'activité hospitalière 142
1.6 • La consommation de soins de médecins 144
1.7 • Les effectifs de médecins 146
1.8 • Les chirurgiens-dentistes 148
1.9 • Les infirmiers 150
1.10 • Les autres auxiliaires médicaux 152
1.11 • Les laboratoires d'analyses, les cures thermales 154
1.12 • La consommation de médicaments en ville 156
1.13 • Le marché des médicaments 158
1.14 • Les autres biens médicaux 160
1.15 • Les transports de malades 162
1.16 • Les échanges extérieurs 164

2 • La Dépense courante de santé (DCS)

2.1 • La Dépense courante de santé 166
2.2 • Les soins de longue durée aux personnes âgées 168
2.3 • Les soins de longue durée aux personnes handicapées 170
2.4 • Les indemnités journalières 172
2.5 • La prévention institutionnelle 174
2.6 • Les dépenses en faveur du système de soins 176
2.7 • Les coûts de gestion du système de santé 178

3 • La Dépense totale de santé (DTS)
3.1 • Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé 180
3.2 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières 182
3.3 • Comparaisons internationales sur les médecins 184
3.4 • Comparaisons internationales sur les médicaments 186
3.5 • Les soins de longue durée (Long-Term Care) 188
3.6 • Comparaisons des besoins de soins non satisfaits 190

4 • Le financement de la santé
4.1 • Le financement de la CSBM depuis 1950 192
4.2 • Le financement des principaux types de soins 194
4.3 • Les financements publics 196
4.4 • La CSBM, la DCS et l'ONDAM 198
4.5 • Le financement par les organismes complémentaires 200
4.6 • Le reste à charge des ménages 202
4.7 • Le financement du Fonds CMU 204

ANNEXES 207
1 • Les agrégats des Comptes de la santé 208
1.1 • La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) 208
1.2 • Les autres dépenses courantes de santé 208
1.3 • La Dépense courante de santé (DCS) 208
1.4 • La Dépense totale de santé (DTS) 208
1.5 • La révision des Comptes 209
1.6 • Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux 209

2 • La production des établissements de santé 213
2.1 • Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier 213
2.2 • Les établissements de santé du secteur public 214
2.3 • Les établissements de santé du secteur privé 214

3 • Des indices spécifiques au secteur de la santé 215
3.1 • Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale 215
3.2 • L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé 217
3.3 • Le prix des soins dans les cliniques privées 218
3.4 • Le prix des soins de médecins 218
3.5 • Le prix des médicaments 218
3.6 • Le prix des autres biens médicaux 219

4 • Liste des sigles utilisés 220

TABLEAUX DÉTAILLÉS 2000-2012 223
La Consommation de soins et de biens médicaux 224
La Dépense courante de santé 230
La Dépense courante par type de financement 232

Vue d'ensemble

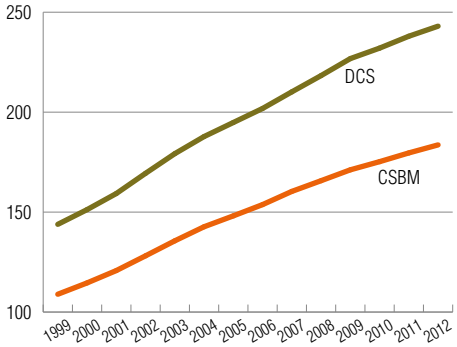
Les Comptes nationaux de la santé, compte satellite de la comptabilité nationale, évaluent chaque année la Dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la Consommation de soins et de biens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

En 2012, **la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** est évaluée à 183,6 milliards d'euros, soit 2 806 euros par habitant (graphique 1a). La CSBM représente ainsi 9 % du PIB en 2012 ; ce pourcentage est stable depuis 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 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du PIB.

Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme en 2012. En effet, la progression reste sensiblement inférieure à 3 % par an depuis trois ans : +2,2 % en 2012 après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010. Ces évolutions sont nettement inférieures à celles observées au début des années 2000. La DCS progresse de 2,1 % par rapport à 2011. Son évolution est fortement liée à celle de la Consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 pendant lequel sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, elle retrouve un rythme proche de celui de la CSBM.

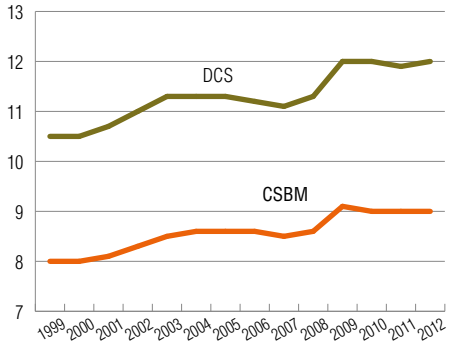
En 60 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 2,6 % en 1950 à 9 % en 2012. Stabilisée entre 1995 et 2000 à environ 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de dépenses, mais aussi de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2005, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an et avoisine 3 %, voire moins depuis 2008. 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 contraction du PIB observée cette année-là : -2,5 % en valeur (graphique 2). Le retour à une croissance positive en 2010, conjugué à une faible progression de la CSBM, a permis de stabiliser ce ratio depuis.

Graphique 1a ● **CSBM et DCS en valeur**
En milliards d'euros



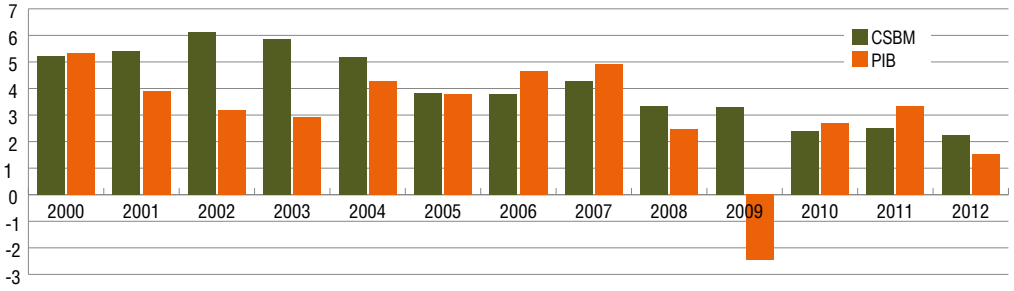
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1b ● **CSBM et DCS en % du PIB**
En %



Sources • DREES, Comptes de la santé.

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



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

ENCADRÉ 1 ● **Les agrégats des comptes de la santé**

1) Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : 183,6 milliards d'euros en 2012

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) : 243,0 milliards d'euros en 2012

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) : 235,6 milliards d'euros en 2012

C'est le concept commun utilisé par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (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.

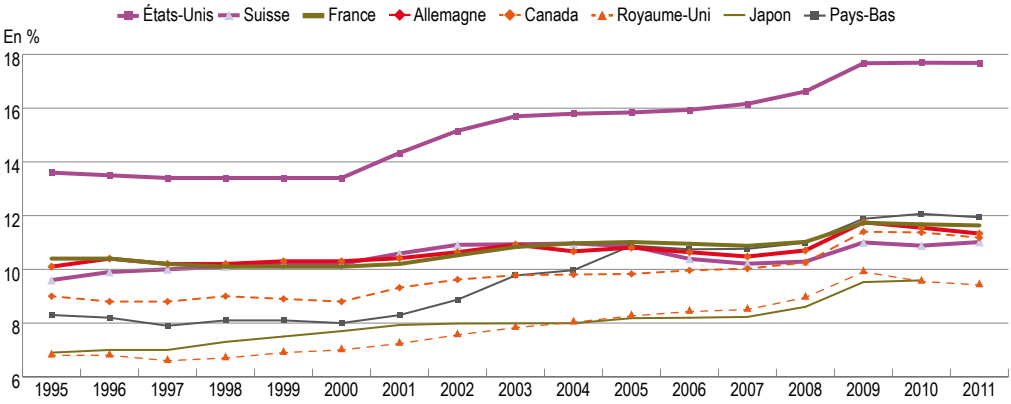
TABLEAU 1 ● **Passage de la Dépense courante de santé à la Dépense totale de santé OCDE**

	Valeur (en milliards d'euros)			Évolution (en %)
	2010	2011	2012	2012/2011
CSBM	**175,2**	**179,6**	**183,6**	**2,2**
DCS (Dépense courante de santé)	**232,0**	**238,0**	**243,0**	**2,1**
- Indemnités journalières	-12,4	-12,6	-12,5	-0,8
- Prévention environnementale et alimentaire	-1,3	-1,2	-1,2	3,7
- Recherche nette*	-3,5	-3,6	-3,6	1,3
- Formation	-1,8	-1,9	-1,9	1,6
+ FBCF	8,1	8,3	8,4	0,6
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	3,3	3,3	3,4	3,2
DTS (Dépense totale de santé)	**224,3**	**230,4**	**235,6**	**2,2**
PIB	**1 936,7**	**2 001,4**	**2 032,3**	**1,5**
DTS en % de PIB	**11,58 %**	**11,51 %**	**11,59 %**	**0,0**

* Recherche nette : recherche hors recherche pharmaceutique (déjà comprise dans le poste médicaments).
Remarque • le ratio DTS/PIB de l'année 2011 n'est pas celui de la base Éco-Santé OCDE 2013 en raison de la modification intervenue depuis sur le calcul des coûts de gestion.
Sources • DREES, Comptes de la santé (campagne de comptes 2011 semi-définitif – 2012 provisoire).

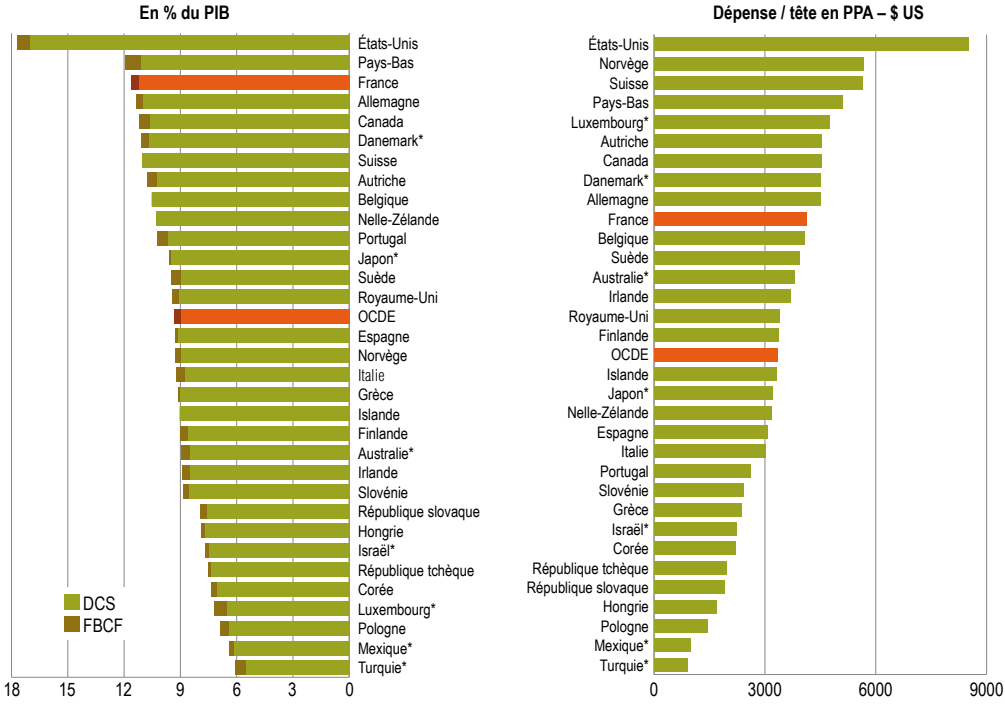
Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB a donc augmenté mécaniquement (graphique 3). La DTS française, concept retenu pour les comparaisons internationales (encadré 1) a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009 ; elle représente 11,6 % du PIB en 2011 (campagne de comptes 2011 provisoire, 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

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 ; Éco-Santé OCDE 2013 pour les autres pays.

Graphique 4 ● Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2011



* Données 2010 (ou dernière année connue).

Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France (campagne de comptes 2011 provisoire) ; Éco-Santé OCDE 2013 pour les autres pays.

position, derrière les États-Unis (17,7 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et à un niveau légèrement supérieur à celui de l'Allemagne (11,3 %), du Canada (11,2 %) et de la Suisse (11,0 % hors formation brute de capital fixe [FBCF]).

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 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 n'est plus que de 0,2 %.

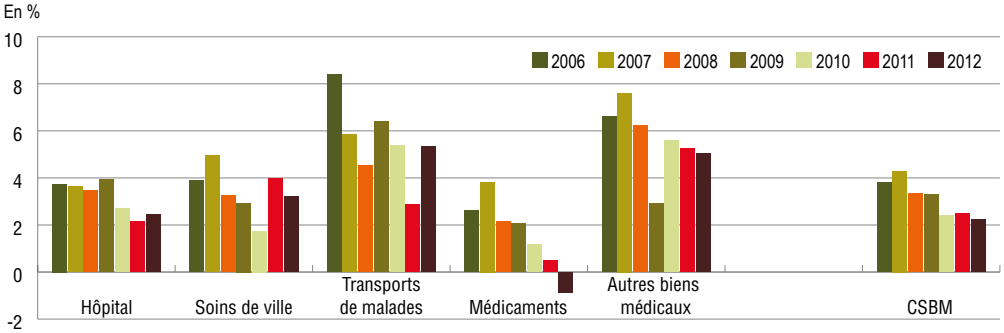
La hiérarchie des pays est modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat[1] plutôt que la dépense en points de PIB. Si les pays à revenus par tête les plus élevés dégageaient systématiquement plus de richesse 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 25e dans le classement en points de PIB, a un revenu par tête très élevé et se place en 5e position pour sa dépense de santé par tête. Pour cet indicateur, la France se situe quant à elle au 10e 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 en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse et Norvège.

Une croissance contenue pour les soins hospitaliers, ralentie pour les soins de ville et une baisse des médicaments en 2012

• L'évolution de la CSBM reste sensiblement inférieure à 3 % depuis 3 ans.

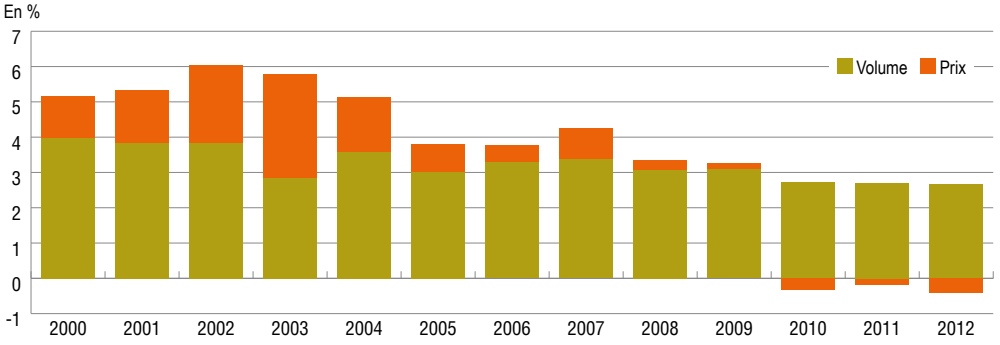
Sur la période 2000-2007, la croissance de la CSBM en valeur a été très forte : +5,6 % par an en moyenne entre 2000 et 2004, puis +4 % en moyenne annuelle

Graphique 5 ● **Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM**



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Graphique 6 ● **Taux de croissance de la Consommation de soins et de biens médicaux**



Sources • DREES, Comptes de la santé.

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.

Tableau 2a ● La Consommation de soins et de biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1 - Soins hospitaliers	**81,3**	**83,1**	**85,1**	**2,7**	**2,1**	**2,4**
publics	62,0	63,4	64,9	2,6	2,2	2,4
privés	19,3	19,7	20,2	3,0	2,0	2,6
2 - Soins de ville	**44,1**	**45,8**	**47,3**	**1,7**	**4,0**	**3,2**
dont médecins	18,5	19,3	19,7	-0,8	4,4	2,4
dentistes	10,0	10,3	10,5	2,6	3,0	2,2
auxiliaires médicaux	11,0	11,5	12,4	5,4	4,9	7,2
analyses	4,3	4,4	4,3	1,7	2,4	-1,8
cures thermales	0,3	0,3	0,4	3,4	1,3	6,1
3 - Transports de malades	**3,8**	**3,9**	**4,1**	**5,4**	**2,9**	**5,3**
4 - Médicaments	**34,5**	**34,6**	**34,3**	**1,2**	**0,5**	**-0,9**
5 - Autres biens médicaux	**11,6**	**12,2**	**12,8**	**5,6**	**5,3**	**5,1**
CSBM (1+…+5)	**175,2**	**179,6**	**183,6**	**2,4**	**2,5**	**2,2**

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2b ● Évolution de la Consommation de soins et de biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2012	Taux d'évolution annuel (en %)								
		en valeur			en volume			en prix		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1- Soins hospitaliers	**85,1**	2,7	2,1	2,4	2,8	2,4	2,7	-0,1	-0,3	-0,2
2- Soins de ville	**47,3**	1,7	4,0	3,2	1,2	2,8	2,3	0,5	1,1	0,9
3- Transports de malades	**4,1**	5,4	2,9	5,3	4,5	2,1	3,7	0,8	0,7	1,6
4- Médicaments	**34,3**	1,2	0,5	-0,9	3,4	2,5	2,4	-2,2	-2,0	-3,2
5- Autres biens médicaux	**12,8**	5,6	5,3	5,1	5,0	4,7	4,5	0,5	0,5	0,5
CSBM (1+…+5)	**183,6**	**2,4**	**2,5**	**2,2**	**2,7**	**2,7**	**2,7**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,4**

Sources • DREES, Comptes de la santé.

de 2005 à 2007. Le ralentissement de la croissance de la CSBM amorcé en 2008 se poursuit depuis. En effet, avec un montant de **183,6 milliards d'euros,** en 2012, la CSBM progresse de 2,2 % seulement en valeur par rapport à 2011. C'est le recul historique de la dépense de médicaments conjugué à un ralentissement de la dépense de soins de ville[2] qui est à l'origine de cette faible hausse. La progression reste significativement inférieure à 3 % par an depuis trois ans : +2,2 % en 2012 après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010 (graphique 5 et tableau 2a).

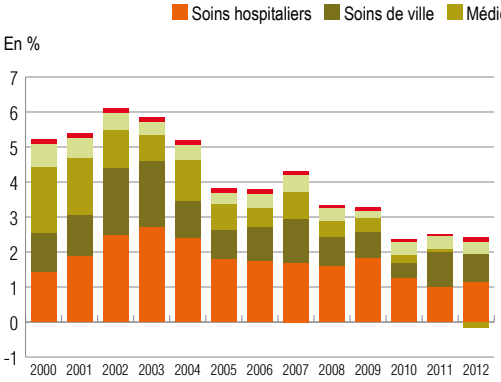
L'augmentation en volume de la CSBM s'établit à 2,7 % par rapport à 2011, car le prix moyen de l'ensemble de la CSBM recule de 0,4 % (tableau 2b). En termes cumulés, ce prix n'augmente plus depuis cinq ans ; après une hausse de 0,3 % en 2008 puis de 0,2 % en 2009, il recule légèrement depuis : -0,3 % en 2010, -0,2 % en 2011 et -0,4 % en 2012 (graphique 6). 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 compensés la hausse du prix des soins de ville. En effet, le prix des soins hospitaliers[3] est en diminution pour la troisième année consécutive : -0,2 % en 2012. La hausse de prix des soins de ville est de 0,9 % en raison notamment de la revalorisation des tarifs des auxiliaires médicaux intervenue en 2012. Le prix des médicaments[4] continue, quant à lui, de diminuer (-3,2 % en 2012, après -2 % en 2011

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 (médicaments et dispositifs médicaux) et de transports sanitaires.

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.

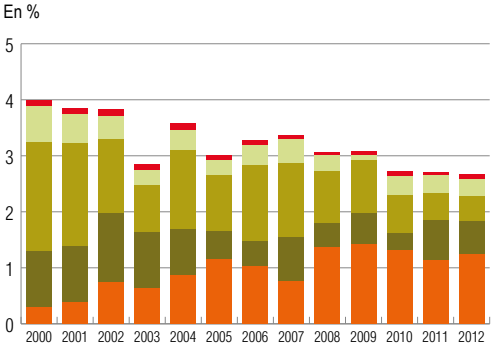
4 • L'indice INSEE du prix des médicaments est calculé chaque année à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est pas retracée dans son évolution.

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.

et -2,2 % en 2010) sous l'effet de baisses de prix particulièrement importantes et de la génération de médicaments très consommés.

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 sa part au sein de cet agrégat. À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,1 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la Consommation de soins et de biens médicaux en 2012 (graphique 7), ce qui est lié notamment à leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville[5] (0,8 point) et, dans une moindre mesure, les « autres biens médicaux » (0,3 point). Pour la première fois, la contribution en valeur des médicaments est négative en 2012 : -0,2 point, ce qui est lié au recul de leur consommation observé en 2012.

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 de 2,8 % en 2012. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,2 point) en 2012, suivis par les soins de ville (+0,6 point) [graphique 8]. 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, mais dont la consommation augmente à un rythme soutenu depuis quinze ans.

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 déremboursements de certains médicaments à service médical rendu insuffisant, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume. Depuis 2008, ce ralentissement est effectif et s'accentue nettement en 2011-2012.

• La croissance des soins hospitaliers se stabilise…

En 2012, la consommation de soins hospitaliers est de 85,1 milliards d'euros, soit 46,3 % de la CSBM. La croissance des soins hospitaliers est de 2,4 % en valeur en 2012 après +2,1 % en 2011. Ce rythme de croissance est proche de celui de l'ONDAM hospitalier. L'évolution en volume est un peu supérieure : elle atteint 2,7 %, après +2,4 % en 2011 et +2,8 % en 2010 (tableau 2b) [graphique 7].

Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 64,9 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,4 % en valeur, après +2,2 % en 2011 ; elle reste dans la tendance observée entre 2005 et 2010, très en retrait par rapport à la croissance du début des années 2000 (5 % par an de 2000 à 2004). Cela découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2012 à 20,2 milliards d'euros, soit une progression en légère reprise : +2,6 % en 2012 après +2 % en 2011. Le rythme de crois-

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

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	2012
Valeur	4,5	4,8	7,7	7,5	4,2	3,3	3,9	4,9	3,3	2,9	1,7	4,0	3,2
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	0,9
Volume	4,0	4,0	5,0	3,9	3,2	2,0	1,8	3,1	1,7	2,1	1,2	2,8	2,3

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.

sance du secteur privé a toutefois nettement ralenti depuis trois ans, et il faut remonter aux années 2000-2001 pour retrouver un rythme aussi faible.

• …et celle des soins de ville ralentit

En 2012, la consommation de soins de ville s'élève à 47,3 milliards d'euros et représente 25,7 % de la CSBM. Après un niveau particulièrement bas en 2010 (+1,7 %) en raison d'un contexte épidémiologique favorable et de l'absence de revalorisation notable de tarifs des professionnels de santé, la croissance en valeur des soins de ville avait repris en 2011 (+4,0 %). Elle progresse de 3,2 % en 2012, avec un léger ralentissement des volumes comme des prix (tableau 3).

En termes de volume, la hausse de 2012 est essentiellement due aux soins des auxiliaires médicaux (+5,3 %) et en particulier des soins infirmiers, toujours dynamiques. Le volume des soins de médecins ralentit légèrement comme celui des dentistes, et celui des analyses recule pour la première fois depuis quinze ans.

Après avoir augmenté de 1,1 % en 2011 en raison de la hausse de la consultation de généraliste, le prix des soins de ville augmente de 0,9 % en 2012, sous l'effet des revalorisations des tarifs des soins des auxiliaires médicaux intervenues au cours de l'année (+1,8 %).

En 2012, la consommation de soins de **médecine de ville** s'élève à 19,7 milliards d'euros, y compris la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui a remplacé le forfait CAPI. Versée aux médecins généralistes en 2013 au titre de l'activité de l'année 2012, elle est comptabilisée dans la CSBM de 2012, pour un montant estimé à 270 millions d'euros. La consommation de soins de médecine de ville est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend ni les consultations externes des hôpitaux publics ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète ou pour un autre motif). En 2010, la consommation de soins de ville avait diminué en valeur pour la première fois depuis quinze ans ; après une nette reprise en 2011 (+4,4 %), sa croissance ralentit en 2012 avec une progression limitée à 2,4 %. La hausse de 2011 était due à une reprise des volumes, par rapport à une année 2010 atypique du point de vue épidémiologique (absence d'épidémie de grippe), conjuguée à une hausse des prix (passage de 22 à 23 euros du prix de la consultation de généraliste à compter du 1er janvier 2011). En 2012, les volumes de soins de médecins progressent de 1,9 % et les prix de 0,5 % en l'absence de revalorisation tarifaire importante. Depuis 2009, les principaux facteurs de croissance des prix proviennent de la revalorisation des actes, intervenue en 2011 pour les généralistes, et de la hausse des dépassements pour les spécialistes.

La consommation de soins de **dentistes** s'élève à 10,5 milliards d'euros en 2012. Sa croissance en valeur est proche de 3 % depuis 2006 : +2,2 % en 2012 après +3 % en 2011 et +2,6 % en 2010. Cette progression 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 conservateurs n'ont en effet pas été revalorisés depuis plusieurs années[6]. Les évolutions des sept 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 1.8). Les prix progressent de 0,9 % en 2012 après +1,1 % en 2010-2011.

Les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 12,4 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins 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 (1,5 milliard d'euros en 2012) qui ont été regroupés avec les soins de

6 • Une nouvelle convention nationale signée en 2012 prévoit des revalorisations des soins conservateurs à partir de février 2013.

longue durée aux personnes âgées en établissement. Les soins d'auxiliaires médicaux sont en forte hausse en 2012 : +7,2 % en valeur, après +4,9 % en 2011. Si la croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes, la revalorisation des tarifs des infirmiers en mai 2012 puis de ceux des kinésithérapeutes en juillet entraîne une hausse des prix moyenne de 1,8 % sur l'année. 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.

La consommation d'**analyses de laboratoire,** évaluée à 4,3 milliards d'euros en 2012, recule pour la première fois depuis quinze ans : -1,8 % par rapport à 2011. Ce recul est dû à une nouvelle diminution de cotation de certains actes ainsi qu'aux mouvements de grève intervenus en février puis en novembre 2012. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 7 % par an en moyenne entre 2000 et 2004), l'évolution observée depuis huit 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 2005-2012 est en effet restée contenue à 1,8 % par an.

• Un recul historique de la consommation de médicaments

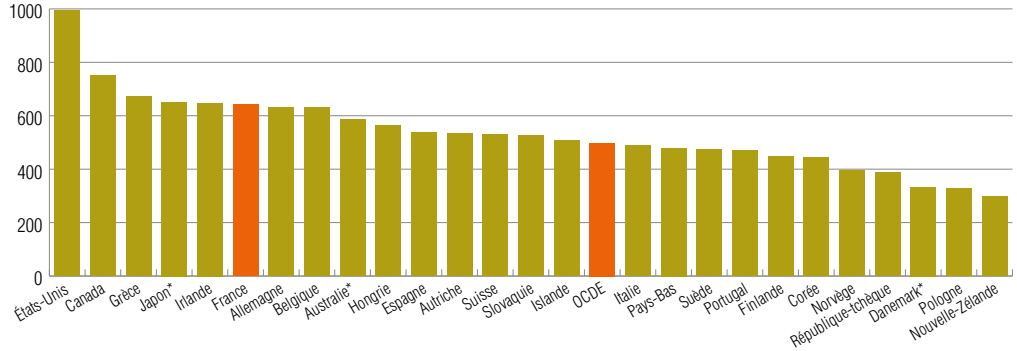
En 2012, la consommation de médicaments en ville s'élève à 34,3 milliards d'euros. Elle recule pour la première fois en valeur : -0,9 % après +0,5 % en 2011 et +1,2 % en 2010. Ce sont les plus faibles évolutions jamais enregistrées. Elle représente 18,7 % de la CSBM, et s'élève à 525 euros par habitant (532 euros en 2011). Ce recul résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'un net tassement des volumes. Il est à mettre en regard avec les importantes baisses de prix mises en œuvre par le CEPS[7] en 2012, le renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques » à partir de juillet 2012 et avec la générication de spécialités très consommées.

Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de produits pharmaceutiques (en PPA) se situe désormais au 6e rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada, de la Grèce, du Japon et de l'Irlande, et à un niveau très proche de celle de l'Allemagne et de la Belgique (graphique 9).

En volume, la consommation de médicaments n'augmente plus que de 2,4 % en 2012. Outre les effets de substitution des génériques, le ralentissement des volumes est lié à la diminution des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements (effet des campagnes ciblées sur les antibiotiques, méfiance vis-à-vis de certains produits).

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue, en particulier en raison des baisses de prix ciblées et du développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 109 en 2012, sur un total de 352 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. Le tassement des prix est

Graphique 9 • **Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant (2011)**
(en parités de pouvoir d'achat exprimées en dollars)



* Données 2010 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2013, juin 2013.

7 • CEPS : Comité économique des produits de santé.

très marqué en 2012 : -3,2 % après -2 % en 2011. Il est en particulier dû à la générication de quelques spécialités parmi les plus vendues en France. Hormis un léger recul en 2011, la part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables ne cesse de progresser : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 15,7 % en 2012. Néanmoins, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens. Enfin, l'évolution négative des prix est également due au mode de calcul de l'indice des prix des médicaments par l'INSEE[8].

• Une progression des autres biens médicaux toujours soutenue

En 2012, les dépenses liées aux **« autres biens médicaux »** représentent 12,8 milliards d'euros. Après un ralentissement passager en 2009[9], leur croissance conserve un rythme soutenu de plus de 5 % par an depuis 2010. Les dépenses d'optique progressent de 4 % en 2012, tandis que celles de « petits matériels et pansements » et celle des « prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) » augmentent respectivement de 5,6 % et 6,6 % par rapport à 2011.

• Une reprise de la croissance des transports de malades

La consommation de **transports de malades** s'élève à 4,1 milliards d'euros en 2012, soit une hausse de 5,3 %, après +2,9 % en 2011 et +5,4 % en 2010. Après avoir connu des hausses de 8 % à 10 % par an au début des années 2000, le rythme de croissance des dépenses de transports sanitaires avait ralenti avec les efforts de maîtrise engagés depuis 2007 : des règles de prescription plus restrictives s'appliquent depuis le 1er janvier 2007, des accords ont été signés pour optimiser les dépenses en favorisant les transports partagés et, depuis 2011, de nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (et plus particulièrement des transports de malades) ont été signés entre les ARS et les établissements de santé. En 2012, la reprise observée est due en particulier aux revalorisations de tarifs des ambulances et des véhicules sanitaires légers (VSL) intervenues en février et à celle des taxis en avril. L'indice de prix des transports augmente ainsi de 1,6 % contre +0,7 % seulement en 2011.

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, soins et services à domicile [SSAD], 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 (tableau 4).

Les « autres dépenses en faveur des malades » se sont élevées à 31,2 milliards d'euros en 2012, dont 10 milliards pour les personnes âgées[10], 8,8 milliards pour les personnes handicapées et 12,5 milliards pour les indemnités journalières.

Les dépenses de **soins aux personnes âgées en établissement** s'élèvent à 8,3 milliards d'euros en 2012. 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 nettement depuis deux ans : +3,9 % en 2011 et +4,4 % en 2012, contre +7,4 % en 2010.

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

8 • 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.

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

10 • Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

En 2012, 7,3 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 1er août 2008, l'augmentation est de 5 % en 2012. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. Malgré la croissance plus rapide du secteur privé à but lucratif jusqu'en 2009, les établissements publics et privés à but non lucratif d'hébergement pour personnes âgées restent encore majoritaires avec 61 % de la dépense en EHPA-EHPAD.

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2012, on évalue à un peu plus d'un milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

Les dépenses des **services de soins à domicile (SSAD)** représentent 1,5 milliard d'euros en 2012. Bien que le rythme de croissance annuel de ces soins reste soutenu avec +4,8 % en 2011 et +5,1 % en 2012, il est en deçà de ceux constatés sur la période 2002-2009 (+8 % par an en moyenne).

Sont également intégrées à la DCS les dépenses de **soins aux personnes handicapées** en établissement. Celles-ci s'élèvent à 8,8 milliards d'euros en 2012 ; elles progressent plus lentement en 2012 : +2,6 % après +3,4 % en 2011.

Pour la première fois depuis 2005, les dépenses d'**indemnités journalières** reculent en 2012 : elles s'élèvent à 12,5 milliards d'euros, soit 0,8 % de moins qu'en 2011. Cette diminution résulte en premier lieu de la dégradation du marché du travail qui vient limiter le recours aux arrêts maladie. Elle résulte également de la modification du mode de calcul des IJ intervenue en 2012 : en effet, depuis le 1er janvier 2012, le plafond de calcul des IJ maladie a été abaissé à 1,8 SMIC.

Avec un montant de 5,8 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** restent stables en 2012. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 en raison des dépenses engagées pour se prémunir contre la grippe H1N1 ; logiquement, depuis 2010, les dépenses reviennent au niveau de 2008. Ce montant représente près de 89 euros par habitant en 2012. 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 2012, l'État et les collectivités locales ont financé 58 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 17 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail).

Tableau 4 ● **Dépense courante de santé**

	Valeur (en milliards d'euros)			Évolution (en %)
	2010	2011	2012	2012/2011
1 - CSBM	**175,2**	**179,6**	**183,6**	**2,2**
SSAD	1,3	1,4	1,5	5,1
Soins aux personnes âgées en établissements	7,7	8,0	8,3	4,4
Soins aux personnes handicapées en établissements	8,3	8,5	8,8	2,6
Indemnités journalières	12,4	12,6	12,5	-0,8
2 - Autres dépenses pour les malades	**29,7**	**30,5**	**31,1**	**1,8**
3 - Prévention	**5,8**	**5,8**	**5,8**	**0,0**
Subventions au système de soins	2,4	2,6	2,7	3,8
Recherche médicale et pharmaceutique	7,4	7,5	7,5	0,2
Formation médicale	1,8	1,9	1,9	1,6
4 - Dépenses pour le système de soins	**11,7**	**11,9**	**12,0**	**1,2**
5 - Coût de gestion de la santé	**13,6**	**14,1**	**14,4**	**2,1**
6 - Double-compte recherche	**-3,9**	**-3,9**	**-3,9**	**-0,7**
DCS (1+…+6)	**232,0**	**238,0**	**243,0**	**2,1**

Sources • DREES, Comptes de la santé.

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 avait été estimé par une étude conjointe de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (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.

Les **subventions au système de soins** sont évaluées à 2,7 milliards d'euros pour l'année 2012, soit une évolution de +3,8 % par rapport à 2011.
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 2012, soit 114 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 52 % en 2012.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,9 milliard d'euros en 2012, soit 1,6 % de plus qu'en 2011. Ces dépenses concernent les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses de formation initiale s'ajoutent celles de la formation continue. Elles sont en forte augmentation depuis 2006 : d'une part, le coût unitaire de l'étudiant a fortement augmenté et, d'autre part, les coûts des formations sanitaires et sociales se sont accrus depuis qu'ils relèvent de la compétence des régions (loi de décentralisation de 2005 mise en œuvre en 2006).

Enfin, les **coûts de gestion de la santé** sont évalués à 14,4 milliards d'euros pour l'année 2012. Ils comprennent les frais de gestion des organismes suivants :
- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'Assurance maladie de base ;
- les organismes complémentaires : mutuelles, assurances, et institutions de prévoyance ;
- le Fonds couverture maladie universelle (CMU).

Ainsi que :
- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (Haute Autorité de santé [HAS], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], Centre national de gestion [CNG], Agence nationale d'appui à la performance [ANAP]) et les frais de gestion de l'ONIAM.

Par rapport à l'estimation réalisée pour l'année 2010, les coûts de gestion des organismes complémentaires diminuent en 2011 en raison d'un changement de réglementation comptable intervenu à compter du 1er janvier 2011. En effet, jusqu'en 2010, la contribution au Fonds CMU des organismes complémentaires est comptabilisée dans un compte de charges de gestion courante ; à partir de 2011, cette contribution est transformée en taxe comptabilisée en compte de tiers, et donc exclue des charges de gestion.

Le reste à charge des ménages reste stable à 9,6 %

Les évolutions présentées ci-dessus sont, par nature, différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2013). 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 les parts respectives prises par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : Assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

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 2012 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2014 (compte semi-définitif) et en 2015 (compte définitif).

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

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc, d'un point de vue conceptuel, proches de l'ONDAM. Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'Assurance maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche accidents du travail/maladies professionnelles [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 (soins en unités de soins longue durée [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 (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins [FIQCS], Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESPP], Fonds d'action conventionnelle [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 pour l'année 2012**

en milliards d'euros

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale[1]	**138,6**
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,1
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD[2]	9,1
+ ONDAM personnes handicapées	8,5
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,3
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,5
+ Autres prises en charge[3]	1,2
Total	**170,4**
Écart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	**-0,1**
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2013)	**170,3**

[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 pour la partie financée par l'Assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social).
[3] FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources • DREES, Comptes de la santé ; CCSS juin 2013 pour l'ONDAM.

Tableau 6 ● **Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux (en %)**

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sécurité sociale de base[1]	76,7	76,8	77,0	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5	75,5
État et CMU-C organisme de base	1,2	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
Organismes complémentaires[2]	12,4	12,6	12,9	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7
dont Mutuelles[2]	*7,6*	*7,4*	*7,5*	*7,6*	*7,6*	*7,6*	*7,6*	*7,5*	*7,4*	*7,4*
Sociétés d'assurance[2]	*2,6*	*2,7*	*3,0*	*3,0*	*3,1*	*3,3*	*3,4*	*3,6*	*3,7*	*3,8*
Institutions de prévoyance[2]	*2,1*	*2,5*	*2,5*	*2,3*	*2,4*	*2,4*	*2,4*	*2,4*	*2,5*	*2,5*
Ménages	9,7	9,3	8,8	9,4	9,3	9,7	9,6	9,5	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**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Atteignant 138,6 milliards d'euros, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM reste stable en 2012 puisqu'elle s'établit à 75,5 % comme en 2011. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (tableau 6). Cette stabilité résultait 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 complémentaires), mais le nombre des assurés sociaux bénéficiant 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 d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 10). Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale s'était stabilisée à 75,7 %. Elle a légèrement reculé en 2011 en raison du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux. Malgré la réalisation de nouvelles économies (déremboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant), elle reste stable en 2012, car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'Assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière) qui constituent les postes les plus dynamiques.

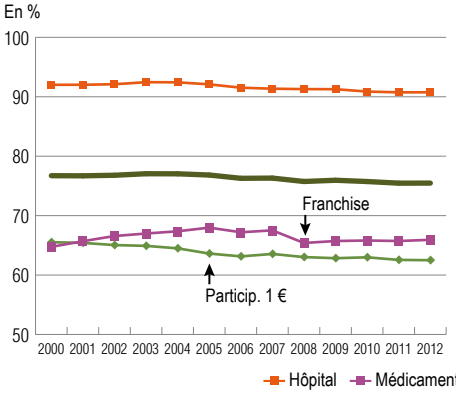
La prise en charge par les **organismes complémentaires** atteint 25,2 milliards d'euros en 2012, soit 13,7 % de la CSBM, comme en 2011. Elle est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 11) : en une douzaine d'années, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2012. 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 continue de leur prise en charge des médicaments.

Entre 2005 et 2007, cette progression sur les soins hospitaliers 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.

Dans le même temps s'était ajoutée une augmentation lente, mais continue de prise en charge des soins de ville (dépassements d'honoraires des médecins et soins prothétiques des dentistes) par les organismes complémentaires et une forte hausse de leurs prestations 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 douze ans : elle atteint 39 % en 2012 alors qu'elle n'était que de 26 % en 2000.

L'augmentation des postes « soins hospitaliers », « soins de ville » et « autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires a, de fait, plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments.

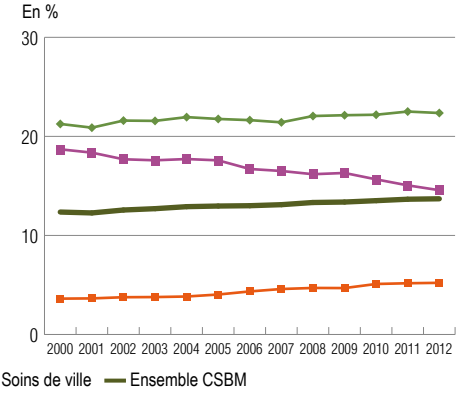
Graphique 10 ● **Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM**



Hôpital — Médicaments — Soins de ville — Ensemble CSBM

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Graphique 11 ● **Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM**



Sources • DREES, Comptes de la santé.

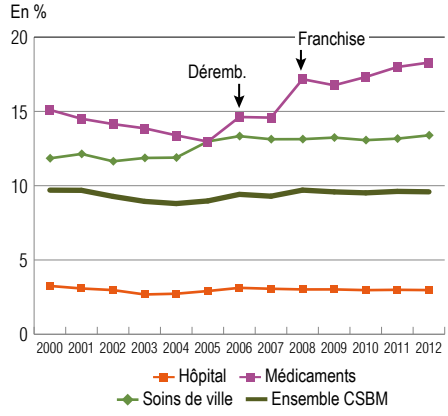
Sur la période récente (2011-2012), la tendance à la hausse de la part prise en charge par les organismes complémentaires dans les dépenses de soins hospitaliers, de soins de ville et de biens médicaux est à relier notamment :

- pour les soins de ville et soins hospitaliers, au relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds ;
- pour les biens médicaux, au relèvement du ticket modérateur sur certains biens (le remboursement étant passé de 65 % à 60 % en mai 2011) et à l'implication croissante des organismes complémentaires dans le remboursement de biens à l'évolution dynamique, comme l'optique.

A contrario, ces organismes occupent une part moins importante dans la prise en charge des dépenses de médicaments en raison principalement des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. Ces mesures ont augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires sur les médicaments est ainsi passée de 18,7 % en 2000 à 16,2 % en 2008, puis à 14,6 % en 2012 avec la poursuite des déremboursements et le désengagement de nombreux organismes complémentaires du champ des médicaments remboursés à 15 % par l'Assurance maladie.

Si l'on ajoute leur contribution au financement du Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,5 % de la CSBM en 2012 (contre 13,7 % sans prise en compte de cette taxe).

Graphique 12 ● **Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM**



Hôpital — Médicaments — Soins de ville — Ensemble CSBM

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Le **reste à charge des ménages** atteint 17,6 milliards d'euros en 2012, soit 9,6 % de la CSBM comme en 2011 (graphique 12). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais reste très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

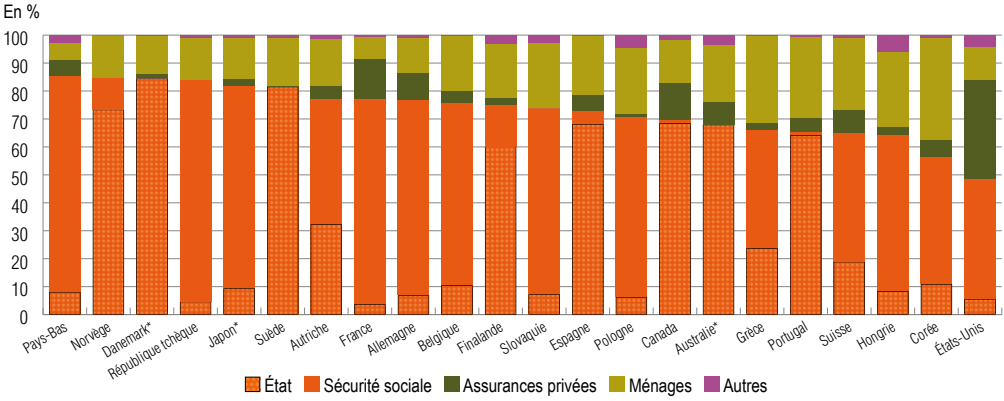
Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2004, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires, de la création de la CMU complémentaire et de la progression soutenue des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). 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'économie 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. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, antidiarrhéiques…) 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 2009-2012, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reste stable. 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 des biens médicaux par les organismes complémentaires a l'effet inverse.

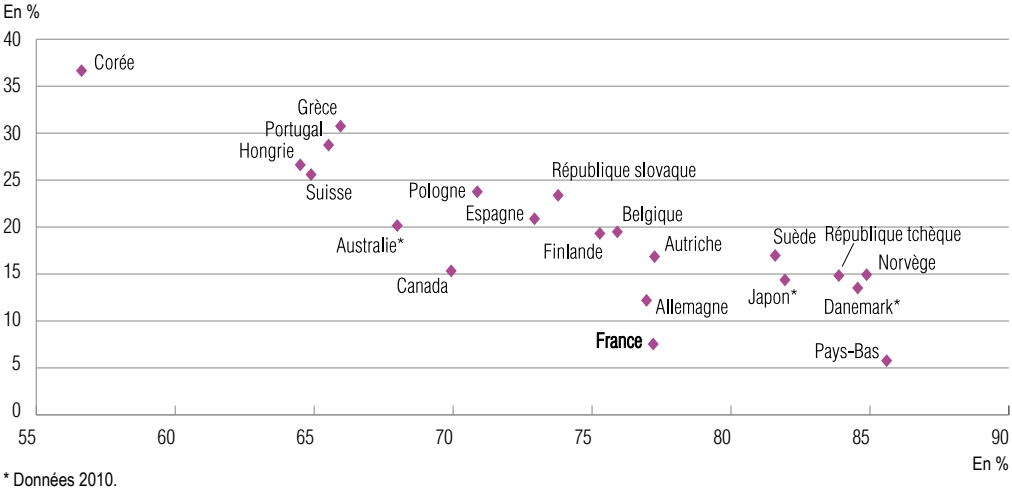
Notons que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls l'Autriche, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scan-

Graphique 13 ● **Financement des dépenses courantes de santé en 2011**



* Données 2010.
Sources • Éco-santé OCDE 2013, juin 2013.

Graphique 14 ● **Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2011**



* Données 2010.
Sources • Éco-santé OCDE 2013, juin 2013.

Tableau 7 ● **Besoins non satisfaits* de soins médicaux en 2011 par quintile de revenu**

Motif du renoncement		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Trop cher	**UE 27**	**4,8**	**2,8**	**2,0**	**1,3**	**0,6**	**2,3**
	France	4,9	2,3	1,4	0,5	0,5	1,9
	Allemagne	3,3	0,8	0,3	0,3	0,1	0,9
	Italie	11,1	6,5	4,3	2,6	0,8	5,1
Trop d'attente	**UE 27**	**0,8**	**0,7**	**0,9**	**0,9**	**1,1**	**0,9**
	France	1,4	1,1	0,8	1,1	1,3	1,2
	Allemagne	1,3	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3
	Italie	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,4
Autres raisons	**UE 27**	**4,5**	**4,0**	**3,4**	**3,1**	**2,6**	**3,5**
	France	3,4	2,9	2,2	2,1	1,7	2,4
	Allemagne	7,2	5,5	3,8	2,9	2,3	4,3
	Italie	1,8	2,0	1,9	1,4	1,6	1,7
Pas de besoin non satisfait	**UE 27**	**89,9**	**92,5**	**93,7**	**94,7**	**95,7**	**93,3**
	France	90,3	93,7	95,6	96,3	96,5	94,5
	Allemagne	88,2	92,6	94,6	95,6	96,3	93,5
	Italie	86,8	91,2	93,5	95,4	97,2	92,8

* Question posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? »
Sources • Eurostat, SILC 2011.

dinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (graphique 13). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (graphique 14).

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

En matière de renoncement aux soins, la France se classe dans la moyenne des pays européens selon les indicateurs SILC/SRCV (*statistics on income and living conditions*/statistiques sur les revenus et conditions de vie[11]).

En 2011, tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût est plus faible en France que dans l'ensemble de l'Union européenne : 1,9 % contre 2,3 %. Dans le quintile des plus bas revenus (Q1), il est de 4,9 % en France, extrêmement proche du taux moyen européen (4,8 %) ; dans les autres quintiles de revenus, il est toujours inférieur en France à la moyenne de l'Union européenne. Lorsque le motif du renoncement à un examen ou traitement médical est une durée d'attente trop longue, la France est un peu moins bien classée avec un taux de renoncement moyen de 1,2 % contre 0,9 % pour l'ensemble de l'Union européenne (tableau 7).

Pour les soins dentaires, les taux de renoncement sont plus importants que pour les soins médicaux, en particulier pour des raisons financières, en France comme dans l'ensemble de l'Union européenne (tableau 8).

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

Tableau 8 ● **Besoins non satisfaits* de soins dentaires en 2011, par quintile de revenu**

Motif du renoncement		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble
Trop cher	**UE 27**	**8,2**	**5,5**	**3,8**	**2,7**	**1,4**	**4,3**
	France	9,6	5,6	2,8	2,0	1,5	4,3
	Allemagne	5,0	2,4	1,3	1,1	0,2	2,0
	Italie	16,3	11,9	7,9	5,3	2,9	8,9
Trop d'attente	**UE 27**	**0,4**	**0,4**	**0,6**	**0,6**	**0,8**	**0,5**
	France	0,6	0,8	0,9	1,1	1,5	1,0
	Allemagne	0,5	0,2	0,5	0,2	0,3	0,3
	Italie	0,3	0,4	0,7	0,7	0,6	0,5
Autres raisons	**UE 27**	**3,0**	**2,5**	**2,1**	**2,1**	**1,8**	**2,4**
	France	3,8	3,1	2,4	2,8	1,7	2,7
	Allemagne	3,1	1,6	1,4	1,0	1,0	1,6
	Italie	1,9	2,3	2,1	2,2	1,8	2,1
Pas de besoin non satisfait	**UE 27**	**88,4**	**91,6**	**93,5**	**94,6**	**96,0**	**92,8**
	France	86,0	90,5	93,9	94,1	95,3	92,0
	Allemagne	91,4	95,8	96,8	97,7	98,5	96,1
	Italie	81,5	85,4	89,3	91,8	94,7	88,5

* Question posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ? »
Sources • Eurostat, SILC 2011.

Pour en savoir plus

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

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

« Health at a glance – Europe 2012 », OCDE, décembre, 2012.

Evain F., « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre, 2011.

Yilmaz E., « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et 2012 », dans ce rapport.

Thuaud E., « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011 », DREES, dans ce rapport.

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

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

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

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

Dossiers

Prix des médicaments suite à leur déremboursement et concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution des médicaments non remboursables

Renaud LEGAL, Claire MARBOT, Céline PILORGE (DREES)

Les médicaments pour lesquels les laboratoires ne demandent pas de remboursement ou dont le service médical rendu a été jugé insuffisant ne sont pas remboursables par l'Assurance maladie. Des différences réglementaires importantes existent entre ces médicaments et les médicaments remboursables. Les prix des médicaments remboursables sont régulés par l'État. Au contraire, les prix des médicaments non remboursables sont libres, leur seule régulation étant celle de l'offre et de la demande. Dans le contexte réglementaire français, le déremboursement d'un médicament, c'est-à-dire le passage d'un système de prix administrés à un système de prix libres, offre donc un cas d'analyse particulièrement intéressant, permettant notamment d'étudier l'évolution des prix suite au déremboursement ainsi que la concurrence en prix entre pharmacies sur le marché des non-remboursables.

Cette étude s'appuie sur 30 médicaments ayant été déremboursés à l'occasion de la vague de déremboursement de 2006 pour analyser le sens et l'ampleur de la variation du prix d'un médicament pendant les trois ans consécutifs à son déremboursement, entre 2006 et 2008. La question de la concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution du médicament non remboursable est aussi abordée grâce à un échantillon original de 4 700 pharmacies pour lesquelles sont suivis mensuellement prix et volumes de vente pour chacun des 30 médicaments étudiés.

Les résultats montrent que pour la majorité des médicaments de l'échantillon, les prix publics augmentent fortement et très rapidement suite au déremboursement d'un médicament. C'est l'augmentation des marges de distribution des grossistes et des pharmaciens, plus que l'augmentation du prix fabricant hors taxes, qui explique cette augmentation.

L'analyse montre également qu'il existe une grande homogénéité des prix entre pharmacies pour un médicament donné, sans différence notable entre les zones où les pharmacies sont isolées et celles où elles sont nombreuses. En effet, quel que soit l'indicateur retenu, la densité géographique de pharmacies a un effet très limité (voire nul) sur les prix, toutes choses égales par ailleurs.

La concurrence en prix sur le marché des médicaments non remboursables semble donc limitée entre pharmacies, au cours de la période qui suit immédiatement le déremboursement.

Les médicaments pour lesquels les laboratoires ne demandent pas de remboursement ou dont le service médical rendu a été jugé insuffisant ne sont pas remboursables par l'Assurance maladie. Des différences réglementaires importantes existent entre ces médicaments et les médicaments remboursables. Les prix des médicaments remboursables sont régulés par l'État. Au contraire, les prix des médicaments non remboursables sont libres, leur seule régulation étant celle de l'offre et de la demande. Dans le contexte réglementaire français, le déremboursement d'un médicament, c'est-à-dire le passage d'un système de prix administrés à un système de prix libres, offre donc un cas d'analyse particulièrement intéressant, permettant notamment d'étudier l'évolution des prix suite au déremboursement ainsi que la concurrence en prix entre pharmacies sur le marché des non-remboursables.

Cette étude s'appuie sur 30 médicaments ayant été déremboursés à l'occasion de la vague de déremboursement de 2006 pour analyser le sens et l'ampleur de la variation du prix d'un médicament pendant les trois ans consécutifs à son déremboursement, entre 2006 et 2008. La question de la concurrence en prix entre pharmacies pour la distribution du médicament non remboursable est aussi abordée grâce à un échantillon original de 4 700 pharmacies pour lesquelles sont suivis mensuellement prix et volumes de vente pour chacun des 30 médicaments étudiés.

Les résultats montrent que pour la majorité des médicaments de l'échantillon, les prix publics augmentent fortement et très rapidement suite au déremboursement d'un médicament. C'est l'augmentation des marges de distribution des grossistes et des pharmaciens, plus que l'augmentation du prix fabricant hors taxes, qui explique cette augmentation.

L'analyse montre également qu'il existe une grande homogénéité des prix entre pharmacies pour un médicament donné, sans différence notable entre les zones où les pharmacies sont isolées et celles où elles sont nombreuses. En effet, quel que soit l'indicateur retenu, la densité géographique de pharmacies a un effet très limité (voire nul) sur les prix, toutes choses égales par ailleurs.

La concurrence en prix sur le marché des médicaments non remboursables semble donc limitée entre pharmacies, au cours de la période qui suit immédiatement le déremboursement.

Quelques éléments de cadrage

• Les spécificités du marché des médicaments non remboursables

Deux types de médicaments coexistent sur le marché français : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. Dans les deux cas, leur commercialisation suppose d'avoir obtenu au préalable une autorisation de mise sur le marché de la part de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou de l'EMA[1].

En 2012, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,1 milliards d'euros hors taxes et celui des médicaments non remboursables 2,0 milliards d'euros hors taxes, soit respectivement 90,5 % et 9,5 % du marché du médicament en ville[2].

Un laboratoire qui souhaite que son médicament soit remboursé remplit un dossier technique, envoyé à la fois au secrétariat de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) et au secrétariat du Comité économique des produits de santé (CEPS). Il renseigne également un dossier économique justifiant le prix sollicité, envoyé au ministre chargé de la Sécurité sociale et destiné au seul CEPS. La Commission de la transparence évalue le service médical rendu (SMR) du médicament et son amélioration du service médical rendu (ASMR). Quatre niveaux de SMR existent : « majeur ou important », « modéré », « faible », ou « insuffisant ». Sa prise en charge ou non par la collectivité et, le cas échéant, son taux de remboursement dépendent de son niveau de SMR et de la gravité de la pathologie visée (tableau 1).

Si son SMR est jugé insuffisant ou si le laboratoire n'a pas fait de demande de remboursement, le médicament ne sera pas remboursé par l'Assurance maladie. Il s'agit alors d'un médicament non remboursable. On distingue deux sortes de médicaments non remboursables : les médicaments à prescription médicale obligatoire, qui ne peuvent être délivrés par le pharmacien aux patients que sur présentation

1 • European Medicines Agency : il s'agit de l'équivalent européen de l'ANSM.

2 • Source : rapport du syndicat des entreprises pharmaceutiques (LEEM) 2012.

TABLEAU 1 ● **Taux de remboursement des médicaments présentés au remboursement**

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »	Médicament pour pathologie « grave »
Majeur ou important	30 % (vignette bleue)	65 % (vignette blanche)
Modéré	30 % (vignette bleue)	
Faible	15 % (vignette orange)	
Insuffisant	0 %	

Lecture • les médicaments ayant un service médical rendu jugé majeur ou important et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à un statut d'affection longue durée) à hauteur de 65 %.
Sources • article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale, 2011.

ENCADRÉ 1 ● **Le médicament non remboursable : un champ peu connu**

Le marché du non-remboursable a fait l'objet de très peu d'études en France, du fait du manque de données. En effet, les données de l'Assurance maladie (Système national d'informations inter-régimes de l'Assurance maladie [SNIIRAM]) ne couvrant que le champ du remboursable, les informations sur le non-remboursable s'obtiennent obligatoirement *via* des remontées d'information *ad hoc* auprès des officines ou des enquêtes auprès des patients, peu nombreuses et peu accessibles.

Peu de travaux existent sur les questions de l'évolution des prix des médicaments suite à leur déremboursement total et de la concurrence entre pharmacies qui en découle sur ces spécialités.

En France, des études sur le marché du non-remboursable ont été réalisées, mais avec un angle différent : les auteurs se sont intéressés aux modifications des comportements de prescription des médecins, et plus particulièrement aux reports de prescription à la suite d'un déremboursement total ou partiel (Devaux *et al.*, 2007 ; Dumontaux et Pichetti, 2009 ; Pichetti *et al.*, 2011 ; Pichetti et Sermet, 2011).

À notre connaissance, une seule étude, étrangère, traite de la question qui est examinée ici. Stargardt *et al.* (2007) étudient le comportement des pharmacies berlinoises en termes de fixation des prix des médicaments suite à leur déremboursement. À partir d'une enquête menée à un instant donné auprès de 256 pharmacies pour cinq médicaments OTC (*over the counter,* i.e. en libre service), les auteurs mettent en évidence des variations de 7,5 % des prix par rapport au prix conseillé avant déremboursement, les deux tiers de ces variations s'effectuant à la hausse. Parmi les déterminants pour qu'une pharmacie s'écarte du prix conseillé, les auteurs identifient : la densité en pharmacie, la densité de population, ainsi que la situation de la pharmacie dans l'ex-Berlin Est ou l'ex-Berlin Ouest.

d'une ordonnance, et les médicaments à prescription médicale facultative qui sont accessibles en automédication (annexe 1).

En France, l'État régule les prix des médicaments remboursables : sur ce marché, les prix sont donc administrés. Les médicaments pour lesquels les laboratoires ne demandent pas de remboursement par l'Assurance maladie, ou qui n'ont pas obtenu leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, échappent à toute régulation des prix hormis celle de l'offre et de la demande.

Le prix de vente public d'un médicament (qu'il soit remboursable ou non) découle de la somme du prix fabricant (hors taxe), de la marge du grossiste-répartiteur, de la marge du pharmacien et de la TVA. Lorsque le médicament est remboursable, le prix fabricant hors taxes est fixé par convention entre le laboratoire et le CEPS sur la base essentiellement des coûts déclarés par le producteur et sur la valeur thérapeutique du produit reflétée par son niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR). Dans ce cas, la marge du grossiste-répartiteur et la marge du pharmacien sont également administrées. Les marges sont alors composées d'une petite part forfaitaire et surtout d'une part variable qui dépend du prix du médicament[3]. Enfin, la TVA sur les médicaments remboursables est de 2,1 %.

3 • En 2006, année de référence de l'étude, la marge des grossistes-répartiteurs était calculée de la manière suivante : 10,3 % du prix fabricant hors taxes (PFHT) pour un PFHT allant jusqu'à 22,90 €, 6 % pour un PFHT compris entre 22,90 € et 150 €, et 2 % au-delà. Du côté des pharmaciens, depuis le 12 février 2004, la marge est calculée de la manière suivante : 26,1 % du PFHT pour un PFHT jusqu'à 22,90 €, 10 % pour un PFHT compris entre 22,90 € et 150 €, et 6 % au-delà ; à cela s'ajoute un forfait par boîte de 0,53 € (les marges représentent environ 75 % et le forfait 25 % des ressources de l'officine pour la dispensation des médicaments remboursables). Source : rapport de l'IGAS sur les pharmacies d'officine (2011).

Lorsque le médicament n'est pas remboursable, le fabricant est libre de fixer le prix du médicament. Les marges de distribution (grossistes-répartiteurs et pharmaciens) sont libres également. Enfin, le taux de TVA pour les médicaments non remboursables s'élève à 7 %[4].

• Quelles formes de concurrence entre pharmacies pour la distribution du médicament non remboursable ?

En France, l'implantation des officines est réglementée depuis 1941 (*cf.* Code de la santé publique et loi du 27 juillet 1999 créant la CMU). Ainsi l'État, à travers les Agences régionales de santé (ARS) depuis leur création en 2010, délivre une licence, dont l'octroi conditionne toute création, tout transfert ou regroupement. L'attribution de cette licence dépend de la population communale recensée. L'ouverture d'une pharmacie, par transfert ou création, est possible dans les communes qui comptent plus de 2 500 habitants (ou 3 500 en Guyane, en Moselle et en Alsace). Après la création de la première pharmacie dans une commune, l'ouverture ou le transfert de nouvelles pharmacies sont autorisés par tranche de 4 500 habitants. En outre, l'ARS peut imposer une distance minimale entre l'officine nouvelle et une officine existante, et elle peut déterminer le ou les secteurs de la commune où l'officine doit être située[5].

Ce mécanisme de répartition des officines conduit donc à les implanter en fonction de la population (densité des officines au kilomètre carré proportionnelle à la densité de population), ce qui semble être justifié en zone rurale (garantie d'un accès aisé à la médication), mais crée, en revanche, des zones surdenses en milieu urbain. De ce mécanisme découlent d'importantes disparités territoriales en termes de densité en pharmacies. Ainsi, pour une pharmacie donnée, le nombre d'officines concurrentes dans un rayon de 500 mètres est très variable : 39 % des pharmacies ne font face à aucune concurrence à cette distance et 77 % sont entourées de 3 officines au plus, tandis que 10 % des pharmacies sont entourées d'au moins 8 pharmacies.

Le constat d'un nombre trop élevé d'officines est partagé tant par les professionnels que par des rapports d'experts (notamment dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [IGAS][6]), qui s'accordent pour localiser majoritairement les surnombres dans les centres-villes des grandes agglomérations.

En 2012, 22 080 officines étaient présentes sur le territoire. Les médicaments remboursables représentent 76 % du chiffre d'affaires des pharmacies, contre 8 % pour les non-remboursables ; les 16 % restant se répartissent entre la parapharmacie et d'autres produits sans autorisation de mise sur le marché[7]. C'est donc sur un quart de leur chiffre d'affaires, et notamment sur les médicaments non remboursables, que le prix est libre et qu'une concurrence en prix est susceptible de s'exercer.

Deux éléments sont susceptibles d'influer sur la fixation de ces prix. Tout d'abord, s'il n'existe pas de prix de vente conseillé de manière officielle, il est néanmoins fréquent que les laboratoires pharmaceutiques recommandent un prix de vente « optimal » aux pharmaciens pour les médicaments non remboursables, s'appuyant sur des analyses de l'élasticité de la demande de médicaments non remboursables aux prix de ces derniers[8]. Ensuite, lorsque les officines font partie d'un panel du type de celui géré par Pharmastat d'IMS Health® utilisé dans cette étude, les pharmaciens reçoivent en retour des informations sur l'activité des pharmacies alentour, et en particulier sur les prix de vente des médicaments non remboursables. Les pharmaciens peuvent utiliser cette information pour s'aligner sur le prix pratiqué par les officines concurrentes[9], ou pour s'en démarquer à la baisse. L'effet de ce retour d'information sur le niveau des prix peut être de plusieurs natures : il est possible que se produise une coordination sur des prix

4 • 5,5 % avant le 1er janvier 2012.

5 • Source : rapport de l'IGAS sur les pharmacies d'officine (2011).

6 • L'IGAS recommande de tarir les créations d'officines en augmentant et en unifiant les quotas, en les durcissant dans les agglomérations, et en instaurant un gel de dix ans.

7 • Source : LEEM, rapport 2012.

8 • Magnien D. et Noël A, 2008, « Veinotoniques : encaisser le déremboursement », *Impact Pharmacien,* n° 196, février.

9 • Ces retours d'informations aux pharmacies panellistes pourraient plaider en faveur d'un biais de l'échantillon retenu pour cette étude. Toutefois, le panel Pharmastat comptant 14 000 des 22 080 officines métropolitaines, soit plus de 60 % des pharmacies du territoire, la situation observée à partir des données semble représentative de la situation à l'échelle nationale. Par ailleurs, les pharmacies absentes du panel d'IMS peuvent participer à un panel du même genre, mais géré par une autre entité (Celtipharm par exemple).

plus élevés que ceux sur lesquels déboucherait le simple jeu concurrentiel, mais des stratégies de démarcation peuvent également conduire à accentuer la concurrence et à faire davantage baisser les prix.

• Les déremboursements de médicaments : un cas d'analyse intéressant

Le service médical rendu (SMR) d'un médicament est théoriquement révisé tous les cinq ans. Cependant, la Commission de la transparence peut, à tout moment, procéder à la réévaluation du SMR si des modifications interviennent dans les indications thérapeutiques.

Entre 1999 et 2001, le SMR de l'ensemble des médicaments remboursables a été réévalué. La Commission de la transparence a conclu que pour 835 spécialités (encadré 2), sur les 4 490 évaluées, le SMR était insuffisant pour justifier un maintien du remboursement[10]. Le déremboursement de ces médicaments s'est déroulé en plusieurs étapes. La première vague de déremboursement, en 2003, concernait 72 spécialités. En 2006, la deuxième vague a conduit à une exclusion de la liste des spécialités remboursables pour 282 spécialités et à une diminution du taux de remboursement de médicaments, notamment les veinotoniques, à 15 % (contre 35 % auparavant). En 2008, une troisième vague a concerné 238 spécialités ; trois autres vagues de déremboursement, plus modestes, ont eu lieu en 2010, 2011 et 2012.

Compte tenu des différences réglementaires importantes existant entre les médicaments remboursables et non remboursables (*cf. supra*), le déremboursement d'un médicament offre un cas d'analyse particulièrement intéressant et permet d'éclairer un certain nombre de questions.

Il peut être utilisé pour analyser les reports de prescription des médecins vers des médicaments encore remboursés (encadré 1).

Il peut aussi donner des indications sur le sens et l'ampleur de la variation du prix d'un médicament suite à son déremboursement, c'est-à-dire lors du passage d'un système de prix administrés à un système de prix libres. En effet, quand un médicament est déremboursé (et devient donc non remboursable), c'est à la fois sa prise en charge par l'Assurance maladie et par l'assurance complémentaire santé qui devient dans la plupart des cas nulle[11]. Cette modification importante du taux de prise en charge du médicament est susceptible d'entraîner une baisse des volumes de vente. Pour le laboratoire cherchant à limiter la baisse de son chiffre d'affaires, plusieurs stratégies sont alors possibles selon l'idée qu'il se fait de l'élasticité-prix de la demande[12]. Il peut augmenter les prix en supposant que cette hausse n'affectera pas significativement les ventes. Au contraire, il peut les

ENCADRÉ 2 ● **Le médicament : différents niveaux d'analyse**

Différents niveaux d'analyse peuvent être utilisés pour le médicament.

- La présentation (appelée dans cet article « médicament ») est le niveau le plus fin. Elle est définie par son code CIP. Elle tient compte de la quantité vendue (nombre de comprimés par boîte ou volume du flacon par exemple). C'est à ce niveau que se situe l'étude : 30 présentations ont été sélectionnées. En 2012, 9 919 présentations étaient sur le marché (par exemple, le Doliprane® 500 mg en boîte de 24 comprimés).
- La spécialité (ou le produit) tient compte du dosage et de la voie d'administration, mais pas du conditionnement (par exemple, le Doliprane® 500 mg en comprimés).
- Le nom de marque d'un médicament regroupe les différents dosages, voies d'administration et conditionnements (par exemple, le Doliprane).
- La molécule est le principe actif, qui peut être distribué par différents laboratoires et donc se décliner en plusieurs noms de marque (par exemple, le paracétamol).
- Les classes thérapeutiques regroupent plusieurs molécules selon une nomenclature à plusieurs niveaux (dans l'exemple présenté, les antalgiques).

En mars 2006, 282 spécialités ont été déremboursées, correspondant à 156 noms de marque et 300 présentations.

10 • Ces médicaments n'étaient déjà plus remboursés dans plusieurs pays européens (rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2006).

11 • En effet, exception faite des forfaits d'automédication proposés par quelques contrats d'assurance complémentaires, la quasi-totalité de ces derniers n'interviennent que sur le champ des médicaments pris en charge par l'Assurance maladie.

12 • Notons que l'élasticité prix de la demande dépend notamment des possibilités de substitution plus ou moins importantes qui existent pour le médicament.

baisser pour tenter de limiter l'effet du déremboursement sur le prix payé par le patient. Les mêmes alternatives existent du côté du comportement des distributeurs, qu'il s'agisse des grossistes ou des pharmaciens. Au final, le sens de la variation du prix (hausse ou baisse) d'un médicament suite à son déremboursement est *a priori* indéterminé et mérite une analyse empirique au cas par cas.

Il peut enfin permettre d'évaluer l'importance de la concurrence en prix que se font les pharmacies pour la distribution du médicament non remboursable.

Selon l'article R. 4235-65 al. 2 du Code de santé publique, « lorsque le pharmacien est, en vertu de la réglementation en vigueur, appelé à fixer librement les prix pratiqués dans son officine, il doit y procéder avec tact et mesure ». À défaut, le pharmacien encourt des sanctions disciplinaires. Il paraît donc intéressant d'étudier de quelle manière les pharmaciens fixent leurs prix et ce qui influence cette décision. En particulier, il s'agit de regarder s'il existe un lien entre les caractéristiques du secteur dans lequel est implantée une pharmacie, notamment le degré de concurrence auquel elle est exposée, et les prix qu'elle pratique sur les médicaments non remboursables. Des données longitudinales sur le prix des médicaments suite à leur déremboursement permettent également de décrire l'évolution des pratiques tarifaires au cours du temps.

Cette étude s'intéresse à la deuxième vague de déremboursement (2006), au cours de laquelle 282 spécialités sont passées d'un taux de remboursement de 35 % à une prise en charge nulle par l'Assurance maladie. Deux raisons ont conduit au choix de cette vague. Premièrement, la vague de 2006 a concerné un nombre important de médicaments, et offre donc un vaste choix de médicaments pour l'analyse. Ensuite, la vague est suffisamment lointaine pour permettre l'analyse sur plusieurs années, et pas trop ancienne pour que les médicaments déremboursés alors soient encore commercialisés aujourd'hui.

Prix des médicaments suite à leur déremboursement

À partir des données de ventes du GERS et d'une extraction du panel Pharmastat d'IMS Health® (encadré 3) est étudié l'effet des déremboursements sur trente présentations de médicaments déremboursés en mars 2006, en suivant mensuellement pendant trois ans leurs volumes de vente, leur prix fabricant et leur prix de vente public (incorporant les marges de distribution des grossistes et des pharmaciens) pour un échantillon de 4 700 pharmacies. Les 30 médicaments ont été choisis dans la liste des 282 spécialités déremboursées totalement entre janvier et mars 2006 (encadré 3 et annexe 2).

• Suite à son déremboursement, le prix public d'un médicament augmente fortement et rapidement

Le montant total de ventes TTC des 30 médicaments par les 4 700 pharmacies de l'échantillon a diminué de 40,1 millions d'euros en janvier 2006 à 31,7 millions d'euros en décembre 2008, soit une baisse de 27 %. C'est la forte baisse des volumes vendus (de 55 %) qui explique cette diminution. Le chiffre d'affaires a baissé de manière plus limitée que les volumes, car, sur la même période, les prix publics ont, en moyenne sur les pharmacies de l'échantillon[13], augmenté de 58 %. Pour un quart des médicaments, la hausse moyenne dépasse 90 % (graphique 1).

Les prix publics ont augmenté très rapidement après le déremboursement de mars 2006 : en mai, la moitié des médicaments avaient déjà un prix en hausse de plus de 40 %. Ensuite, le prix final de la moitié de ces médicaments avait augmenté de plus de 46 % en un an, de 50 % en deux ans et de 58 % en trois ans. Ces résultats sont cohérents avec ceux mis en évidence par l'INSEE[14], selon lesquels les prix des médicaments déremboursés en 2006 ont augmenté de 41 % entre janvier et décembre 2006.

• Les marges de distribution augmentent plus encore que le prix fabricant

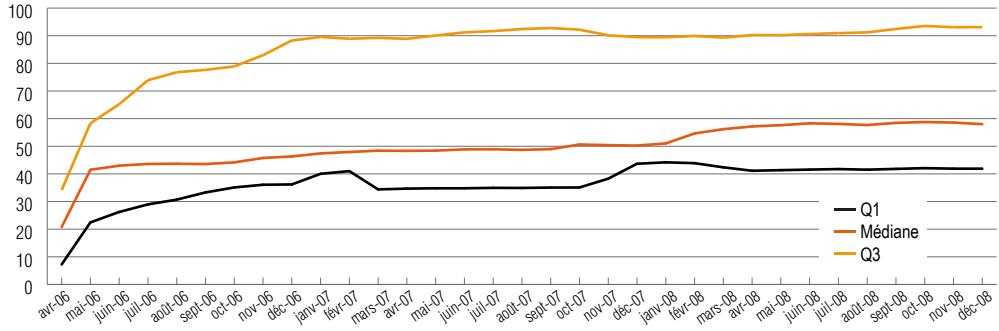
L'augmentation du prix public TTC tient à la hausse de la TVA, mais aussi à l'évolution des autres composantes : alors que pour la moitié des médicaments le prix public a augmenté de plus de 46 % entre janvier 2006 et décembre 2006, cette hausse médiane a été

13 • Est calculée, pour chaque médicament, la moyenne des prix observés dans l'ensemble des pharmacies, pondérée par les volumes de vente de ce médicament dans chaque pharmacie.

14 • Aunay T., 2012. Les prix des médicaments de 2000 à 2010, *Insee Première,* n° 1408, juillet.

Graphique 1 ● Évolution mensuelle du prix public (TTC) entre janvier 2006 et décembre 2008

En % du prix public TTC de janvier 2006



Note • Le prix public (TTC) mensuel d'un médicament est obtenu en calculant la moyenne du prix observé dans chacune des 4732 pharmacies, pondéré par les volumes de vente de ces pharmacies.
Lecture • Entre janvier et décembre 2006, pour 25 % des 30 médicaments le prix a augmenté de plus de 36 %, pour la moitié de plus de 46 % et pour les trois quarts de plus de 85 %.
Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006 (*cf.* liste exhaustive en annexe 2).
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

Encadré 3 ● Les données utilisées

Deux bases de données sont mobilisées conjointement, ce qui permet :
- d'analyser l'évolution des prix à la fois du côté des fabricants (laboratoires pharmaceutiques) et des distributeurs (grossistes et pharmaciens) ;
- et d'étudier les écarts de prix entre les pharmacies.

Les données du GERS : le prix fabricant

Le Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS) collecte mensuellement, pour chaque médicament, les données de ventes directes et indirectes auprès des laboratoires pharmaceutiques et des grossistes-répartiteurs. Les données du GERS recensent ainsi le chiffre d'affaires hors taxes et les volumes de vente. Le prix fabricant hors taxes se déduit de ces deux variables. Ces données sont exploitées sur la période 2005-2011.

Les données Pharmastat d'IMS Health® : le prix public dans 4 700 pharmacies

La seconde base de données, unique, est extraite du panel Pharmastat d'IMS Health®. Chaque mois, IMS Health collecte auprès d'un réseau de 14 000 officines en France métropolitaine (soit plus de 60 % des pharmacies de ville) l'ensemble de leurs données de vente, à la fois sur le champ du remboursable, du non-remboursable et de la parapharmacie. Ces données sont disponibles sous forme d'une base respectant l'anonymat des pharmacies. La base contient également des informations permettant de caractériser l'environnement de la pharmacie. L'étude porte sur 30 médicaments (au sens du code CIP) ayant été exclus de la liste des spécialités remboursables en mars 2006. Les prix sont connus mensuellement sur une période de 36 mois, entre janvier 2006 et décembre 2008, pour 4 732 pharmacies sur les 14 000 du panel IMS.

L'originalité de cette base repose sur la connaissance mensuelle du prix, libre, de médicaments à prescription médicale facultative et non remboursables. Cette information essentielle se situe en dehors du champ de l'Assurance maladie et ne peut être recueillie qu'à travers une remontée d'informations auprès des officines.

Sont reportés dans la base de données pour chaque pharmacie le décile de chiffre d'affaires des pharmacies (sont précisés par ailleurs le chiffre d'affaires moyen des pharmacies sur chaque décile et les bornes entre chaque décile), les parts respectives des médicaments remboursables et des médicaments non remboursables dans leur chiffre d'affaires et le volume mensuel de vente pour chaque médicament au niveau de la présentation (c'est-à-dire du code CIP). Des variables sociodémographiques (âge de la population) et économiques (revenus de la population, taux de chômage) à l'échelle communale, fournies par l'INSEE, ont été ajoutées afin de prendre en compte le pouvoir d'achat de la population dans la zone d'implantation de la pharmacie.

Les médicaments retenus

30 médicaments ont été retenus dans cette étude. Ces médicaments représentent 43 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments déremboursés en 2006 (qui s'élevait à près de 400 millions d'euros). Parmi les médicaments qui étaient toujours sur le marché fin 2011 ont été sélectionnées parmi les 46 classes concernées par la vague de déremboursements de 2006 les 24 classes pour lesquelles le chiffre d'affaires était le plus élevé. Dans chacune de ces classes, un à deux médicaments (au sens du code CIP) ont été retenus (à nouveau, ceux pour lesquels le chiffre d'affaires est le plus élevé). Il s'agit par exemple des expectorants, des antidiarrhéiques, des décongestionnants.

Avant d'être déremboursés, ces médicaments étaient pris en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 35 %. Six d'entre eux ont connu en amont une baisse du taux de remboursement de 65 % à 35 % en décembre 2001. Ces médicaments ont été commercialisés pour moitié à partir des années 1980 ; un seul date des années 2000. Il s'agit de médicaments à faible coût : avant déremboursement, leur prix moyen était de 3,6 euros, avec un prix minimal de 1,7 euro et un prix maximal de 8,5 euros (les prix des 30 médicaments sont reportés en annexe 2).

Les pharmacies sélectionnées

Les 4 732 pharmacies retenues dans cette étude sont réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain. Le taux de sondage par département a en effet été choisi de telle sorte que la structure de l'échantillon retenu soit cohérente avec celle observée au niveau national. De plus, les pharmacies sélectionnées dans notre extraction sont celles pour lesquelles il n'existe pas de rupture de renseignement de l'activité dans la série.

Les variables de prix analysées

On dispose pour l'analyse à la fois du prix fabricant hors taxes et du prix public, ce qui permet de calculer par différence la marge de distribution, composée de la marge des grossistes-répartiteurs et de la marge des pharmaciens. Toutefois, le prix fabricant disponible est le prix moyen pratiqué par un laboratoire pour l'ensemble des pharmacies auxquelles il vend (il est calculé comme le rapport entre le chiffre d'affaires et le volume de ventes), et non le vrai prix auquel la pharmacie achète le médicament. De ce fait, la marge de distribution (calculée comme la différence entre le prix public hors taxes et le prix fabricant) n'est pas exactement la marge pratiquée par le pharmacien.

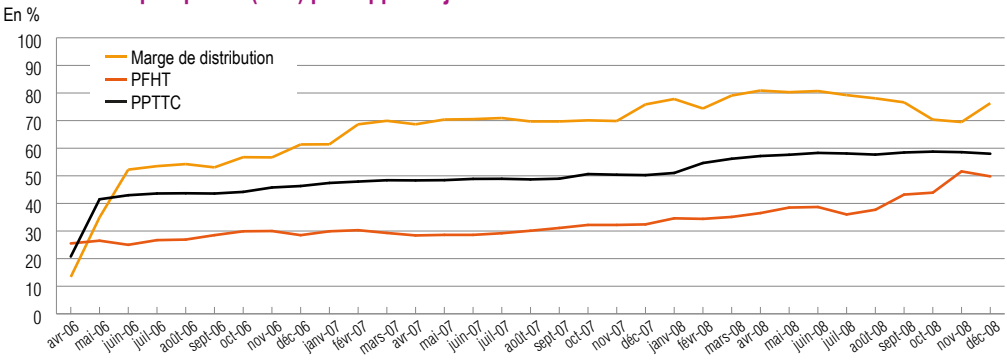
De plus, la marge de distribution calculée dans cette étude intègre à la fois la marge du pharmacien et celle du grossiste : il n'est toutefois pas possible de distinguer ce qui relève, dans la marge de distribution, du comportement des grossistes de celui des pharmaciens. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution : les effets observés ne peuvent pas être imputés aux seuls comportements des pharmaciens.

L'échantillon comporte un nombre important de valeurs manquantes pour la variable de prix public des médicaments : en cas d'absence de vente d'un médicament par une pharmacie au cours d'un mois donné, aucune donnée sur le prix n'est en effet disponible. Cela concerne 2,3 millions d'observations sur les 5,1 millions de prix qui devraient théoriquement être reportés. Afin de limiter ce problème, qui pourrait être à l'origine d'un biais dans les résultats, des imputations ont été réalisées : à chaque fois que cela était possible, la valeur manquante a été remplacée par la valeur moyenne des prix de vente, pour un médicament et une pharmacie donnés, au cours des mois précédant et suivant le mois considéré (entre 1 et 6 mois avant et après). En décembre 2006 par exemple, ces imputations font baisser la proportion de prix manquants de 40 % à 15 %.

de 29 % pour le prix fabricant et de 61 % pour la marge de distribution (graphique 2). Ces valeurs ont crû de manière relativement linéaire, si l'on excepte la période d'ajustement qu'ont connue la marge de distribution et donc le prix public pendant les trois mois qui ont suivi le déremboursement de mars 2006. La hausse de la marge de distribution (qui comprend à la fois la marge des grossistes-répartiteurs et celle des pharmaciens)[15] s'est produite rapidement : pour la moitié des médicaments étudiés, elle avait augmenté de plus de 61 % au bout d'un an et de plus de 76 % au bout de deux ans. La marge évolue très peu entre la deuxième et la troisième année suivant le déremboursement.

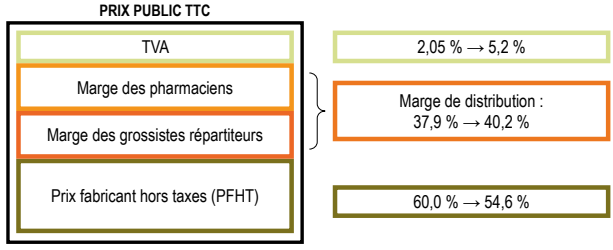
15 • La marge de distribution est calculée de la façon suivante : marge de distribution = marge du grossiste + marge du pharmacien = PPTTC (prix de vente public TTC) – PFHT (prix fabricant hors taxes) – TVA.

Graphique 2 ● **Évolutions médianes mensuelles du prix fabricant (HT), de la marge de distribution et du prix public (TTC) par rapport à janvier 2006**



Note • Le prix public (TTC) et la marge de distribution mensuels d'un médicament sont obtenus en calculant la moyenne des valeurs observées pour chacune des 4732 pharmacies, pondérées par les volumes de vente de ces pharmacies.
Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006. Liste exhaustive annexe 2.
Lecture • En décembre 2006, pour la moitié des médicaments le prix fabricant (HT) avait augmenté de plus de 29 % par rapport à janvier 2006. Cette évolution médiane était de 61 % pour la marge de distribution et de 46 % pour le prix public (TTC).
Sources • GERS, Pharmastat d'IMS Health®

Graphique 3 ● **Décomposition du prix public (TTC), avant et après déremboursement**



Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006. Liste exhaustive en annexe 2.
Lecture • Le prix fabricant hors taxes représente 60,0 % du prix public (TTC) du médicament avant déremboursement et 54,6 % du prix public (TTC) après déremboursement.
Sources • GERS, Pharmastat (IMS Health®).

• La répartition du prix entre distributeurs et laboratoires évolue peu

La part de chacune des composantes du prix des 30 médicaments sélectionnés a évolué à la suite de leur déremboursement (graphique 3). Le premier est lié au changement de taux de la TVA[16] : la taxe représente 5,2 % du prix public TTC, alors qu'elle ne comptait que pour 2,05 % auparavant. Le prix fabricant (HT) représente en moyenne 54,6 % du prix final du médicament en décembre 2006, une proportion en baisse par rapport à celle de février 2006, juste avant le déremboursement (60,0 %). Étant donnée la forte hausse du prix public TTC, cela représente un montant moyen en hausse de 2,2 euros à 3,0 euros. La part de la marge de distribution a augmenté de 37,9 % à 40,2 % du prix final (soit une hausse moyenne de 1,3 euros à 2,2 euros).

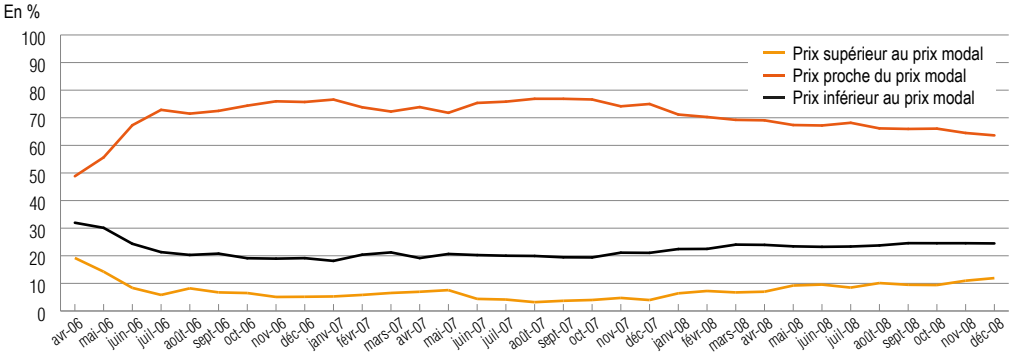
Quelle concurrence en prix entre pharmacies sur les médicaments non remboursables ?

• Une très forte homogénéité des prix entre pharmacies

S'il existe quelques écarts de prix significatifs (entre prix extrêmes) entre pharmacies pour un même médicament, les prix sont très proches, à une date donnée, pour une majorité de médicaments : en décembre 2006 par exemple, en moyenne pour les

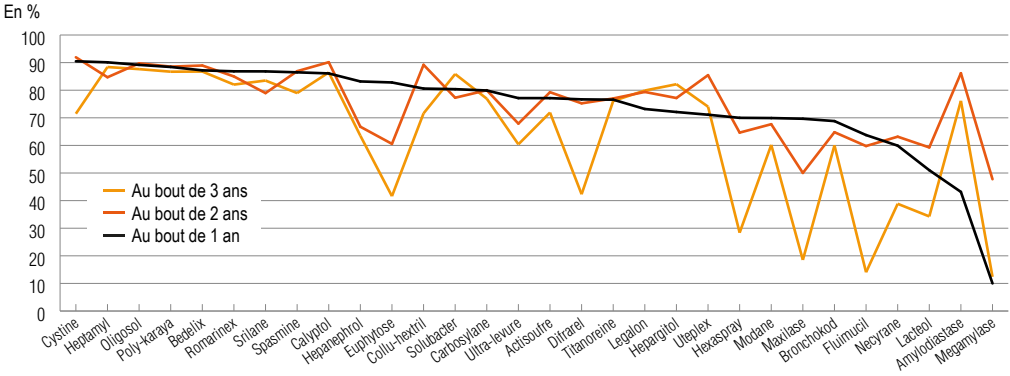
16 • Ce taux augmente de 2,1 % à 5,5 % du fait du déremboursement. Il s'applique au prix public HT (prix fabricant hors taxes + marge de distribution).

Graphique 4 ● **Part des prix constatés inférieurs, supérieurs et proches du prix modal en fonction du temps**



Note • Les prix considérés sont tous médicaments et toutes pharmacies confondus.
Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006 (liste exhaustive en annexe 2), 4 732 pharmacies.
Lecture • 76 % des prix affichés en pharmacie correspondent au prix modal en décembre 2006 (à +/– 5 %) ; 19 % des prix sont inférieurs à ce prix modal et 5 % y sont supérieurs.
Sources • GERS, Pharmastat d'IMS Health®.

Graphique 5 ● **Pourcentage de pharmacies pratiquant le même prix, médicament par médicament, en décembre 2006, décembre 2007 et décembre 2008**



Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006 (liste exhaustive en annexe 2), 4 732 pharmacies.
Lecture • 90 % des pharmacies vendaient le médicament « CYSTINE » au même prix (à +/- 5 %) en décembre 2006.
Sources • GERS, Pharmastat d'IMS Health®.

trente médicaments, les trois quarts des pharmacies pratiquent le même prix, à ± 5 % près (graphique 4).

En décembre 2006, plus de 50 % des prix sont strictement égaux au prix modal – prix pratiqué par le plus grand nombre de pharmacies, défini pour un médicament donné – et 76 % de ces prix s'en approchent à ± 5 %[17]. Cette dernière proportion est de 75 % en décembre 2007 et de 64 % en décembre 2008 (graphique 4). Une fois la phase d'ajustement des prix suite au déremboursement passée (de mars à juin 2006), la majorité des prix des médicaments affichés en pharmacie (entre 60 % et 80 % sur la période) sont donc identiques pour un médicament donné.

En décembre 2006, environ 20 % de ces prix sont en revanche inférieurs au prix modal – on parlera par la suite de prix « faibles » – dans certaines pharmacies ; 3 % à 10 % sont, quant à eux, supérieurs au prix modal – prix « élevés ».

Cette homogénéité de prix existe pour la plupart des 30 médicaments étudiés. La proportion de prix proches du mode n'est en effet inférieure à 50 % que pour deux médicaments (graphique 5).

La convergence des prix s'effectue de manière rapide : trois mois après le déremboursement, près des trois quarts des prix sont déjà égaux au prix modal. En revanche, à partir de 2008, cette proportion dé-

17 • Dans la suite de l'étude, un prix est dit « égal au prix modal » lorsque celui-ci équivaut à ± 5 % au prix modal.

croît progressivement, d'environ 10 points en un an (graphique 4). Pour certains médicaments, la part des pharmacies pratiquant le prix modal décroît en effet fortement, ces pharmacies devenant même minoritaires (graphique 5).

Du fait de cette grande homogénéité des prix, le comportement de prix des pharmacies est analysé dans la suite de l'étude en référence au prix modal : pour chaque médicament, le prix est-il égal au prix modal (à plus ou moins 5 %) ou s'en écarte-t-il et, dans ce dernier cas, s'est-il effectué à la hausse ou à la baisse ?

• Pas de corrélation apparente entre densité des pharmacies et prix des médicaments non remboursables

Si les prix sont très homogènes, certaines pharmacies s'écartent toutefois du prix modal. L'objectif dans la suite de l'étude est de déterminer si l'intensité de la concurrence, approchée par la densité en pharmacies dans la zone, est un facteur explicatif des différences de prix. Pour cela, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée est retenu comme variable de densité (annexe 3).

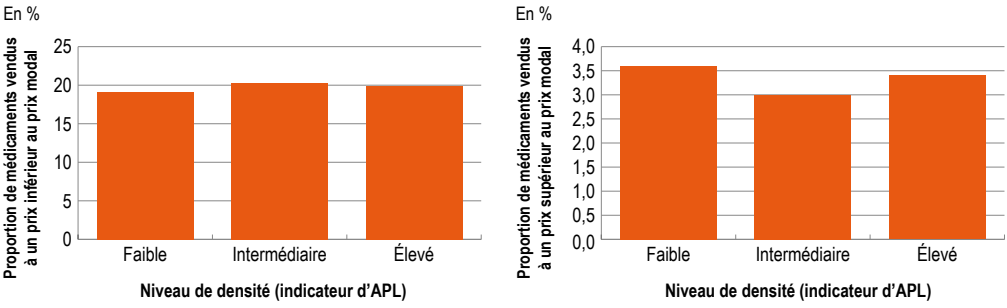
S'il existait une concurrence en prix entre les pharmacies, on devrait observer une relation décroissante entre la densité en pharmacies et le prix pratiqué par celles-ci pour les médicaments non remboursables. Or, dans les communes plus denses en pharmacies, les prix ne semblent pas plus bas : malgré l'existence d'une concurrence plus forte *a priori,* ces pharmacies n'ont pas, en effet, tendance à s'écarter davantage du prix modal que les autres pharmacies (graphique 6).

Ces résultats ne montrent pas de corrélation entre la densité en pharmacies et les prix pratiqués par ces dernières. Toutefois, la densité en pharmacies est corrélée positivement au niveau de vie de la population, et il est possible que ce dernier exerce un effet positif sur les prix. Dans ce cas, la concurrence pourrait jouer en sens inverse et les deux effets, de sens opposés, pourraient se compenser. La corrélation, ou l'absence de corrélation, qui est observée ici, n'est donc qu'apparente car elle intègre potentiellement l'effet d'autres variables comme le niveau de vie. Dans la partie suivante, le niveau de vie de la population est pris en compte à travers une approche modélisée et un raisonnement « toutes choses observables égales par ailleurs », afin d'approcher l'effet propre de la densité sur les prix.

• Un effet propre de la densité officinale sur les prix des médicaments non remboursables très limité

Deux modèles, toutes choses égales par ailleurs, ont été estimés afin d'évaluer l'impact de la densité en pharmacies sur les prix (encadré 4). Trois résultats principaux peuvent être mis en avant.

Graphique 6 • **Proportion de médicaments vendus à un prix inférieur ou supérieur au prix modal, en décembre 2006, selon le niveau de la densité communale en pharmacies (en pourcentage)**



Note • La densité en pharmacies est mesurée à travers l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (*cf.* encadré 3). Le niveau de densité faible correspond aux 20 % de pharmacies pour lesquelles l'indicateur d'APL est le plus bas (le premier quintile), le niveau intermédiaire aux 2e, 3e et 4e quintiles et le niveau élevé au dernier quintile.
Lecture • En décembre 2006, 19,9 % (respectivement 3,4 %) des prix pratiqués par les pharmacies situées dans les communes connaissant la plus forte densité en pharmacies sont inférieurs (respectivement supérieurs) au prix modal à plus ou moins 5 % ; cette proportion est de 19,1 % (respectivement 3,6 %) dans les pharmacies situées dans les communes connaissant la plus faible densité en pharmacies.
Champ • 30 médicaments déremboursés en mars 2006 (liste exhaustive en annexe 2), 4 732 pharmacies.
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

ENCADRÉ 4 ● **Modélisation**

Variables d'intérêt

Sont modélisés la probabilité de s'écarter du prix modal (probabilité de pratiquer un prix inférieur de plus de 5 % au prix modal, probabilité de pratiquer un prix supérieur de plus de 5 %) ainsi que l'écart de prix constaté lorsque le prix diffère du prix modal.

Variables de densité

La principale variable de densité utilisée est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Développé en 2012 par la DREES et l'IRDES, cet indicateur présente en effet de nombreux avantages par rapport aux indicateurs de densité traditionnels (annexe 3). Afin d'asseoir la robustesse des résultats, trois autres variables de densité en pharmacies ont également été testées : le nombre de pharmacies au km², le nombre de pharmacies pour 100 000 habitants – ces deux variables se situant à l'échelle des communes – et le nombre de pharmacies à proximité d'une pharmacie donnée (dans un rayon de 500 mètres). Chacune présente certaines spécificités (annexe 3).

Modèle économétrique

L'étude s'intéresse au lien entre densité de pharmacies et niveau des prix pratiqués. Dans un premier temps est modélisée la probabilité qu'une pharmacie pratique un prix inférieur ou supérieur au prix modal selon qu'elle se situe dans une zone de forte ou de faible concurrence. Dans un second temps est étudié, lorsqu'une pharmacie s'écarte du prix modal (à la baisse), l'écart entre ce prix et le prix modal. L'intensité de la concurrence est mesurée par la densité en pharmacies. Par ailleurs sont introduites différentes variables de contrôle, liées à la situation financière de la pharmacie (chiffre d'affaires sur le remboursable et sur les produits autres) et à la situation sociodémographique et économique de la commune de résidence de l'officine. Ces modèles sont estimés à trois dates différentes : décembre 2006, décembre 2007 et décembre 2008. Ces estimations sont réalisées sous la forme d'une spécification probit (1) et d'un tobit simple[1] (2) :

$$Y_{ij} = \begin{cases} 1 & \text{si la pharmacie } j \text{ pratique un prix inférieur (respectivement supérieur) au prix modal pour le médicament } i \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

$$Y_{ij} = \alpha_1 + Z'_j\beta_1 + \gamma_1 DENS_j + \varphi_1 MEDIC_{ij} + \mathcal{E}_{ij} \qquad (1)$$

où α_1 est la constante du modèle, Z_j est un vecteur de variables caractérisant la pharmacie j (chiffre d'affaires), $DENS_j$ représente la valeur de l'indicateur de densité en pharmacies dans la commune d'implantation de la pharmacie et $MEDIC_i$ est une indicatrice propre au médicament i. $\mathcal{E}_{ij}$ est le terme d'erreur du modèle.

$$\Delta_{ij} = \alpha_2 + Z'_j\beta_2 + \gamma_2 DENS_j + \varphi_1 MEDIC_{ij} + e_{ij} \qquad (2)$$

avec $\Delta_{ij} = \log\left(\frac{\text{prix}_{ij} - \text{prix modal}_i}{\text{prix modal}_i}\right)$

α_2 est la constante du modèle. e_{ij} est le terme d'erreur du modèle.

1 • Adapté au cas d'une variable, comme ici l'écart de prix en valeur absolue, qui prend uniquement des valeurs positives et qui est observée sans phénomène de sélection.

Tout d'abord, la densité en officines concurrentes n'exerce qu'un effet limité sur les prix des médicaments non remboursables suite à leur déremboursement (annexe 4). Dans une zone dense, toutes choses observables égales par ailleurs, les chances d'avoir un prix inférieur au prix modal – prix « faible » – sont plus élevées que dans une zone de densité intermédiaire ; à l'opposé, dans une zone peu dense, la probabilité d'avoir un prix supérieur au prix modal – un prix « élevé » – est plus importante. Les mêmes résultats sont observés en termes d'écarts de prix, mais uniquement pour les zones denses en pharmacies. Ces effets ne sont toutefois significatifs que pour une partie des trois années observées. De plus, l'effet est peu robuste à la variable de densité utilisée (*cf.* tests de robustesse en annexe 5).

Ensuite, selon la modélisation retenue dans cette étude, le niveau de vie de la zone exerce un effet sur les prix. En effet, par rapport aux zones à niveau de vie intermédiaire (dans les trois quintiles intermé-

diaires), une pharmacie située dans une zone à niveau de vie élevé a une probabilité moindre de pratiquer un prix « faible » et une probabilité plus forte que le prix soit « élevé » (annexe 4). Aucun effet ne s'observe toutefois pour les pharmacies situées dans des zones à faible niveau de vie. De la même façon, le fait de se situer dans une zone où le taux de chômage est élevé (respectivement bas) augmente (respectivement diminue) la probabilité, pour une pharmacie, de pratiquer des prix « faibles ». Ce résultat tend à confirmer l'importance de raisonner à niveau de vie égal pour étudier l'impact de la densité sur les prix. Des résultats toutefois contre-intuitifs peuvent être notés : on constate aussi que les pharmacies situées dans une zone à niveau de vie faible ont elles aussi une probabilité moins élevée que celles situées en zone intermédiaire de pratiquer des prix faibles.

Enfin, les pharmacies à forte activité pratiquent, toutes choses observables égales par ailleurs, des prix plus modérés. En effet, le fait, pour une pharmacie, de se situer parmi les pharmacies dont le chiffre d'affaires est parmi les 10 % le plus élevé, augmente la probabilité de pratiquer des prix « faibles » (annexe 4) et, inversement, est à l'origine d'une probabilité plus faible de pratiquer des prix « élevés ». Cela peut s'expliquer par la plus forte capacité de négociation des pharmacies à gros chiffre d'affaires vis-à-vis des laboratoires : ces officines peuvent obtenir des prix avantageux et les répercuter à leurs clients. Ces pharmacies importantes sont également susceptibles de pratiquer des prix bas en comptant sur des volumes de ventes élevés.

L'analyse conduite dans cette étude aboutit finalement à trois principaux résultats :

- les prix publics augmentent fortement et rapidement suite au déremboursement : en un an, la hausse médiane a été de 46 %, due à la fois à une hausse médiane de 29 % du PFHT et de 61 % des marges de distribution ;
- il existe une forte homogénéité des prix entre les pharmacies : en 2006, 75 % des officines fixaient un prix identique (à 5 % près) en moyenne sur les 30 médicaments étudiés. Enfin, les estimations réalisées ne mettent en évidence aucun effet clair de la densité en pharmacies sur le prix pratiqué sur les médicaments non remboursables. Les prix sont relativement homogènes, quelle que soit la densité. Ils sont donc à des niveaux comparables dans les zones où les pharmacies sont nombreuses et celles où elles sont isolées ;
- il semblerait donc que la concurrence en prix s'exerce peu sur le marché des médicaments non remboursables.

Ces résultats doivent être toutefois interprétés avec précaution.

Tout d'abord, l'analyse de l'évolution du prix se concentre sur les trois années qui suivent le déremboursement, et aucun élément sur l'évolution de ces prix par la suite n'est disponible, alors même que l'étude montre que la dispersion des prix entre pharmacies augmente au cours du temps. Ensuite, il paraît délicat de les extrapoler à l'évolution des prix de l'ensemble des médicaments déremboursés suite à leur déremboursement. En effet, l'étude présentée s'appuie sur l'analyse de 30 présentations parmi les 282 spécialités déremboursées en 2006 et les 835 dont le SMR a été jugé insuffisant lors de la vague de réévaluation de 1999-2001 (et qui ont pour la plupart été déremboursées)

Pour en savoir plus

Devaux M., Grandfils N., Sermet C., « Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? », *Questions d'économie de la Santé,* IRDES, n° 128, décembre 2007.

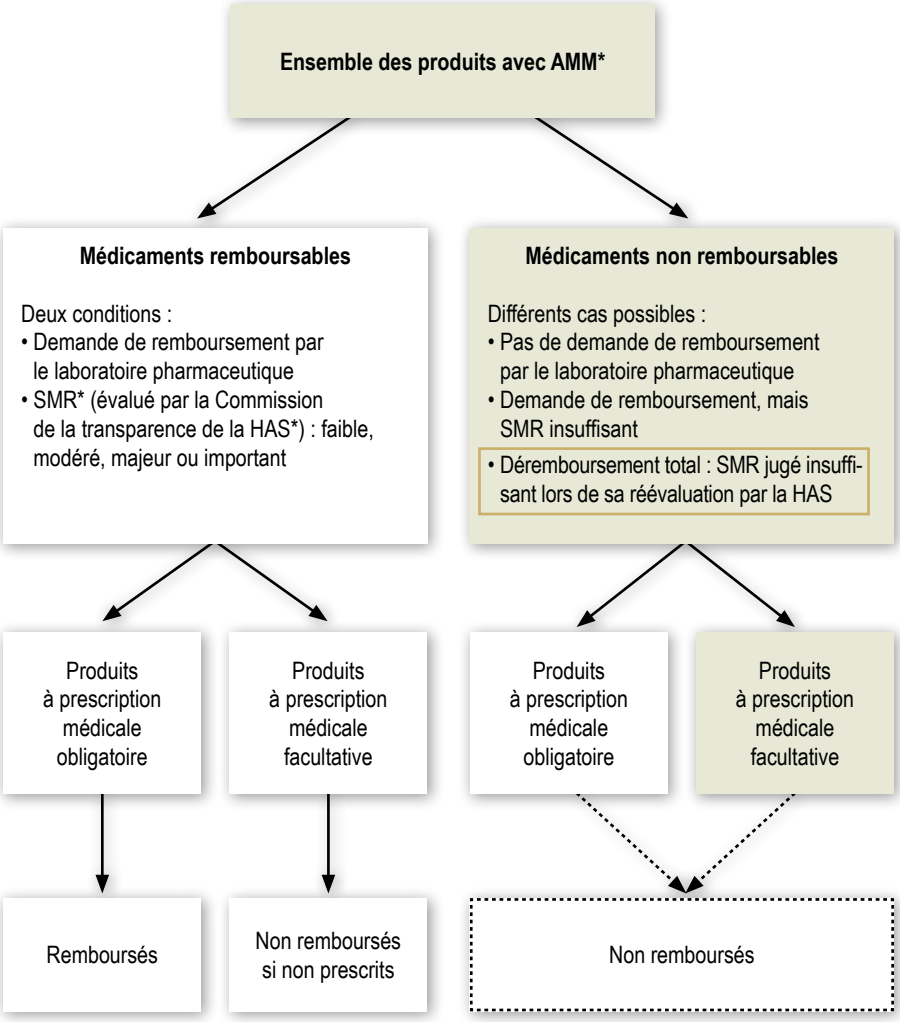
Dumontaux N. et Pichetti S., « Impact de la diminution du taux de remboursement des veinotoniques sur les prescriptions des généralistes », *Dossiers Solidarité et Santé,* DREES, n° 13, janvier 2009.

Pichetti S. et Sermet C., « Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation », *Questions d'économie de la Santé,* IRDES, n° 167, juillet-août 2011.

Pichetti S., Sorasith C., Sermet C., « Analysis of the impact of removing mucolytics and expectorants from the list of reimbursable drugs on prescription rates: A time-series analysis for France 1998–2010 », *Health Policy,* n° 102, p. 159-69, octobre 2011.

Stargardt T., Schreyögg J., Busse R., « Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany », *Health Policy,* n° 84, p. 30-38, novembre 2007.

Annexe 1 • Le non-remboursable dans le marché du médicament en France



* AMM : autorisation de mise sur le marché ; SMR : le service médical rendu ; HAS : la Haute Autorité de santé.

Annexe 2 • Les 30 présentations retenues

Liste des 30 présentations retenues dans cette étude

Type de médicaments	Classe thérapeutique agrégée (niveau 1)	Code CIP	Libellé du CIP	Libellé de la classe thérapeutique	Prix du médicament avant déremboursement
Médicaments du système gastrique	Système digestif et métabolisme	3 004 151	AMYLODIASTASE CPR CROQ FL40	Produits digestifs dont enzymes	2
		3 048 384	HEPARGITOL PDR SACH 20	Cholérétiques, cholecystokine	2,1
		3 068 033	MODANE CPR BT20	Laxatifs de contact	2,1
		3 075 079	OLIGOSOL CU-AU-AG BUV FL60ML	Autres suppléments minéraux	2,5
		3 092 474	ROMARINEX CHOLINE BUV FL125ML	Cholagogues + lipotropes	3,1
		3 164 110	LEGALON 70MG CPR BT40	Hépatoprotecteurs, lipotropes	4
		3 227 046	POLY-KARAYA GLE SACH10G 30	Antiflatulents + autres produits	4,2
		3 229 714	BEDELIX BUV PDR SACH 60	Antidiarrhéiques. Absorbant intestinal	5,1
		3 259 885	ULTRA-LEVURE GELU FL50	Antidiarrhéiques micro-organismes	5,6
		3 272 443	CARBOSYLANE GELU DOS BT48	Antiflatulents + autres produits	6
		3 307 360	LACTEOL 340MG BUV SACH 10	Antidiarrhéiques micro-organismes	8,5
Médicaments du rhume	Système respiratoire	3 017 455	CALYPTOL INHALANT AMP5ML 10	Révulsifs percutanés et produits inhalés	1,7
		3 024 834	COLLU-HEXTRIL 0,2 % COLLU 40ML	Décongestionnants anti-infectieux du pharynx	2,6
		3 070 515	NECYRANE NAS FL PRESS 10ML	Rhinologie locale autre	2,6
		3 237 369	FLUIMUCIL 200MG GLE SACH 30	Expectorants	3,2
		3 271 515	BRONCHOKOD S/SUC AD. BUV 300ML	Expectorants	3,5
		3 277 972	HEXASPRAY COLLU FL PRESS 30G	Décongestionnant anti-infectieux du pharynx	4,1
		3 281 643	ACTISOUFRE NAS BUV AMP10ML 30	Rhinologie voies générales	4,5
	Divers	3 065 299	MAXILASE M.GORGE SIR FL125ML	Enzymes anti-inflammatoires	3,3
		3 500 370	MEGAMYLASE 3000U CPR BT24	Enzymes anti-inflammatoires	3,8
Autres	Système cardiovasculaire	3 049 159	HEPTAMYL 187,8MG CPR BT20	Autres cardiovasculaires	2,3
		3 237 240	TITANOREINE 2% CR RECT TB20G	Anti-hémorroïdes locaux sous corticoïdes	2,3
	Dermatologie	3 153 974	SOLUBACTER 1% LOC FP400ML	Antiseptiques et désinfectants	3
		3 166 988	CYSTINE B6 BAILLEUL CPR BT20	Autres produits dermatologiques	3,2
	Système musculo-squelettique	3 186 620	SRILANE 5 % CR TB60G	Antirhumatismes et antalgiques locaux	2,6
		3 376 527	UTEPLEX 2MG BUV AMP2ML 45	Autres produits (appareil locomoteur)	7,4
	Système nerveux	3 098 749	SPASMINE CPR BT30	Hypnotiques sédatifs Phyothérapie	2,5
		3 289 716	EUPHYTOSE CPR TB120	Hypnotiques sédatifs Phyothérapie	4,7
	Organes sensoriels	3 031 159	DIFRAREL E CPR BT24	Toniques oculaires	3
	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	3 048 295	HEPANEPHROL BUV AMP10ML 20	Autres produits urologie	3,3

Lecture • Avant déremboursement, l'AMYLODIASTASE (code CIP 3004151), médicament du système digestif et du métabolisme, coûtait 2,0 euros.

Annexe 3 • Les indicateurs de densité

Les indicateurs classiques

Trois indicateurs de densité sont traditionnellement retenus, ceux-ci ont été calculés pour les pharmacies.

Les deux premiers se placent à l'échelle de la commune. Le troisième s'affranchit des limites de la commune.

Le premier correspond au nombre de pharmacies pour 100 000 habitants. Cet indicateur reflète les contraintes de la législation (*cf.* partie 1). En théorie, les pharmacies sont réparties de manière relativement homogène selon cette variable.

Le deuxième correspond au nombre de pharmacies au kilomètre carré. Cet indicateur reflète davantage l'accessibilité réelle pour les habitants, puisqu'il intègre une notion de concentration géographique.

Le troisième correspond au nombre de pharmacies situées dans un rayon de 500 mètres à vol d'oiseau autour de la pharmacie. Cet indicateur renseigne sur la concentration en officines concurrentes autour d'une pharmacie et constitue donc un indicateur de l'intensité de la concurrence dans la zone.

L'indicateur d'APL

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé en 2012 par la DREES et l'IRDES, propose une nouvelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins, en l'occurrence ici aux pharmacies. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, qui répond à plusieurs critiques traditionnellement adressées aux indicateurs de densité :

- il s'affranchit des limites de la commune en prenant en compte l'offre des communes environnantes. Un niveau d'accessibilité est défini en fonction du temps nécessaire pour rejoindre chaque pharmacie ;
- il intègre, dans son mode de calcul, la structure par âge de la population environnante, pour tenir compte de l'existence de besoins en médicaments de la population différenciés par âge. Ceux-ci sont approchés par la consommation médicamenteuse par tranche d'âge (approchée par les données de consommation de médicaments remboursables de chaque tranche d'âge, issues des données de l'Assurance maladie).

Pour chaque commune, l'indicateur fournit un nombre de pharmacies accessibles pour 100 000 habitants, pondérés en fonction de leur consommation nationale de médicaments par tranche d'âge.

Calcul de l'indicateur d'APL

Dans un premier temps, la patientèle autour de chaque pharmacie est identifiée afin de pondérer l'offre de pharmacies en fonction de la structure par âge de la population susceptible d'y accéder. Pour chaque commune j disposant d'au moins une pharmacie sont identifiées l'ensemble des communes i accessibles avec un déplacement dont le temps d'accès est inférieur à un seuil de référence d_0 (5 minutes, 10 minutes ou 15 minutes). Un ratio rapportant l'offre en pharmacies dans la commune j à la population pondérée (par sa structure d'âge) située dans une aire de rayon d_0 autour de la commune j est alors calculé :

$$R_j = \frac{m_j}{\sum_{d_{ij}<d_0} p_i w(d_{ij})}$$

m_j représente le nombre de pharmacies dans la commune j.

p_i mesure le nombre d'habitants standardisés par leur structure d'âge des communes i situées à une distance de j inférieure à d_0.

d_{ij} est la distance en temps entre les communes i et j.

$w(d_{ij})$ est la pondération relative à la distance.

Ce ratio représente l'offre en pharmacies dans une commune pondérée par les besoins de médicaments des personnes qui peuvent y accéder.

Dans un second temps, on définit pour chaque commune i l'ensemble des communes j où une pharmacie est accessible à une distance inférieure à d_0. Pour chaque commune i, les ratios R_j sont sommés, en pondérant par la distance. Le résultat ainsi obtenu représente l'accessibilité potentielle localisée aux pharmacies pour la population située dans la commune i.

$$APL_i = \sum_{d_{ij} < d_0} w(d_{ij})\, R_j$$

Pour l'étude, nous avons choisi le seuil d_0 de 10 minutes.

Annexe 4 • Résultats des estimations

Deux modèles ont été estimés.

Dans le premier modèle, la probabilité, pour une pharmacie, de pratiquer un prix « faible » – inférieur au prix modal à 5 % près – est modélisée sous forme d'un modèle « probit », adapté lorsque la variable d'intérêt est binaire. La probabilité que le prix soit « élevé » – supérieur au prix modal – est modélisée de la même façon. Dans le second modèle, l'écart de prix est considéré lorsqu'il existe : un modèle tobit, adapté au cas des variables qui prennent fréquemment la valeur 0 et dont on cherche à expliquer les valeurs non nulles lorsqu'elles sont observées[1], est estimé.

Ces modélisations ont pour but de déterminer si le niveau de densité en officines, et donc l'intensité de la concurrence dans la zone d'implantation d'une pharmacie, a un impact sur le niveau des prix qu'une pharmacie pratique sur les médicaments déremboursés.

Le premier modèle révèle que, toutes choses observables (caractéristiques de la pharmacie en termes de chiffre d'affaires, caractéristiques de la zone et notamment du niveau de vie de ses habitants) égales par ailleurs, dans les zones à densité élevée, les prix sont plus souvent « faibles ». Cet effet ne s'observe toutefois pas en 2007. À l'inverse, dans les zones à densité faible les prix sont plus souvent « élevés », mais cet effet n'est significatif qu'en 2006 et, dans une moindre mesure, en 2007.

Selon le second modèle, lorsqu'un prix est « faible », l'écart de prix est plus important lorsque la densité est élevée (toutes choses observables égales par ailleurs) – sur les données 2007 et 2008 uniquement.

Tableau 1 • Résultats des estimations

Variable expliquée : probabilité pour une pharmacie *j* pour un médicament *i* de pratiquer un prix différent du prix modal.

	Prix faible			Prix élevé		
Variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**
Constante	-2,735 (***)	-2,774 (***)	-3,519 (***)	-0,197 (ns)	-0,154 (ns)	1,414 (***)
Densité : indicateur d'accessibilité potentielle localisée						
Faible (1er quintile)	0,003 (ns)	-0,008 (*)	0,002 (ns)	0,0064 (***)	0,036 (*)	0,022 (ns)
2e, 3e, 4e quintiles : entre 6 % et 15 %	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
Élevée (dernier quintile)	0,026 (**)	0,023 (ns)	0,051 (***)	0,015 (ns)	0,016 (ns)	-0,027 (ns)
Situation financière de la pharmacie						
Décile de CA						
1er décile	-0,009 (ns)	-0,160 (***)	-0,168 (***)	0,091 (**)	0,179 (***)	0,211 (***)
2e décile	0,057 (**)	-0,009 (ns)	-0,090 (***)	-0,054 (ns)	-0,105 (***)	0,063 (*)
3e décile	0,023 (ns)	0,003 (ns)	-0,041 (*)	-0,1052 (***)	-0,096 (***)	-0,040 (ns)
4e décile	0,004 (ns)	-0,009 (ns)	-0,017 (ns)	-0,122 (***)	-0,083 (***)	-0,057 (*)
5e décile	0,035 (**)	0,052 (***)	-0,022 (ns)	-0,032 (ns)	-0,050 (*)	-0,017 (ns)

1 • Il s'agit d'un tobit de type I car aucune sélection n'existe *a priori* entre les prix pour lesquels on observe un écart de prix et les autres.

	Prix faible			Prix élevé		
Variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**
6e décile	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
7e décile	0,104 (***)	0,142 (***)	0,097 (***)	-0,185 (***)	-0,147 (***)	-0,198 (***)
8e décile	0,159 (***)	0,209 (***)	0,177 (***)	-0,094 (***)	-0,176 (***)	-0,208 (***)
9e décile	0,207 (***)	0,354 (***)	0,345 (***)	-0,063 (**)	-0,082 (***)	-0,243 (***)
10e décile	0,457 (***)	0,594 (***)	0,537 (***)	-0,110 (***)	-0,133 (***)	-0,197 (***)
Part du CA sur les médicaments remboursables	1,818 (***)	2,835 (***)	3,077 (***)	-2,534 (***)	-2,538 (***)	-3,883 (***)
Part du CA sur la parapharmacie, les dispositifs médicaux, etc.	3,623 (***)	5,159 (***)	5,703 (***)	-3,296 (***)	-3,04 (***)	-5,349 (***)
Situation sociodémographique et économique de la commune :						
Part des 75 ans et plus						
Faible (1er quintile : moins de 6 %)	-0,017 (ns)	-0,023 (ns)	-0,040 (***)	0,09 (***)	0,112 (***)	0,12 (***)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 6 % et 12 %)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
Élevée (dernier quintile : plus de 12 %)	-0,033 (***)	-0,041 (***)	-0,027 (**)	-0,029 (ns)	-0,041 (**)	-0,009 (ns)
Revenu fiscal médian						
Faible (1er quintile : moins de 10 000 euros)	-0,032 (**)	-0,034 (**)	-0,067 (***)	0,014 (ns)	0,035 (ns)	0,091 (***)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 10 000 et 13 000 euros)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
Élevée (dernier quintile : plus de 13 000 euros)	-0,06 (***)	-0,035 (**)	-0,060 (***)	0,117 (***)	0,066 (***)	0,125 (***)
Taux de chômage						
Faible (1er quintile : moins de 8 %)	-0,056 (***)	-0,103 (***)	-0,117 (***)	0,065 (***)	0,104 (***)	0,076 (***)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 8 % et 15 %)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf.
Élevée (dernier quintile : plus de 15 %)	0,099 (***)	0,16 (***)	0,152 (***)	0,004 (ns)	0,017 (ns)	-0,02 (ns)
Indicatrice médicament	Coefficients négatifs significatifs	Coefficients négatifs significatifs	Coefficients négatifs significatifs	Coefficients positifs significatifs	Coefficients positifs significatifs	Coefficients positifs plus ou moins significatifs
Nombre d'observations	106 712	98 022	86 893	106 712	98 022	86 893
$Pr(Y_{ij}) = 0$	80 823	77 523	65 299	101 456	93 134	80 957
$Pr(Y_{ij}) = 1$	25 889	20 499	21 594	5 256	4 888	5 936
Valeurs manquantes	35 248	43 938	55 067	35 248	43 938	55 067

* Significativité à 10 %.
** Significativité à 5 %.
*** Significativité à 1 %.
Pour chaque année, c'est le mois de décembre qui est considéré.
Les quintiles divisent une répartition en 5 parties d'effectifs égaux : le 1er quintile des communes en terme de taux de chômage est constitué des 20 % de communes ayant le plus faible taux de chômage.
Lecture • En 2006, toutes choses observables (caractéristiques de la pharmacie, caractéristiques de la zone) égales par ailleurs, dans les zones à densité élevée, les prix pratiqués par les pharmacies sont plus souvent « faibles » (inférieurs au prix modal) : le coefficient de la variable de densité est 0,026, il est significatif au seuil de 5 %.
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

Tableau 2 ● Résultats de l'estimation du modèle tobit

Variable expliquée : logarithme de la valeur absolue de l'écart de prix relatif entre le prix pratiqué par la pharmacie et le prix modal pour le médicament *i* à la date considérée.

	Prix faible			Prix élevé		
Variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**
Constante	-1,423 (***)	-1,685 (***)	-2,613 (***)	-3,068 (***)	-2,422 (***)	-3,067 (***)
Densité : indicateur d'accessibilité potentielle localisée						
Faible (20 % les plus bas)	0,004 (ns)	0,003 (ns)	-0,005 (ns)	-0,031 (ns)	-0,03 (*)	-0,019 (ns)
Intermédiaire	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
Élevée (20 % les plus hauts)	0,017 (ns)	0,032 (***)	0,034 (***)	-0,006 (ns)	-0,003 (ns)	-0,017 (ns)
Situation financière de la pharmacie						
Décile de CA						
1er décile	0,068 (***)	0,044 (*)	-0,007 (ns)	0,090 (**)	0,11 (***)	0,081 (***)
2e décile	0,065 (ns)	-0,005 (ns)	-0,025 (ns)	0,074 (**)	0,089 (**)	0,055 (*)
3e décile	0,052 (***)	-0,020 (ns)	0,011 (ns)	0,030 (ns)	-0,020 (ns)	0,005 (ns)
4e décile	0,047 (***)	0,004 (ns)	0,050 (***)	0,021 (ns)	-0,031 (ns)	0,007 (ns)
5e décile	0,045 (***)	0,000 (ns)	0,057 (***)	0,003 (ns)	-0,030 (ns)	-0,002 (ns)
6e décile	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)	Réf. (-)
7e décile	0 (ns)	-0,020 (ns)	0,015 (ns)	0,022 (ns)	0,034 (ns)	-0,012 (ns)
8e décile	-0,036 (**)	-0,017 (ns)	0,035 (**)	0,022 (ns)	0,028 (ns)	0,042 (**)
9e décile	-0,056 (***)	-0,012 (ns)	0,071 (***)	-0,026 (ns)	-0,052 (*)	-0,042 (*)
10e décile	-0,021 (ns)	0,040 (**)	0,136 (***)	-0,029 (ns)	0,000 (ns)	0,037 (ns)
Part du CA sur les médicaments remboursables	-0,07 (ns)	0,348 (*)	0,919 (***)	0,365 (ns)	-0,105 (ns)	0,441 (ns)
Part du CA sur la parapharmacie, les dispositifs médicaux, etc.	0,29 (ns)	1,15 (***)	1,976 (***)	0,784 (ns)	-0,061 (ns)	0,554 (ns)
Situation sociodémographique et économique de la commune						
Part des 75 ans et plus						
Faible (1er quintile : moins de 6 %)	0,013 (ns)	0,035 (***)	-0,009 (ns)	-0,031 (ns)	-0,022 (ns)	0,026 (*)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 6 % et 12 %)	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Élevée (dernier quintile : plus de 12 %)	-0,02 (ns)	-0,039 (ns)	-0,028 (***)	-0,006 (ns)	-0,027 (ns)	-0,021 (*)

	Prix faible			Prix élevé		
Variables	**2006**	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**
Revenu fiscal médian						
Faible (1er quintile : moins de 10 000 euros)	-0,02 (*)	0,025 (**)	-0,015 (ns)	0,035 (ns)	-0,03 (ns)	-0,012 (ns)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 10 000 et 13 000 euros)	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Élevée (dernier quintile : plus de 13 000 euros)	-0,008 (ns)	0,005 (ns)	-0,006 (ns)	0,015 (ns)	0,014 (ns)	0,039 (***)
Taux de chômage						
Faible (1er quintile : moins de 8 %)	0 (ns)	-0,023 (**)	-0,009 (ns)	-0,005 (ns)	-0,045 (**)	-0,025 (*)
Intermédiaire (2e, 3e, 4e quintiles : entre 8 % et 15 %)	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Élevée (dernier quintile : plus de 15 %)	-0,004 (ns)	0,033 (***)	0,073 (***)	-0,006 (**)	0,003 (ns)	-0,003 (ns)
Indicatrice médicament	Coefficients majoritairement négatifs (***)	Coefficients négatifs (***)	Coefficients négatifs (***)	(+) Plus ou moins significatifs	(+)/(-) Plus ou moins significatifs	(+)/(-) Plus ou moins significatifs
Nombre d'observations	25 889	20 499	21 594	5 256	4 888	5 936

* Significativité à 10 %.
** Significativité à 5 %.
*** Significativité à 1 %.
Pour chaque année, c'est le mois de décembre qui est considéré.
Lecture • En 2007, toutes choses observables (caractéristiques de la pharmacie, caractéristiques de la zone) égales par ailleurs, dans les zones à densité élevée, lorsque les prix pratiqués par les pharmacies sont « faibles » (inférieurs au prix modal), l'écart est plus important que dans les zones à densité intermédiaire : le coefficient de la variable de densité est 0,032, il est significatif au seuil de 1 %.
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

Annexe 5 • Résultats des tests de robustesse

Des tests de robustesse sont réalisés à l'aide de variables de densité annexes (nombre de pharmacies par km², nombre de pharmacies pour 100 000 habitants, nombre de pharmacies concurrentes dans un rayon de 500 mètres) qui proposent des approches de la densité complémentaires à celle de l'indicateur d'APL (annexe 3). Ces tests confirment que l'effet de la densité sur les prix n'est, s'il existe, que limité. Si une faible densité semble réduire la probabilité de prix faible (lorsqu'il y a peu de pharmacies au km², la probabilité que le prix soit « faible » est moins importante) et augmenter la probabilité d'un prix élevé (une pharmacie n'ayant aucun concurrent dans un rayon de 500 mètres a plus de chances de pratiquer un prix « élevé »), on retrouve le même résultat pour une densité élevée, ce qui est contre-intuitif. Par ailleurs, aucun résultat net ne ressort de l'analyse en écart de prix.

Tableau 1 ● **Résultats de l'estimation des modèles probit intégrant les variables de densité annexes**

Variable expliquée : probabilité pour une pharmacie *j* pour un médicament *i* de pratiquer un prix différent du prix modal.

	Proba (prix < prix modal)			Proba (prix > prix modal)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Nombre de pharmacies au km²						
[0,0 ;0,1]	-0,001 (ns)	-0,062 (***)	-0,071 (***)	-0,036 (*)	-0,005 (ns)	0,015 (ns)
]0,1 ;2,0]	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
]2,0 ;35,9]	-0,026 (ns)	-0,020 (ns)	-0,061 (***)	0,076 (***)	0,103 (***)	0,132 (***)
Nombre de pharmacies pour 100 000 habitants						
[16 ;36]	-0,063 (**)	-0,068 (***)	-0,076 (***)	0,088 (***)	0,106 (***)	0,081 (***)
]36 ;67]	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
]67 ;1478]	-0,074 (**)	-0,119 (***)	-0,136 (***)	-0,025 (**)	0,002 (ns)	0,034 (ns)
Nombre de pharmacies concurrentes dans un rayon de 500 mètres						
Aucune	0,014 (ns)	0,003 (ns)	-0,007 (ns)	0,056 (***)	0,054 (***)	0,071 (***)
1 ou 2	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Entre 3 et 7	0,015 (ns)	0,029 (*)	0,047 (***)	-0,008 (ns)	-0,017 (ns)	0,042 (ns)
8 et plus	-0,002 (ns)	0,014 (ns)	-0,012 (ns)	0,083 (**)	0,056 (ns)	0,152 (***)

* Significativité à 10 %.
** Significativité à 5 %.
*** Significativité à 1 %.
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

TABLEAU 2 ● **Résultats de l'estimation des modèles tobit intégrant les variables de densité annexes**

Variable expliquée : logarithme de la valeur absolue de l'écart de prix relatif entre le prix pratiqué par la pharmacie et le prix modal pour le médicament *i* à la date considérée.

	Proba (prix < prix modal)			Proba (prix > prix modal)		
	2006	**2007**	**2008**	**2006**	**2007**	**2008**
Nombre de pharmacies au km²						
[0,0 ;0,1]	0,003 (ns)	-0,023 (**)	-0,029 (***)	0,065 (***)	0,046 (**)	0,035 (***)
]0,1 ;2,0]	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
]2,0 ;35,9]	0,004 (ns)	-0,011 (ns)	-0,001 (ns)	0,025 (ns)	0,013 (ns)	0,049 (***)
Nombre de pharmacies pour 100 000 habitants						
[16 ;36]	-0,008 (ns)	-0,022 (ns)	-0,039 (***)	-0,038 (**)	-0,005 (ns)	0,013 (ns)
]36 ;67]	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
]67 ;1478]	-0,008 (ns)	-0,021 (*)	-0,026 (***)	-0,011 (ns)	0,066 (***)	-0,022 (ns)
Nombre de pharmacies concurrentes dans un rayon de 500 mètres						
Aucune	0,020 (**)	0,015 (*)	0,025 (***)	-0,010 (ns)	0,017 (ns)	0,024 (**)
1 ou 2	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Entre 3 et 7	0,007 (ns)	0,017 (ns)	0,022 (**)	-0,057 (**)	-0,024 (ns)	-0,002 (ns)
8 et plus	0,023 (ns)	0,042 (**)	0,034 (*)	0,056 (ns)	0,066 (*)	0,079 (***)

* Significativité à 10 %.
** Significativité à 5 %.
*** Significativité à 1 %.
Sources • Pharmastat d'IMS Health®.

Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus

Lucie CALVET (DREES)[1]

En 2010, 5,7 millions de personnes étaient âgées de 75 ans ou plus en France. Comparées aux moins de 75 ans, ces personnes ont des besoins de soins élevés. Presque toutes ont eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste et un tiers ont été hospitalisées. Leurs dépenses en soins de ville remboursées par l'Assurance maladie sont de 3 000 euros et elles consomment régulièrement sept molécules médicamenteuses différentes en moyenne. Le coût de leurs hospitalisations en court séjour est de 6 000 euros par personne hospitalisée en moyenne. Ces dépenses et ce recours élevés s'expliquent par leur niveau de dépendance et par le fait qu'elles sont plus souvent en affection de longue durée (ALD). Le montant des dépenses en soins infirmiers, en kinésithérapie et en matériel médical s'accroît en effet avec le niveau de dépendance et, à niveau de dépendance donné, le montant des dépenses double lorsque la personne est en ALD.

Au-delà de 75 ans, la polypathologie est un phénomène fréquent : on estime, en effet, qu'entre 40 % et 70 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies. Les pathologies les plus fréquentes sont les pathologies cardiaques, le diabète, l'asthme et la maladie d'Alzheimer. En particulier, près d'un tiers (29 %) des personnes de 75 ans et plus sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire. Certaines maladies sont très corrélées entre elles. C'est le cas, par exemple, des maladies cardiaques et vasculaires. Avoir plusieurs pathologies n'apparaît pas systématiquement comme un facteur de coût supplémentaire. C'est le cas, par exemple, pour les malades d'Alzheimer : lorsque ceux-ci sont atteints d'une maladie cardiovasculaire, leurs dépenses ne sont pas sensiblement différentes de celles des autres personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire mais non atteintes de la maladie d'Alzheimer.

1 • L'auteur remercie Alexandre Rigault de la CNAMTS pour sa collaboration.

Dans un contexte de vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur pour l'action publique comme en témoignent notamment les deux rapports récents du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie[2] (HCAAM). Un consensus émerge autour de l'idée qu'une meilleure organisation du parcours de soins des personnes âgées – décloisonnant notamment les prises en charge en médecine de ville, à l'hôpital, dans les établissements médicaux sociaux et les prestations et services sociaux – permettrait de répondre à la fois à l'objectif d'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des plus âgés et à celui de maîtrise de la dépense. En particulier, la réduction du nombre d'hospitalisations des personnes âgées et de leur durée pourrait être favorisée par leur meilleure prise en charge en amont, en particulier en ville. Elle permettrait non seulement des économies importantes pour l'Assurance maladie, mais aussi la limitation de la perte d'autonomie associée aux hospitalisations. En effet, le séjour hospitalier peut correspondre à une rupture dans le parcours de vie et de santé de la personne âgée, notamment lorsque les conditions de l'hospitalisation ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités du grand âge.

Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, le HCAAM, dans ses rapports de 2010 et 2011, préconise de recourir d'abord à la mise en place d'un dispositif « prototype » sur un nombre limité de territoires. Dans un premier temps, onze projets ciblant une amélioration de la prise en charge hospitalière[3] ont été développés dans sept régions. Puis, un comité national de pilotage du projet sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a été mis en place au printemps 2012 pour définir les grandes orientations du dispositif envisagé[4] et lancer des projets pilotes PAERPA. Ces projets ont pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, et d'améliorer ainsi, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants et, sur un plan collectif, l'efficience de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé.

Cinq des huit expérimentations PAERPA prévues doivent commencer en septembre 2013, les trois autres début 2014. Dans le cadre de la préparation du cahier des charges de ces projets PAERPA[5], une meilleure connaissance de la prise en charge actuelle des personnes âgées est apparue un préalable nécessaire à la proposition de solutions visant à l'améliorer.

C'est dans ce cadre qu'ont été réalisés les travaux présentés dans cet article, issus d'une collaboration entre la CNAMTS et la DREES, avec pour objectif de décrire l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus, en particulier les pathologies et polypathologies pour lesquelles elles sont le plus fréquemment traitées. Il fournit, dans ce cadre, des précisions sur les dépenses de santé des personnes âgées, à la fois en soins de ville et en cas d'hospitalisation, et présente le lien entre la dépense, le niveau de dépendance et le lieu de vie des personnes (à domicile ou en institution), d'une part, et le lien entre la dépense remboursée par l'Assurance maladie et le type de pathologie traitée, d'autre part.

Dans une première partie, l'article présente la consommation en soins de ville des personnes âgées de 75 ans ou plus (consultations de médecins, soins infirmiers, séances de kinésithérapie). Une attention particulière est portée à la consommation de médicaments[6], poste de dépense le plus élevé et qui représente un enjeu de santé publique pour une population ayant un risque iatrogénique important. Le lien entre dépenses de santé, dépendance et lieu de résidence des personnes âgées (à domicile ou en institution) est aussi examiné. La deuxième partie porte sur les dépenses d'hospitalisation, leurs fréquences et leur coût. Dans une troisième partie, enfin, on s'intéresse aux pathologies des personnes âgées : d'abord en observant les pathologies les plus fréquentes et les situations de polypathologies, puis en examinant les liens entre dépenses de santé et pathologies des personnes âgées.

2 • « Vieillissement, longévité et Assurance maladie », HCAAM (2010) et « Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées » (2011).

3 • Expérimentations initiées par l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012.

4 • « Comité national de pilotage sur les parcours de santé en risque de perte d'autonomie – Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes », IGAS, juin 2013.

5 • Quatre « ateliers » ont été mis en place. Ils portaient sur : 1) le recueil et l'exploitation de données cliniques et sociales par les professionnels de premier recours ; 2) la coopération et la coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes âgées hors hospitalisation ; 3) optimiser des modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et faciliter leur sortie ; 4) la définition des objectifs et des conditions d'évaluation des projets pilotes.

6 • D'après le rapport de l'IGAS sur la mise en œuvre des projets pilotes PAERPA, la prise de médicament est l'un des quatre facteurs à réduire pour limiter le risque d'hospitalisation des personnes âgées. Les trois autres facteurs sont : la dénutrition, la dépression et le risque de chutes.

ENCADRÉ 1 ● **Les données utilisées**

Dans le cadre des travaux réalisés pour le projet PAERPA, la CNAMTS a constitué une base de données spécifique à partir du Système national d'informations inter-régime de l'Assurance maladie (le SNIIR-AM) pour permettre l'étude du recours aux soins, des dépenses de santé et de l'état de santé des personnes de 75 ans ou plus. Elle regroupe les données individuelles de consommations médicales de 4,6 millions de personnes de 75 ans ou plus assurées au régime général ou aux sections locales mutualistes. Grâce à un numéro de patient anonyme, les données du SNIIR-AM (portant sur les soins de ville) ont été reliées à celles du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) (portant sur les hospitalisations de court séjour), ce qui permet de dresser un tableau plus complet de la dépense de santé et du recours aux soins des personnes âgées. Les montants de dépenses mesurés correspondent aux montants remboursés par l'Assurance maladie.

Les dépenses incluses dans le forfait des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne sont pas mesurées. Le taux de recours au médecin généraliste, par exemple, est donc légèrement sous-estimé dans la mesure où les personnes hébergées en établissement au forfait global bénéficient de cette prestation incluse dans leur forfait.

Dans cette base « PAERPA », la CNAMTS a utilisé les informations sur le type d'affection de longue durée (ALD), les consommations médicamenteuses dites « traceuses » et les motifs d'hospitalisation du PMSI pour repérer les pathologies traitées des assurés. Ces pathologies reconstituées permettent d'estimer des prévalences de maladies traitées et d'étudier la consommation de soins, pathologie par pathologie. En plus de l'échantillon de 4,6 millions d'individus de 75 ans et plus, la CNAMTS a constitué un échantillon d'un million d'individus de 60 à 74 ans permettant de comparer la situation des 75 ans ou plus à celle de la tranche d'âge inférieure.

Cette étude utilise aussi les enquêtes Handicap-Santé réalisées en « ménage ordinaire » (personnes vivant à leur domicile) en 2008 et en institution (notamment EHPAD, USLD et maison de retraite) en 2009 appariées avec le SNIIR-AM[1]. Ces enquêtes permettent de décrire la situation des personnes âgées de 75 ans ou plus au regard de leur niveau de dépendance. En effet, le niveau de dépendance (groupe iso-ressources, *cf.* encadré 2) et le lieu de résidence des personnes sont renseignés dans ces enquêtes alors qu'ils ne le sont pas dans les bases médico-administratives du SNIIR-AM. Les montants de dépenses mesurés correspondent à la dépense totale (montant remboursé par l'Assurance maladie et reste à charge du patient), mais seulement pour les soins de ville remboursables.

Dans une moindre mesure, les données du PMSI pour 2011 sur l'ensemble du champ (sans restriction sur le régime d'Assurance maladie) ont aussi été mobilisées.

1 • Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzalez L., 2013, « L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance maladie » Document de travail, Série sources et méthodes, DREES, n° 39, janvier.

• En 2010, 5,7 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus

Selon le recensement de la population de l'INSEE, 5,7 millions de personnes ont 75 ans ou plus en 2010 (tableau 1). Elles représentent 9 % de la population française et sont le plus souvent des femmes (63 %), puisque celles-ci ont une espérance de vie plus élevée (85,7 ans contre 78,7 ans pour les hommes). Environ la moitié des personnes de 75 ans ou plus vivent en couple (48 %), avec une répartition très différente selon le sexe, liée là aussi en grande partie à la plus grande espérance de vie des femmes, puisque 70 % des hommes vivent en couple contre seulement 34 % des femmes. Au-delà de 75 ans, 9 % des personnes vivent en établissement pour personnes âgées (EHPAD, USLD[7], maisons de retraite).

D'après les données de l'Assurance maladie pour le régime général, alors que 36 % des 60-74 ans sont en affection de longue durée (ALD[8]), 57 % des personnes des 75 ans ou plus sont en ALD (encadré 1). Dit autrement, c'est plus de la moitié des personnes de 75 ans ou plus qui sont traitées pour au moins une pathologie chronique grave.

7 • EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unité de soins de longue durée.

8 • Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur.

Tableau 1 ● **Répartition de la population des 75 ans ou plus en France en 2010 par âge et sexe**

	Population	Part de femmes (%)	Part de personnes vivant en institution (%)
75 à 79 ans	2 290 000	58	3
80 à 84 ans	1 800 000	63	7
85 à 89 ans	1 130 000	68	15
90 ans et plus	490 000	76	33
Total	**5 710 000**	**63**	**9**

Champ • France.
Sources • INSEE, recensement de la population 2010, exploitation principale.

• Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant à leur domicile, 13 % sont en situation de dépendance…

D'après le volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé de 2008, 13 % des personnes âgées de 75 ans ou plus, vivant à domicile, sont en situation de dépendance, définie ici à partir de l'appartenance aux groupes iso-ressources 1 à 4 (encadré 2). À l'inverse, 79 % sont tout à fait autonomes (GIR 6) et les 8 % restantes sont en GIR 5 : ce sont des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules, mais ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage (graphique 1).

L'état de santé fonctionnel des personnes âgées est beaucoup plus dégradé en établissement pour personnes âgées. D'après le volet « Institutions » de l'enquête Handicap-Santé de 2009, seulement 14 % des personnes de 75 ans ou plus vivant en institution ne sont pas dépendantes, et plus de la moitié des personnes sont en GIR 1 à 2, c'est-à-dire sont soit confinées au lit, avec une santé mentale ou encore des capacités motrices altérées, soit avec une incapacité à la fois sur les plans moteur et mental.

• …mais près de la moitié bénéficient d'une aide informelle ou professionnelle

Près de la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent bénéficier d'aide dans la vie de tous les jours, que ce soit une aide informelle (famille, proches…) ou professionnelle (graphique 2). La très grande majorité des personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 1 à 5 bénéficie d'une aide. Les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) sont plus de 70 % à bénéficier à la fois d'une aide professionnelle et informelle. Un tiers des personnes les plus autonomes (en GIR 6) bénéficient d'une aide.

La dépense de soins de ville remboursée des personnes âgées de 75 ans ou plus est de 3 000 euros par an

En moyenne, les dépenses de soins de ville remboursées par l'Assurance maladie sont de 3 000 euros par an et par personne pour les personnes de 75 ans ou plus, soit 1 000 euros de plus que pour les personnes de 60 à 74 ans (tableau 2). Derrière ces moyennes se cachent cependant des écarts de consommation importants au sein de chacune des sous-populations : les 10 % de personnes de 75 ans ou plus les plus consommatrices en soins de ville concentrent à elles seules 45 % du total des montants remboursés ; chez les personnes de 60-74 ans, les 10 % les plus consommatrices en concentrent même 50 %.

Pour les 75 ans ou plus, le poste de dépenses le plus élevé correspond aux médicaments (940 euros remboursés en moyenne), suivi des honoraires médicaux (dépenses en consultation de médecin généraliste et de spécialiste) puis les dépenses en actes infirmiers. Ce dernier poste de dépense est presque multiplié par cinq entre 60-74 ans et 75 ans ou plus. La dépense en kinésithérapie est également multipliée par 2,5 entre les deux groupes d'âge. Les transports et le matériel médical sont quant à eux multipliés par 1,7. Ces postes de dépenses sont caractéristiques de la dépendance[9] (encadré 3). Au-delà de 75 ans, avoir au moins une visite annuelle chez un généraliste est la norme, puisqu'en 2010, 92 % l'ont consulté au moins une fois. En moyenne, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont recours au généraliste 8 fois dans l'année.

9 • Calvet L. et Montaut A., 2013, « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, nº 42, août.

ENCADRÉ 2 ● **La grille AGGIR, un outil pour mesurer la dépendance**

La grille AGGIR (autonomie gérontologique et groupe iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée. Ce degré est évalué sur la base de dix critères[1], mesurant l'autonomie physique et psychique. En fonction de leur degré de difficulté pour réaliser ces actions, les personnes sont classées en 6 groupes, dits « iso-ressources » (GIR), de la dépendance la plus légère, le GIR 6, à la plus grave, le GIR 1. Le classement s'opère en fonction du besoin en aide humaine, exprimé en temps d'intervention par jour : GIR 1 : 3 h 30, GIR 2 : 3 h, GIR 3 : 2 h 30, GIR4 : 1 h 45, GIR 5 : 53 min, GIR 6 : 15 min.

Cette grille d'évaluation est utilisée par les conseils généraux comme outil d'éligibilité pour l'octroi de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), entrée en vigueur en 2002.

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes : d'une part, celles qui n'assument pas seules leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage (la grande majorité d'entre elles s'alimente seule) ; d'autre part, celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

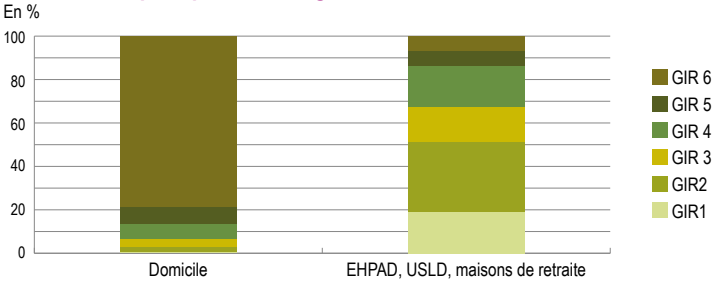
Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les résultats présentés dans cet article sur le niveau de dépendance sont issus des enquêtes Handicap-Santé réalisées en ménage (2008) et en institution (2009). Dans le volet « ménage » les niveaux de dépendance sont des pseudo-GIR[2], dans le volet « institution » il s'agit du vrai GIR.

1 • Les critères sont : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance (téléphone, alarme, sonnette...).

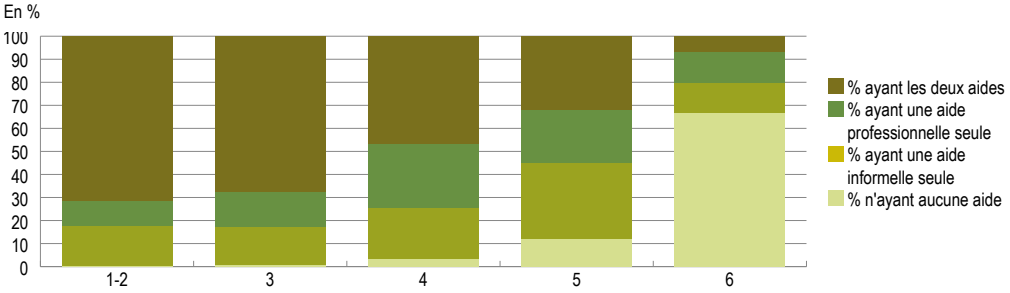
2 • Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 », Document de travail, Série Sources et méthodes, DREES, n° 26, septembre.

GRAPHIQUE 1 ● **Répartition de la population de 75 ans ou plus par GIR à domicile et en établissement pour personnes âgées**



Note • Niveau de GIR estimé (pseudo-GIR) pour le volet « ménage » (*cf.* encadré 2).
Champ • France, personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.
Lecture • En 2008, 79 % des personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile sont en GIR 6 (les plus autonomes), contre seulement 7 % des personnes vivant en établissement pour personnes âgées.
Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménage » et 2009, volet « Institution », calculs DREES.

Graphique 2 ● Taux de recours à une aide professionnelle ou informelle selon le GIR pour les personnes de 75 ans ou plus vivant à leur domicile



Champ • France, personnes de 75 ans ou plus vivant à domicile.
Lecture • Parmi les personnes âgées classées en GIR 6 (les plus autonomes), 66,7 % déclarent ne recevoir aucune aide, 12,7 % déclarent ne recevoir qu'une aide informelle, 13,7 % déclarent ne recevoir qu'une aide professionnelle et 6,8 % déclarent bénéficier à la fois d'une aide informelle et professionnelle.
Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménage », calculs DREES.

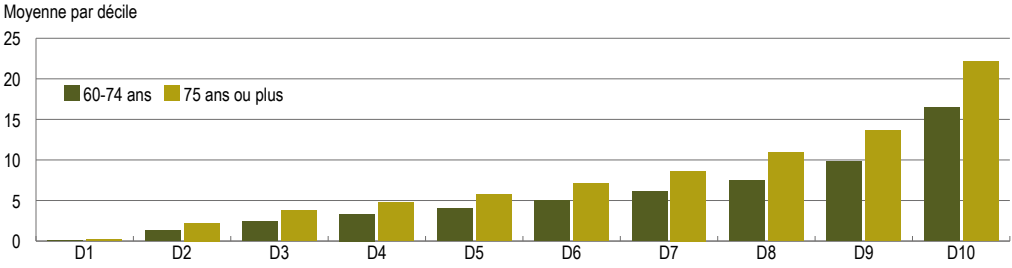
Tableau 2 ● Dépenses de soins de ville moyennes annuelles remboursées par l'Assurance maladie selon l'âge

En euros

	60-74 ans	75 ans ou plus
Total soins de ville	**2 000**	**3 000**
dont médicaments	*690*	*940*
dont honoraires médicaux	*420*	*520*
dont soins infirmiers	*90*	*430*
dont actes de kinésithérapie	*70*	*170*
dont autres auxiliaires médicaux	*30*	*130*
dont matériel médical	*140*	*240*
dont biologie	*90*	*130*
dont honoraires dentaires	*60*	*40*
dont transport	*100*	*170*

Champ • Dépenses remboursées par l'Assurance maladie, consommant du régime général (y compris Sections locales mutualistes), année 2010.
Sources • SNIIRAM – Assurance maladie.

Graphique 3 ● Nombre moyen de consultation de généraliste par décile de recours au généraliste en 2010



Champ • Consommants du Régime général (y compris sections locales mutualistes), année 2010. Consultations et visites à domicile de généraliste.
Lecture • Pour chaque tranche d'âge, les patients sont classés par nombre de consultations et visites dans l'année de sorte que les 10 % de personnes ayant eu le moins de consultations sont dans le 1er décile, les 10 % suivants sont dans le 2e décile… En moyenne les 10 % de patients de 75 ans ou plus ayant le plus eu recours au médecin généraliste dans l'année ont eu 22 consultations.
Sources • SNIIRAM – Assurance Maladie.

ENCADRÉ 3 ● La dépense en soins de ville des personnes âgées dépendantes

Les dépenses de santé de la population âgée de 75 ans ou plus s'expliquent en partie par leur niveau de dépendance et par le fait d'être ou non en affection de longue durée (ALD).

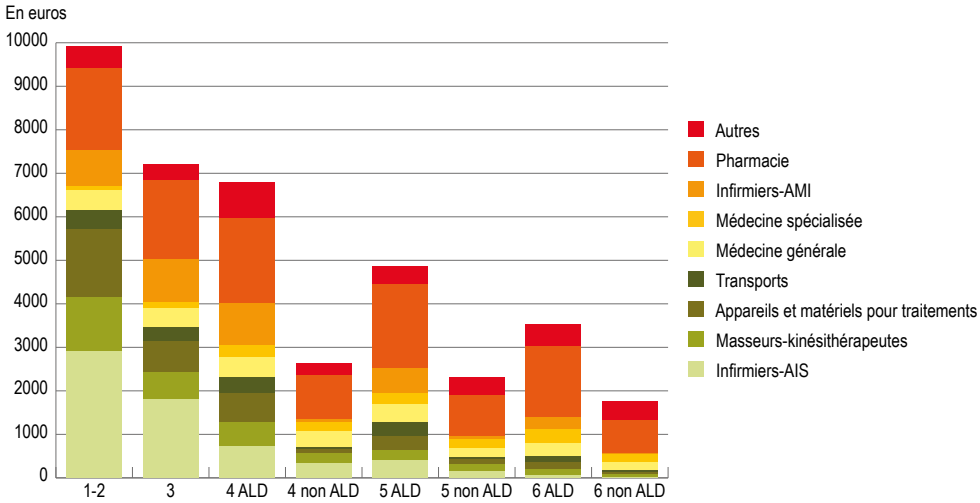
Avec les données de l'enquête Handicap-Santé à domicile et en institution appariée aux données de l'Assurance maladie, les dépenses de santé des personnes âgées ont pu être évaluées en fonction du niveau de dépendance (encadré 2).

Une dépense en soins de ville plus élevée pour les personnes dépendantes

Pour les personnes âgées vivant à leur domicile, les dépenses en soins de ville augmentent avec le niveau de dépendance et le fait d'être en ALD (graphique 1). À niveau de GIR donné, les personnes en ALD dépensent en moyenne deux fois plus[1] que les autres. Les personnes les plus dépendantes (en GIR 1 et 2), qui sont presque toutes en ALD, dépensent en moyenne 2,8 fois plus que les personnes autonomes (en GIR 6) avec ALD (10 000 euros contre 3 500 euros).

En GIR 1 et 2, parmi les consommants, la dépense annuelle est de 8 600 euros en actes infirmiers de soins AIS, de 2 000 euros en actes de kinésithérapie comme en matériel médical.

GRAPHIQUE 1 ● Dépenses annuelles moyennes selon le niveau de dépendance et le fait d'être ou non en ALD des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile



Note • Il n'a pas été possible de distinguer en GIR 1 à 3 les personnes en ALD et hors ALD car environ 90 % des personnes les plus dépendantes sont également en ALD.
Champ • France, personnes âgées de 75 ans ou plus.
Lecture • En 2008, les personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 4 et en ALD ont dépensé en moyenne 6 800 euros pour leurs soins de ville. Les personnes en GIR 4 sans ALD ont dépensé un peu moins de la moitié (2 600 euros).
Sources • INSEE 2007-2008 – appariement enquête Handicap-Santé Ménages – SNIIRAM.

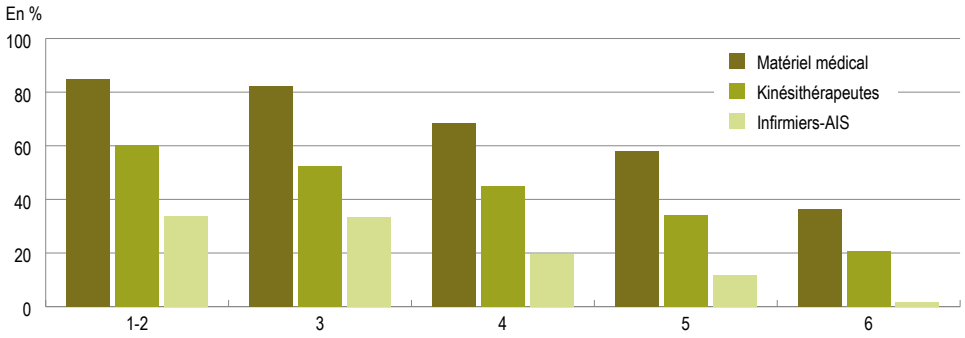
Les dépenses de masseurs-kinésithérapeutes, actes infirmiers de soins AIS et de matériel médical (en vert sur le graphique) sont caractéristiques de la dépendance. Les dépenses en actes médicaux infirmiers AMI, médecine spécialisée et médecine générale sont importantes pour les personnes avec au moins une ALD et donc plutôt caractéristiques de la maladie chronique.

Ainsi les taux de recours aux masseurs-kinésithérapeutes, en actes infirmiers de soins AIS et en matériel médical augmentent avec le niveau de dépendance (graphique 2). En GIR 1 et 2, 85 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont eu une dépense en matériel médical (contre 36 % en GIR 5).

En GIR 1 et 2, 34 % ont recours aux actes infirmiers de soins AIS, contre moins de 2 % des personnes en GIR 6.

1 • Dépenses correspondant aux dépenses présentées au remboursement (voir encadré 1).

Graphique 2 ● **Taux de recours aux actes de soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et matériel médical selon le GIR des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile**



Champ • France, personnes âgées de 75 ans ou plus.
Lecture • En 2008, 45 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en GIR 4 ont eu recours à des actes de kinésithérapie.
Sources • INSEE 2007-2008 – appariement enquête Handicap-Santé Ménages – SNIIRAM.

Des dépenses de soins de ville plus homogènes entre les résidents, en établissement pour personnes âgées

En établissement pour personnes âgées, la décomposition de la dépense de santé est assez différente. Une partie de la dépense n'est pas individualisable car elle est incluse dans le forfait soins de l'établissement (couvrant les soins infirmiers et une partie du matériel médical notamment). Par ailleurs, les personnes hébergées sont dans un état de santé plus dégradé, en moyenne, que celles vivant à leur domicile. Aussi, les dépenses de santé en institution sont plus homogènes entre les résidents et les écarts de dépenses sont moins marqués entre les personnes les plus dépendantes et les autres.

Le médicament reste le poste de dépense le plus élevé (38 % de la dépense de soins de ville hors soins infirmiers et matériel médical, inclus dans le forfait des établissements), suivi de celui des masseurs-kinésithérapeutes (20 %), des médecins généralistes (10 %) et du transport (10 %)

Le nombre moyen de consultations au cabinet du praticien est de 5 et celui des visites au domicile est de 3.

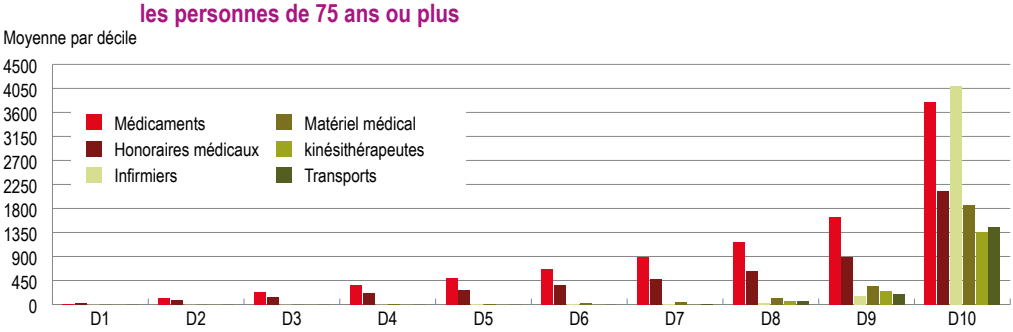
La fréquence du recours au généraliste est cependant variable. En effet, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus ont consulté un médecin moins d'une fois tous les deux mois en moyenne, alors que les 10 % à y avoir eu le plus recours ont consulté un médecin près de deux fois par mois (graphique 3). Les 10 % de personnes ayant le plus recours à des visites de médecin généraliste à domicile en ont reçu en moyenne 17 dans l'année.

En 2010, 69 % des personnes de 75 ans ou plus ont eu recours à un médecin spécialiste, 57 % à un infirmier et 28 % à un kinésithérapeute. Le recours aux médecins spécialistes, kinésithérapeutes et infirmiers est également inégal : 70 % des personnes âgées n'ont pas eu recours à un kinésithérapeute dans l'année alors que 10 % d'entre elles y ont eu recours plus de 11 fois dans l'année en moyenne.

De même que pour le recours au généraliste, presque toutes les personnes de 75 ans ou plus ont des dépenses de médicaments sur un an. Cette dépense est également variable selon les personnes. Alors que la moitié des personnes de 75 ans ont un montant de dépenses de médicament remboursées inférieur à 600 euros, les 10 % de personnes les plus consommatrices ont un montant remboursé de près de 3 800 euros en moyenne (graphique 4).

De même, près de la moitié des personnes âgées ont une dépense remboursée de moins de 300 euros en honoraires médicaux, mais 10 % d'entre elles ont une dépense remboursée de plus de 2 000 euros en moyenne. Ces écarts sont encore plus marqués pour les dépenses en actes infirmiers, matériel médical, kinésithérapeute et transport qui sont concentrées sur une petite part de la population étudiée. Si pour 90 % de cette population ces dépenses sont minimes, en revanche, elles sont extrêmement élevées pour le dernier décile. En particulier, la dépense remboursée en soins infirmiers est de 4 100 euros en moyenne pour les 10 % de personnes qui ont les dépenses en actes infirmiers les plus élevées.

Graphique 4 ● **Dépenses remboursées moyennes par décile de dépenses selon le type de soins pour les personnes de 75 ans ou plus**



Champ • Dépenses remboursées par l'Assurance maladie, consommants du régime général (y compris sections locales mutualistes).
Lecture • Les patients sont ordonnés selon le montant de leur dépense dans l'année, pour chaque spécialité, de sorte que les 10 % de personnes ayant le moins dépensé sont dans le 1er décile (D1), les 10 % suivants sont dans le 2e décile (D2)…
Les 10 % de patients de 75 ans ou plus ayant la dépense la plus élevée en soins infirmiers dans l'année ont dépensé 4 100 euros en moyenne.
Sources • SNIIRAM, Assurance maladie.

Tableau 3 ● **Classes de médicaments consommées par âge**

En %

	60-74 ans	75 ans ou plus
Antihypertenseurs	47	68
dont diurétiques	*24*	*41*
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	20	16
Agents antithrombotiques	19	39
dont antivitamine K	*4*	*11*
Anxiolytiques	14	22
Antidépresseurs	11	16
Hypnotiques et sédatifs (benzodiazépines)	8	12
Vasodilatateurs périphériques et vasoprotecteurs	3	6
Neuroleptiques	2	3
Thymorégulateur (lithium)	0,2	0,1

Champ • Dépenses remboursées par l'Assurance maladie, consommants du régime général (y compris Sections locales mutualistes), année 2010.
Lecture • En 2010, 22 % des personnes de 75 ans ou plus ont consommé au moins une fois dans l'année des anxiolytiques, contre 14 % des personnes de 60 à 74 ans.
Une même personne peut consommer plusieurs classes de médicaments, ce qui explique que les pourcentages ne se somment pas à 100
Sources • SNIIRAM, Assurance maladie.

• La moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière

Entre les personnes âgées de 60-74 ans et celles de 75 ans ou plus, le nombre moyen de molécules différentes consommées régulièrement[10] passe de 4,5 à 6,8. Cette différence de deux molécules en moyenne se retrouve quel que soit le décile de consommation. Au-delà de 75 ans, la moitié des personnes âgées consomment régulièrement plus de 7 molécules différentes (graphique 5).

Parmi les molécules consommées, au moins une fois dans l'année, les plus fréquentes sont les antihypertenseurs (68 % des 75 ans ou plus) suivis des agents antithrombotiques (39 %) et des anxiolytiques (22 %) (tableau 3). Entre 60 74 ans et 75 ans ou plus, la proportion de personnes traitées avec des agents antithrombotiques double. Les médicaments agissant sur le système nerveux sont également très utilisés au-delà de 75 ans puisque 22 % des personnes âgées utilisent des anxiolytiques, 16 % des antidépresseurs, 12 % des hypnotiques et sédatifs et 3 % des neuroleptiques[11].

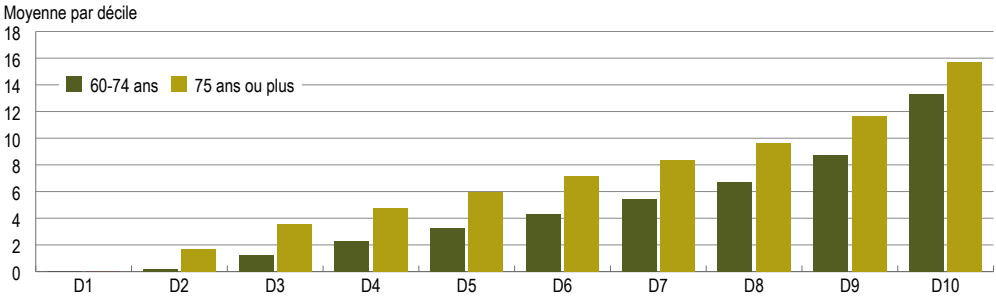
Des hospitalisations plus fréquentes avec l'âge

Un tiers des personnes de 75 ans ou plus, affi-liées au régime général, ont été hospitalisées en médecine ou chirurgie en 2010, contre environ un quart

10 • Avec au moins trois dates de délivrance dans l'année.

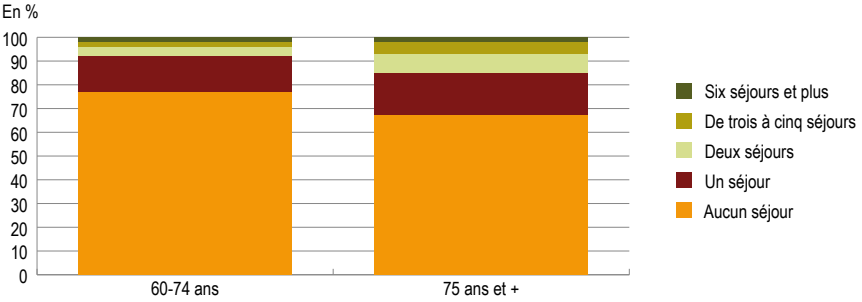
11 • Ces proportions ne sont pas additives puisqu'une personne âgée peut consommer plusieurs classes de médicaments.

Graphique 5 ● Nombre moyen de molécules différentes avec au moins trois dates de délivrance en 2010 par décile de consommation de médicaments



Champ • Dépenses remboursées par l'Assurance maladie, consommants du régime général (y compris sections locales mutualistes), année 2010.
Lecture • Les patients sont ordonnés par nombre de molécules différentes consommées au moins trois fois dans l'année de sorte que les 10 % de personnes ayant pris le moins de molécules différentes sont dans le 1er décile, les 10 % suivants sont dans le 2e décile…
Sources • SNIIRAM, Assurance maladie.

Graphique 6 ● Répartition des patients selon le nombre de séjours



Champ • France, séjours en médecine et chirurgie, consommant du régime général (y compris sections locales mutualistes), année 2010.
Lecture • En 2010, 67,5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus n'ont pas été hospitalisées dans l'année, 18,5 % ont été hospitalisées une seule fois dans l'année et 14 % ont été hospitalisées plus d'une fois dans l'année.
Sources • PMSI.

Tableau 4 ● Répartition des motifs de séjours (chapitre CIM) par sexe et âge en 2010

En %

Chapitres CIM10	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
	75 à 84 ans	85 ans ou +	Total 75 ans ou +	75 à 84 ans	85 ans ou +	Total 75 ans ou +	75 à 84 ans	85 ans ou +	Total 75 ans ou +
Maladies de l'appareil circulatoire (y compris les hémorroïdes et les varices)	17,9	20,1	**18,5**	13,7	19,2	**15,7**	15,7	19,5	**16,9**
Maladies de l'œil et annexes	11,0	7,5	**10,1**	15,8	7,9	**13,0**	13,6	7,8	**11,7**
Autres motifs de recours aux soins (codes Z : examens, surveillance...)	12,1	8,9	**11,3**	10,3	7,0	**9,1**	11,1	7,7	**10,1**
Maladies de l'appareil digestif (y compris la bouche et les dents)	10,0	8,0	**9,5**	9,5	7,8	**8,9**	9,7	7,9	**9,1**
Tumeurs	11,1	8,3	**10,3**	7,6	5,2	**6,7**	9,2	6,3	**8,3**
Symptômes, signes, et résultats anormaux non classés ailleurs	7,8	10,2	**8,4**	7,2	9,7	**8,1**	7,5	9,9	**8,2**
Lésions traumatiques et empoisonnements	4,1	7,0	**4,9**	7,7	13,0	**9,6**	6,0	10,9	**7,6**
Maladies de l'appareil respiratoire	6,2	9,8	**7,1**	4,3	7,7	**5,5**	5,2	8,4	**6,2**
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	4,6	3,2	**4,2**	7,9	4,8	**6,8**	6,3	4,2	**5,7**
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,0	4,7	**4,9**	3,4	3,1	**3,3**	4,1	3,7	**4,0**
Autres	10,3	12,3	**10,8**	12,6	14,6	**13,3**	11,5	13,8	**12,2**
Total toutes causes	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Champ • Diagnostics principaux regroupés en chapitres CIM10 – Effectifs bruts. Résidents France entière âgés de 75 ans ou plus à l'entrée du séjour. Non compris hospitalisés à Mayotte, en séances, dans les hôpitaux locaux et dans les établissements dont l'activité principale n'est pas MCO (SSR, psychiatrie). Y compris hospitalisés dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA).
Lecture • En 2010, les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 18,5 % des motifs de séjour des personnes de 75 ans et plus.
Sources • Base PMSI-MCO 2010.

des 60 à 74 ans la même année[12]. Parmi les personnes hospitalisées, 57 % ont été hospitalisées une seule fois dans l'année, 23 % ont réalisé deux séjours exactement, 15 % de 3 à 5 séjours et 5 % 6 séjours ou plus. Avoir plus d'un séjour dans l'année est plus fréquent pour les hommes (44 %) que pour les femmes (39 %).

Ainsi, 15 % des personnes de 75 ans ou plus ont été hospitalisées deux fois ou plus dans l'année, soit presque deux fois plus que les personnes de 60 à 74 ans (8 %) [graphique 6].

Les personnes les plus âgées passent également plus de temps à l'hôpital : 12 jours par an en moyenne, contre 7 jours pour les 60-74 ans, parmi les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois dans l'année. Elles sont, en outre, plus souvent hospitalisées de façon non programmée[13] : c'est le cas pour 14 % d'entre elles en 2010, contre 5 % pour celles de 60-74 ans.

Le motif de séjour le plus fréquent concerne les maladies de l'appareil circulatoire. Au-delà de 85 ans, cela représente 20 % des motifs de séjours des hommes et 19 % des motifs de séjours des femmes. Les maladies de l'œil, principalement pour l'opération de la cataracte, sont la deuxième cause d'hospitalisation. Elles représentent près de 14 % des motifs d'hospitalisation pour les 75-84 ans et diminuent pour représenter 8 % des motifs d'hospitalisation des 85 ans et plus. Les autres motifs les plus fréquents sont les examens (10 % des séjours), les maladies de l'appareil digestif (9 %) et les tumeurs (8 %). Si les maladies de l'œil sont un motif d'hospitalisation moins fréquent pour les plus âgés, à l'inverse, les lésions traumatiques, les empoisonnements et les maladies de l'appareil respiratoire sont des causes d'hospitalisation qui augmentent avec l'âge. Enfin, les tumeurs sont plus souvent une cause d'hospitalisation pour les hommes (10 % des séjours) que pour les femmes (7 % des séjours) [tableau 4].

Le coût moyen de l'hôpital, pour les personnes de 75 ans ou plus ayant eu au moins une hospitalisation de court séjour dans l'année (soit 33 % des personnes de 75 ans ou plus) est de 6 000 euros ce qui, rapporté à l'ensemble des personnes de 75 ans ou plus, représente 2 000 euros d'hôpital par an et par personne.

Des personnes âgées souvent traitées pour une ou plusieurs maladies chroniques

• Près d'un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire

Les personnes âgées de 75 ans souffrent de pathologies dont certaines sont spécifiques au grand âge ; elles souffrent aussi très souvent de polypathologies (encadré 4).

Les deux pathologies (facteurs de risques) traitées le plus fréquemment à 60-74 ans et à 75 ans ou plus sont l'hypertension et l'hyperlipidémie (tableau 5). À partir de 75 ans, c'est plus de 66 % des personnes qui sont traitées pour de l'hypertension artérielle et 39 % pour de l'hyperlipidémie[14]. Viennent ensuite les problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression, puisque 23 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées par anxiolytiques ou hypnotiques et près de 16 % sont sous antidépresseurs. Le diabète est également une pathologie fréquente puisque 14 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour cette pathologie.

Entre les 60-74 ans et les 75 ans ou plus, la prévalence des maladies cardiaques et vasculaires fait un bond. Au-delà de 75 ans 10 % des personnes sont traitées pour une maladie coronaire (contre 4,7 % pour les plus jeunes), 9 % pour des troubles du rythme (contre 2,5 %), 5,5 % pour de l'insuffisance cardiaque (contre 1,1 %), 3,4 % pour un AVC en phase chronique (contre 1,3), 2,7 % pour une maladie valvulaire (contre 0,9 %). Au total, 29 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire[15]. La propor-

12 • Hospitalisations complètes hors séances.

13 • D'après la définition de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), est considérée comme non programmée une hospitalisation qui n'a pu être planifiée en raison de son caractère imprévisible (situation de crise, défaillance d'organe…). Par conséquent, il peut s'agir d'hospitalisations via les urgences mais également d'hospitalisations avec accès direct dans une unité de soins ayant la disponibilité en lit et contactée à cet effet. Il est toutefois possible d'être traité par statines, médicament traceur de l'hyperlipidémie, sans en être atteint, par exemple à la suite d'un infarctus du myocarde ou en cas de maladie coronaire.

14 • Il est toutefois possible d'être traité par statines, médicament traceur de l'hyperlipidémie, sans en être atteint, par exemple à la suite d'un infarctus du myocarde ou en cas de maladie coronaire.

15 • Personnes ayant au moins l'une des pathologies suivantes : insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, maladie valvulaire, maladie coronaire, infarctus du myocarde (IDM) aigu ou chronique, AVC aigu ou chronique, artérite des membres inférieurs ou « autres pathologies cardiovasculaires ».

ENCADRÉ 4 ● **Identification et décompte des pathologies**

À l'aide des consommations médicales, il a été possible de reconstituer les pathologies chroniques dont sont atteintes les personnes âgées, ce qui permet de dresser un tableau de l'état de santé des personnes de 75 ans ou plus. Ces pathologies ont été identifiées à partir des diagnostics d'ALD, des diagnostics d'hospitalisation et des traitements médicamenteux présents dans les données de l'Assurance maladie. Il s'agit donc d'une mesure approchée de prévalence, pour les patients déjà diagnostiqués ou qui suivent un traitement, certaines pathologies étant plus aisément repérables que d'autres et de façon plus ou moins fiable[1].

Le nombre de maladies : une mesure floue

La mesure du nombre de personnes en situation de polypathologie est délicate. En effet il s'agit du nombre de pathologies parmi une liste de pathologies (ici la liste constituée par la CNAMTS). Une liste plus étendue ou plus restreinte donnerait des résultats différents.

Parmi les pathologies listées certaines sont, en fait, déjà des regroupements. C'est le cas par exemple de la catégorie « Affections psychiatriques de longue durée » qui inclut la dépression sévère, les névroses, les troubles bipolaires, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs. Ainsi, une personne ayant deux de ces maladies donnera lieu au décompte d'une seule maladie.

Par ailleurs, la frontière entre maladie et facteur de risque est parfois floue. Depuis le 27 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère a été retirée de la liste des ALD. Cette évolution réglementaire s'appuie sur les avis rendus par la Haute Autorité de santé (HAS) soulignant que l'hypertension artérielle isolée constitue un facteur de risque et non une pathologie avérée. Néanmoins, les traitements hypertenseurs qui sont prescrits dans le cadre d'une autre ALD comme le diabète ou une affection cardiovasculaire restent pris en charge à 100 % au titre de cette ALD exonérante[2]. L'hyperlipidémie est également considérée comme un facteur de risque.

En l'absence de véritable consensus, deux mesures ont donc été réalisées : la plus large (prenant en compte l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie) et une plus restreinte, les excluant.

Les pathologies constituées par la CNAMTS sont présentées tableau 5 et dans la note de lecture associée.

1 • La méthodologie est détaillée par la CNAMTS dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 ». Elle a évolué entre l'étude menée ici et ce qui est publié dans le rapport de la CNAMTS.

2 • Source : Ameli.fr

tion de personnes traitées pour la maladie d'Alzheimer (7,1 %) et la maladie de Parkinson (2,3 %) est également en forte augmentation. Ainsi, les prévalences de presque toutes les pathologies identifiées augmentent avec l'âge, ce qui implique que, mécaniquement, les cas de polypathologies sont en forte hausse entre les 60-74 ans et les 75 ans ou plus.

• Être atteint de plusieurs pathologies : un phénomène fréquent au-delà de 75 ans

Au-delà de 75 ans, seulement 12 % des personnes n'ont aucune maladie repérable à partir des consommations de soins parmi la liste de pathologies présentée sur le tableau précédent (graphique 7). En excluant l'hypertension artérielle traitée et l'hyperlipidémie qui peuvent être considérées comme des facteurs de risque et non comme des maladies chroniques, ce sont 30 % des 75 ans ou plus qui n'ont aucune maladie traitée. Les 70 % restants ont une ou plusieurs maladies : 30 % en ont une seule et 40 % en ont deux ou plus.

La pluripathologie constitue ainsi une norme pour les personnes de 75 ans ou plus. La méthodologie utilisée pour reconstituer les pathologies oblige toutefois à interpréter les résultats avec prudence (encadré 4).

• Certaines pathologies sont plus souvent associées

En examinant pour chaque maladie celles qui lui sont associées, certaines apparaissent très corrélées. C'est le cas en particulier des maladies cardiaques et vasculaires[16]. En effet, si 10 % de l'ensemble de la population a une maladie coronaire, parmi les

16 • Compte tenu du mode de construction des pathologies (à travers les consommations médicamenteuses en particulier), il n'est pas exclu que cela induise des classements doubles dans deux pathologies proches, néanmoins cette observation est médicalement attendue, puisque les maladies cardiaques et les maladies vasculaires sur le plan physiopathologie sont très liées entre elles (par exemple, les troubles du rythme cardiaque sont une des principales causes d'AVC, ou bien l'infarctus du myocarde est une cause fréquente d'insuffisance cardiaque…).

Tableau 5 ● Part de la population traitée pour les principales pathologies reconstituées (*via* les ALD, les consommations médicamenteuses et/ou les codes CIM 10 renseignés dans le PMSI).

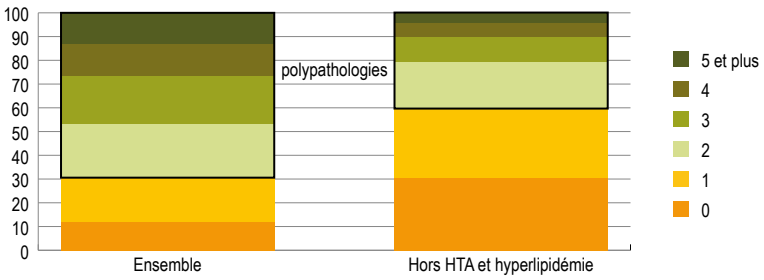
En %

Pathologies (reconstituées par la CNAM-TS)	60-74 ans	75 ans ou plus
Hypertension artérielle (HTA) traitée	46	66
Hyperlipidémie traitée	36	39
Patients sous anxiolytiques ou hypnotiques	14	23
Patients sous antidépresseurs	11	16
Diabète traité	13	14
Maladie coronaire	5	10
Cancer en phase de surveillance	6	10
Troubles du rythme	3	9
Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive traités	7	9
Autres pathologies cardiovasculaires	4	8
Alzheimer et autres démences	1	7
Cancer en phase active	5	6
Insuffisance cardiaque	1	6
AVC en phase chronique	1	3
Patients sous neuroleptiques	2	3
Artérite des membres inférieurs	1	3
Maladie valvulaire	1	3
Maladie de Parkinson	1	2
AVC en phase aiguë	0	1
Affections psychiatriques de longue durée (dont dépression sévère, névroses, troubles bipolaires, anxieux, obsessionnels compulsifs...)	1	1
Infarctus du myocarde (en phase) chronique	1	1

Note • Pathologies reconstituées à partir de la classification en ALD, des consommations médicamenteuses et des codes CIM pour les personnes hospitalisées. Ne sont pas représentés sur le tableau : polyarthrite, autres maladies neurologiques (dont épilepsies graves, sclérose en plaques, paraplégies...), autres pathologies psychiatriques, psychoses (dont schizophrénies, troubles psychotiques, délirants), infarctus aigu du myocarde, maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, hémodialyse, autres maladies inflammatoires (périarthrite noueuse, lupus, sclérodermie), MICI, maladies métaboliques héréditaires et mucoviscidose, spondylarthrite, retard mental, dialyse péritonéale, suivi de transplantation rénale, infection à VIH, hémophilie et autres affections constitutionnelles de l'hémostase, transplantation rénale récente.
Champ • Consommants du RG (y compris SLM), année 2010.
Lecture • En 2010, à partir des recueils des motifs d'ALD, des consommations médicamenteuses et des motifs d'hospitalisation, on estime que 14,2 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour du diabète.
Sources • SNIIRAM –Assurance Maladie et PMSI 2010.

Graphique 7 ● Nombre de pathologies pour les 75 ans ou plus par personne

En %



Note • Nombre de pathologies parmi la liste présentée dans le tableau 5, reconstituées *via* les ALD, les consommations médicamenteuses et la classification PMSI.
Champ • Consommants du RG (y compris SLM), de 75 ans ou plus, année 2010.
Lecture • Pour mesurer le nombre de patients atteints de plusieurs pathologies, on a retenu deux listes de pathologies, la plus large (présentée tableau 5 + note) et la même liste mais excluant l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie considérées alors comme des facteurs de risque, plutôt que des pathologies. Ainsi, au sens le plus englobant 70 % des personnes âgées ont plusieurs pathologies et au sens le plus restreint, 40 % sont en situation de polypathologie.
Sources • SNIIRAM, Assurance maladie et PMSI 2010.

Tableau 6 • Prévalences conditionnelles des pathologies traitées des personnes de 75 ans et plus

En %

	Cancer actif	Patients sous anxiolytiques ou hypnotiques	Maladie coronaire	Patients sous antidépresseurs	Diabète traité	Troubles du rythme	Asthme et BPCO traités	Autres pathologies cardio-vasculaires	Alzheimer et autres démences	Insuffisance cardiaque	AVC en phase chronique	Patients sous neuroleptiques	Artérite des membres inférieurs	Maladie valvulaire	Maladie de Parkinson	HTA traitée	Hyperlipidémie traitée	Ensemble
Cancer actif		5	8	5	6	10	7	11	4	8	7	4	9	8	5	5	5	**5,6**
Patients sous anxiolytiques ou hypnotiques	22		27	52	25	27	30	28	32	29	26	55	27	27	35	27	26	**23,3**
Maladie coronaire	14	12		11	14	23	14	23	10	29	17	9	27	27	11	13	17	**10,1**
Patients sous antidépresseurs	15	35	17		17	19	19	20	40	20	25	50	17	17	37	18	16	**15,9**
Diabète traité	15	15	20	15		16	16	18	11	18	16	15	22	15	13	19	22	**14,3**
Troubles du rythme	16	11	21	11	11		13	32	12	46	26	10	22	41	11	11	9	**9,3**
Asthme et BPCO traités	11	12	13	11	11	13		14	6	17	10	8	15	12	9	11	10	**9,1**
Autres pathologies cardiovasculaires	16	10	19	10	11	28	12		11	33	21	10	32	32	11	10	10	**8,3**
Alzheimer et autres démences	5	10	7	18	6	9	5	9		9	11	34	7	7	21	6	5	**7,1**
Insuffisance cardiaque	8	7	16	7	7	27	10	22	7		12	7	15	31	7	7	5	**5,5**
AVC en phase chronique	5	4	6	5	4	10	4	9	5	8		5	8	8	5	4	4	**3,4**
Patients sous neuroleptiques	2	8	3	10	3	4	3	4	16	4	5		3	3	7	3	2	**3,3**
Artérite des membres inférieurs	5	3	7	3	4	7	5	11	3	8	7	3		7	3	3	4	**2,8**
Maladie valvulaire	4	3	7	3	3	12	3	10	3	15	6	2	7		3	3	3	**2,7**
Maladie de Parkinson	2	3	3	5	2	3	2	3	7	3	4	5	2	2		2	2	**2,3**
HTA traitée	67	79	89	75	89	82	79	81	58	85	78	65	83	86	63		84	**68,1**
Hyperlipidémie traitée	36	43	67	40	61	39	42	46	26	36	51	28	60	47	29	48		**39,2**

Champ • Consommants du RG (y compris SLM), de 75 ans et plus, année 2010.
Lecture • Parmi les gens ayant la pathologie [colonne] x % ont la pathologie [ligne]. Alors que 5,5 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour de l'insuffisance cardiaque, parmi les seules personnes atteintes de troubles du rythme, 27 % sont également traitées pour de l'insuffisance cardiaque.
Sources • SNIIRAM, Assurance maladie et PMSI 2010.

personnes atteintes de maladie valvulaire c'est 27 % des personnes qui ont également une maladie coronaire (tableau 6). De même, troubles du rythme, insuffisance cardiaque, AVC en phase chronique, artérite des membres inférieurs et autres pathologies cardiovasculaires sont souvent associés.

Il en est de même pour la maladie d'Alzheimer avec la dépression : les malades d'Alzheimer ont en effet une plus forte propension à être sous antidépresseurs ou sous neuroleptiques. Cette association est liée aux recommandations dans la prise en charge[17] de la maladie d'Alzheimer. La corrélation est aussi importante entre les antidépresseurs, les neuroleptiques et les anxiolytiques ou hypnotiques.

Pour presque toutes les pathologies, la probabilité d'avoir une autre pathologie est plus importante pour les personnes ayant déjà une pathologie.

Les dépenses et le recours des personnes âgées varient selon les pathologies traitées

Comme on l'a vu plus haut, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont une dépense remboursée moyenne de 3 000 euros en soins de ville dont près d'un tiers consacré aux médicaments, 1/6e en médecins généralistes et spécialistes et 1/6e en soins infirmiers, et 2 000 euros en soins hospitaliers de court séjour.

Les dépenses de santé remboursées des personnes traitées pour de l'hypertension artérielle (HTA) ou pour de l'hyperlipidémie sont proches de cette moyenne[18]. Ces deux pathologies sont en effet fréquentes chez les personnes de 75 ans ou plus : 66 % d'entre elles sont traitées pour de l'hypertension et 39 % le sont pour de l'hyperlipidémie. Leurs dépenses en soins de ville remboursées s'élèvent à 3 400 euros en moyenne pour les personnes atteintes de HTA et à 3 300 euros pour les personnes atteintes d'hyperlipidémie[19]. Un tiers d'entre elles ont été hospitalisées dans l'année.

La dépense totale (en ville et à l'hôpital) est en revanche plus élevée en moyenne pour les patients atteints (entre autres) de cancer actif (13 500 euros remboursés en moyenne[20]), de maladies cardiaques (10 900 euros) et de maladies vasculaires (9 400 euros). Ces personnes sont caractérisées par des dépenses en soins de ville élevées (environ 6 000 euros remboursés pour les personnes avec un cancer et 5 000 euros pour les autres), mais surtout par un recours à l'hôpital très important : 76 % des personnes ayant un cancer y sont allées dans l'année, 71 % des personnes avec une maladie cardiaque et 58 % des personnes avec une maladie vasculaire[21]. C'est au moins deux fois plus que la moyenne. Ces dépenses ne peuvent être assimilées au coût du traitement des pathologies considérées puisqu'il s'agit de la dépense des personnes atteintes de chaque pathologie, mais aussi éventuellement d'autres pathologies.

Il en est de même pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de la maladie d'Alzheimer. Celles-ci ont une dépense en soins de ville remboursée de respectivement 6 000 euros et 5 000 euros. Le taux d'hospitalisation est également supérieur à la moyenne (environ 45 % pour les deux maladies).

• Avoir plusieurs pathologies n'accroît pas systématiquement le montant des dépenses

Les dépenses de santé ne sont pas systématiquement accrues lorsque les personnes âgées de 75 ans et plus sont traitées pour plusieurs pathologies.

C'est en particulier le cas pour les personnes atteintes d'Alzheimer et traitées aussi pour des problèmes cardiovasculaires : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladie cardiaque ou les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladie vasculaire ont des dépenses de santé proches de l'ensemble des personnes atteintes de maladie cardiaque ou de maladie vasculaire. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'un cancer ont un montant moyen de dépenses

17 • En lien à la symptomatologie de la démence Alzheimer, où les troubles du comportement sont souvent présents et où les neuroleptiques sont prescrits en traitement de première intention.

18 • Ces deux pathologies sont en effet fréquentes chez les personnes de 75 ans ou plus, 66 % d'entre elles sont traitées pour de l'hypertension et 39 % le sont pour de l'hyperlipidémie.

19 • Ces dépenses ne peuvent pas être assimilées au coût du traitement de la pathologie considérée puisqu'il s'agit de la dépense des personnes atteintes de cette pathologie, mais aussi éventuellement d'autres pathologies.

20 • Les personnes âgées ayant un cancer en phase de surveillance ont en moyenne une dépense de santé deux fois plus faible que celles atteintes d'un cancer en phase active.

21 • Ce résultat peut être aussi lié au fait que le repérage des patients atteints de cancer repose sur l'ALD cancer ou une hospitalisation avec un diagnostic correspondant au cancer.

remboursées de 6 300 euros en médecine de ville et 13 200 euros au total (ville + hôpital). C'est plus que la moyenne de l'ensemble des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (respectivement 4 900 euros et 7 600 euros au total), mais très similaire à la dépense moyenne remboursée des personnes atteintes de cancer (respectivement 5 900 euros et 13 500 euros).

Cela n'est en revanche pas le cas pour celles cumulant à la fois une maladie cardiaque et une maladie vasculaire. En effet, alors qu'en moyenne une personne atteinte d'une maladie vasculaire a une dépense totale de santé remboursée de 9 300 euros et qu'une personne atteinte d'une maladie cardiaque a une dépense remboursée de 10 900 euros, la dépense moyenne remboursée est bien plus élevée (15 300 euros) pour une personne cumulant les deux pathologies. Cette dépense est plus basse que la somme brute des deux dépenses ; le cumul des deux pathologies génère cependant un surcoût. Ce surcoût est particulièrement vrai pour l'hospitalisation, car 9 personnes sur 10 ayant une pathologie cardiaque et vasculaire ont été hospitalisées dans l'année, contre 7 sur 10 en moyenne pour l'ensemble des pathologies cardiaques et 6 sur 10 sur l'ensemble des pathologies vasculaires.

Dans le cadre du projet PAERPA, ces premiers résultats encore exploratoires, sur les associations de pathologies, seront approfondis et étendus aux autres pathologies. En effet, 64 % de la population étudiée n'a aucune de ces quatre maladies. Seuls 10 % des 75 ans et plus ont deux de ces maladies, dont la moitié cumulent une pathologie vasculaire et une pathologie cardiaque.

Ils devraient permettre d'accompagner la réflexion sur les coordinations à mettre en place entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social afin de limiter les hospitalisations évitables et réduire la consommation médicamenteuse à risque

Pour en savoir plus

Calvet L., Montaut A., « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », DREES, *Dossier Solidarité Santé,* n° 42, août 2013.

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

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, « Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », 2011.

Mounier C., Waquet C., « Comité national de pilotage sur les parcours de santé en risque de perte d'autonomie – Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes », 2013.

Mouquet M.C., « Les motifs de recours à l'hospitalisation de cours séjour en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 783, novembre, 2011.

Mouquet M.C., « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », DREES, *Panorama des établissements de santé,* 2012.

Soulier N., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », DREES, *Études et Résultats,* n° 771, août 2011.

ÉCLAIRAGES

La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2011 et en 2012

Engin YILMAZ (DREES)

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFiP), les résultats relatifs à l'année 2012 indiquent une amélioration sensible des comptes financiers des hôpitaux publics : ceux-ci enregistreraient un excédent de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2012 représentant environ 0,1 % des produits. Cette amélioration fait suite à plusieurs années de déficit.

Toutefois, cette amélioration s'expliquerait surtout par des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values de cessions d'actifs, diminution des dotations aux provisions, etc.). Ainsi, le taux de marge brute des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante, resterait stable, entre 2011 et 2012, autour de 7 %.

La capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se maintiendrait ainsi en 2012 à un niveau important de plus de 4 milliards d'euros, niveau équivalent à celui de 2011. Parallèlement, l'effort d'investissement resterait soutenu, bien qu'en baisse. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 9,4 % en 2011 pour s'établir à 8,8 % en 2012. Les investissements ont ainsi été aussi financés *via* une progression de l'encours de la dette. Le taux d'indépendance financière, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, se dégrade chaque année, passant de 47,4 % en 2010 à 48,7 % en 2011. Ce taux continuerait à se dégrader en 2012 pour atteindre près de 50 %. L'encours de la dette s'établirait en 2012 à 28 milliards d'euros.

Les comptes financiers des hôpitaux publics en excédent pour l'année 2012

D'après les données comptables définitives (encadré 1), le déficit des hôpitaux publics s'était creusé en 2011 après trois années de réduction. Le déficit était de 354 millions d'euros, ce qui représentait 0,6 % de leurs recettes (tableau 1). Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007, de 345 millions en 2008, de 223 millions en 2009 et de 227 millions en 2010. Cette dégradation serait due pour moitié à l'augmentation du déficit du budget principal, qui s'élevait à 538 millions d'euros (contre 475 en 2010), et pour moitié à la diminution de l'excédent du budget annexe[1] (185 millions d'euros contre 249 en 2010).

Toutefois, cette dégradation observée au niveau global en 2011 s'expliquait en partie par la détérioration des comptes financiers d'un CHR : le déficit de ce CHR, mesuré à partir des données comptables déclarées à la DGFiP, avait triplé entre 2010 et 2011 et atteignait 100 millions d'euros. Cette évolution résultait d'un déséquilibre entre les recettes et les coûts mais aussi de l'amélioration de la qualité des données comptables. Une partie de l'augmentation de ce déficit aurait dû en réalité être attribuée aux exercices passés.

Les premières estimations pour l'année 2012 mettent en évidence un redressement significatif des comptes des hôpitaux publics. Ainsi, pour la première fois depuis 2005, les hôpitaux publics enregistreraient un excédent du budget global de près de 100 millions d'euros en 2012. Le budget principal présenterait toutefois un déficit de près de 150 millions d'euros.

La Cour des comptes, dans son rapport de juin 2013[2], souligne que ce redressement serait dû en partie à des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values des cessions d'actifs, inscription au résultat des aides exceptionnelles versées à certains établissements « proches de la rupture de paiement », opérations de fin d'exercice, notamment une diminution des dotations aux provisions, etc.). Ce résultat pourrait donc se révéler non pérenne ; il demande en outre à être confirmé par l'analyse des comptes définitifs transmis à la DGFiP et qui seront disponibles en novembre 2013.

Le nombre d'établissements publics de santé déficitaires avait continué d'augmenter en 2011, passant de 314 à 353 entre 2010 et 2011 (graphique 1) ; ils enregistraient un déficit cumulé de 633 millions d'euros en 2011. En 2012, malgré l'amélioration observée au niveau global, ils seraient encore plus nombreux dans cette situation, avec un déficit cumulé toutefois moins important (337 millions d'euros).

Quant aux établissements excédentaires, soit un peu moins de 7 hôpitaux sur 10, leur résultat net comptable positif s'élevait à 279 millions d'euros en 2011 (contre 370 en 2010) et s'établirait à 433 millions d'euros en 2012.

Tableau 1 ● **Rentabilité nette[1] des hôpitaux publics**

En %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012***
Ensemble hôpitaux publics	**0,9**	**0,5**	**1,0**	**0,3**	**-0,4***	**-0,9**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,6**	**0,2**
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4
CH ex-HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4

[1] La rentabilité nette des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21 (hors compte de rétrocessions).

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Voir encadré 2.

*** Données provisoires.

Nota bene • CH est devenu CHR en 2012.

Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

1 • Ce budget décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), la dotation non affectée (DNA) faisant référence aux produits relatifs au patrimoine, en particulier foncier, de l'hôpital public et non affectée à l'activité hospitalière.

2 • Rapport de la Cour des comptes, juin 2013 : « La situation et les perspectives des finances publiques ».

ENCADRÉ 1 ● **Les sources disponibles pour évaluer la situation financière des établissements de santé**

Diverses sources d'informations (administratives, médicales et comptables) sont disponibles afin d'analyser la situation économique et financière des établissements de santé. Toutes ne couvrent toutefois pas le même champ et ne sont généralement pas disponibles selon le même calendrier.

Données comptables et financières

- Les données fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) présentent le budget des entités juridiques[1] des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires[2]), sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N+1. Des données semi-définitives pour l'année N sont, en outre, disponibles en juillet de l'année N+1.
- L'outil ICARE (Information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N+2.
- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. Le directeur de l'établissement établit un état de l'EPRD à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants, et les transmet à l'Agence régionale de santé (ARS). Les EPRD correspondent donc à des données provisoires qui permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements. Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFiP qui permettent de réaliser une analyse sur des données définitives et semi-définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé[3]. Pour chaque séjour en MCO sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour selon deux axes : médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).
- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

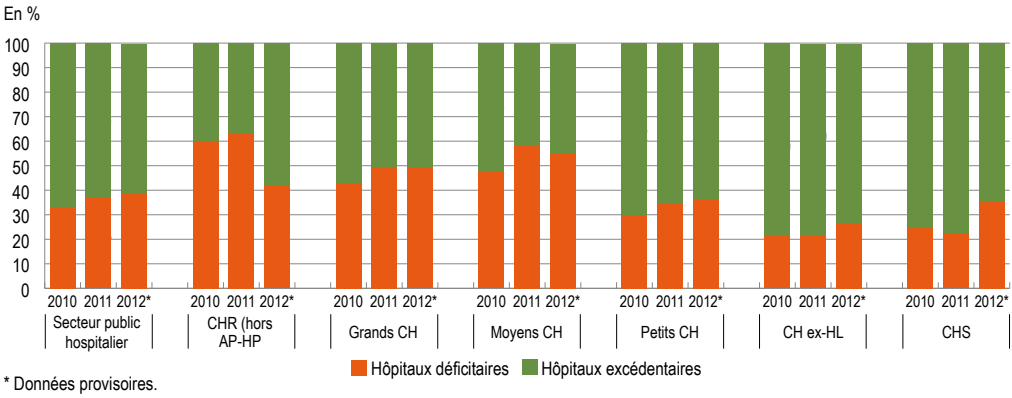
Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :
- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

1 • Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

2 • Les hôpitaux militaires font partie, en comptabilité nationale, du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

3 • Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

Graphique 1 ● **Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires entre 2010 et 2012**



* Données provisoires.

Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent un quart du résultat des hôpitaux déficitaires en 2012

Après plusieurs années de déficit, la situation des CHR (y compris l'AP-HP) redeviendrait excédentaire en 2012. Ainsi, le nombre de CHR déficitaires en 2012 s'établirait à 14 : leur déficit ne représenterait plus qu'un quart du déficit, alors qu'en 2011, les vingt CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentraient à eux seuls près de la moitié du déficit. Toutefois, cette amélioration des comptes financiers avait commencé en 2011, bien que le déficit global soit resté stable cette année-là. En effet, la stabilité du déficit pour l'année 2011 recouvrait en réalité une nette amélioration des comptes de l'ensemble des CHR, masquée par la forte croissance du déficit d'un CHR.

La situation économique des centres hospitaliers (CH) s'améliore en 2012

Après une détérioration des comptes financiers des centres hospitaliers (CH) en 2011, leur situation s'améliorerait significativement en 2012 comme pour les CHR. Ainsi, après une diminution de la rentabilité nette en 2011, les grands CH enregistreraient un excédent en 2012 qui représenterait 0,1 % de leurs produits, soit 17 millions d'euros (contre -0,4 % en 2011). Pour les CH de taille moyenne, la situation financière en 2012 serait quasi à l'équilibre : le déficit global s'établirait à 3 millions d'euros (contre 113 millions d'euros en 2011). Cette amélioration est largement imputable au budget principal. Pour les CH de petite taille, comme en 2011, leur résultat net comptable resterait globalement excédentaire et représenterait 0,4 % des produits, soit 14 millions d'euros en 2012.

Comme en 2011, toutes les autres catégories d'établissements resteraient excédentaires en 2012. Ainsi, la situation des centres hospitaliers spécialisés (CHS – secteur psychiatrique) serait relativement stable : l'excédent représenterait 0,4 % des produits en 2012 contre 0,6 % en 2011. Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL), la situation se serait stabilisée en 2012 après une diminution assez sensible de leur résultat en 2011.

La croissance des recettes tirée par celle des produits exceptionnels

Bien que moins dynamique, le rythme de progression des produits totaux[3] hors rétrocession de médicaments se poursuivrait en 2012 (+2,6 % en 2012 contre +3,8 % en 2011). Ces produits atteindraient près de 72 milliards d'euros, dont 63 milliards seraient imputables au budget principal (encadré 2).

La forte progression en 2011 s'expliquait principalement par une augmentation des autres produits, non directement liés à l'activité hospitalière, correspondant notamment aux recettes exceptionnelles (titre 3 du budget principal) [tableau 2]. Ces autres produits

3 • Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

ENCADRÉ 2 ● **Champ de l'étude**

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (hors hôpitaux militaires). Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements privés anciennement sous dotation globale (ex-DG).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), la dotation non affectée[1] (DNA).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses [EPRD]).

Titres de produits

Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non assurés sociaux en France)
Titre 3 : autres produits

Titres de charges

Titre 1 : charges de personnel
Titre 2 : charges à caractère médical
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes[2]. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.

Les données de la DGFiP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2012 afin de ne conserver que les établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 930 en 2012.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories[3].
- l'AP-HP ;
- les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
  - les grands CH (plus de 70 millions d'euros),
  - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros),
  - les petits CH (moins de 20 millions d'euros) ;
- les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL) ;
- les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

1 • Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpital public et non affectés à l'activité hospitalière.

2 • La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2010, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,9 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 12 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,9 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

3 • Les syndicats inter-hospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements avec lesquels ils sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

du budget principal représentaient 6,9 milliards d'euros en 2011, en augmentation de près de 17 % en 2011. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitation, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Leur augmentation provient essentiellement du niveau élevé d'opérations exceptionnelles liées à des exercices antérieurs qui n'ont pas pu être rattachées à ces exercices (régularisations de TVA, etc.). En 2012, ces produits continueraient de progresser à un rythme important (+11 %), en raison notamment du transfert d'une partie de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [MIGAC] (classées en titre 1) vers le fonds d'intervention régional (FIR)[4], classé en titre 3 pour l'année 2012. En 2012, une partie de l'enveloppe MIGAC a été transférée dans l'enveloppe FIR qui se retrouve dans un autre poste comptable (titre 3). Sont concernés les postes suivants :

- la permanence des soins en établissement de santé ;
- les consultations destinées à effectuer la prévention et le diagnostic de l'infection par le VIH ;
- les actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;
- la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité.

Les recettes des titres 1 et 2 apparaissent en revanche moins dynamiques : +2,5 % en 2011 et +1,5 % en 2012 (sans correction de l'effet de transfert d'une partie de l'enveloppe MIGAC vers le FIR).

Comme en 2011, cette évolution s'expliquerait par celle des produits versés par l'Assurance maladie (encadré 3) pour le compte du budget principal (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %) [tableau 2]. En effet, en 2012, les produits versés par l'Assurance maladie au budget principal progresseraient de +1,3 % contre +2,0 % en 2011 (graphique 2). Ils s'élèveraient à près de 50 milliards d'euros en 2012. Toutefois, l'évolution de ces produits en 2012 s'expliquerait, comme précisé plus haut, en partie par un transfert en 2012 de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractua-

Tableau 2 ● **Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2010 et 2012**

	2012* en Mds €	2011 en Mds €	2011/12** en %	2010/11 en %
Produits				
Budget global	**71,8**	**70,0**	**+2,6**	**+3,8**
dont budget principal	63,0	61,4	+2,7	+4,0
dont titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	*49,9*	*49,3*	*+1,3*	*+2,0*
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.	*5,4*	*5,2*	*+3,7*	*+7,6*
dont titre 3 : autres produits	*7,7*	*6,9*	*+11,5*	*+16,9*
Charges				
Budget global	**71,7**	**70,3**	**+1,9**	**+3,9**
dont budget principal	63,2	61,9	+2,0	+4,0
dont titre 1 : charges de personnel	*41,6*	*40,7*	*+2,2*	*+1,7*
dont titre 2 : charges à caractère médical	*8,5*	*8,1*	*+4,7*	*+2,7*
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	*6,4*	*6,1*	*+4,6*	*+4,1*
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	*6,7*	*7,0*	*-4,6*	*+22,2*
Résultat de l'exercice				
Budget global	**0,097**	**-0,354**	**-**	**-**
dont budget principal	*-0,142*	*-0,538*	-	-
dont budget annexe	*0,239*	*0,185*	-	-

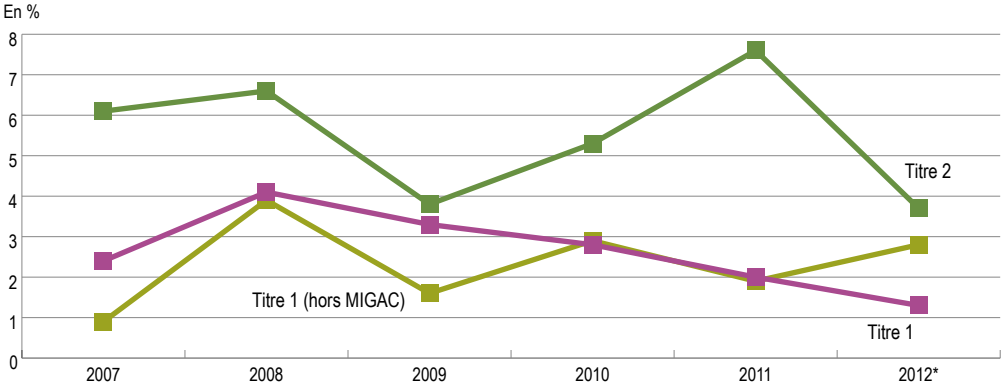
* Données provisoires

** L'évolution et le montant ne tiennent pas compte de l'effet du « transfert » de l'enveloppe MIGAC (titre1) au FIR (titre3). Hors effets du transfert, le taux de croissance s'établirait à 2,8 % (*cf.* texte ci-dessus).

Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

4 • Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

GRAPHIQUE 2 ● **Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2012**



Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie.
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.
* Données provisoires.
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

ENCADRÉ 3 ● **La tarification à l'activité (T2A)**

La réforme du financement au sein des établissements publics de santé se poursuit. S'appliquant aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)[1]. Pour le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la T2A est passée de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006 et s'est élevée à 50 % en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100 % depuis cette date, ce qui signifie que les recettes des établissements sont, à présent, directement proportionnelles à leur activité. Ces tarifs sont toutefois modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient converge vers 1 en 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

La mise en place progressive de la T2A s'est poursuivie en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers[2] (V11). En effet, chaque hospitalisation est résumée dans un groupe homogène de malades (GHM) en fonction de différents critères (diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). L'objectif de cette nouvelle classification est de mieux rendre compte de la sévérité des pathologies prises en charge avec le passage de 799 GHM à 2 300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11e version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

1 • www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2008-2.pdf.

2 • « Manuel des groupes homogènes de malades, 11e version de la classification », ATIH, fascicule spécial n° 2010/4bis.

lisation (MIGAC) vers le fonds d'intervention régional (FIR). Ainsi, en ne retenant que l'enveloppe hors MIGAC afin de neutraliser l'effet de ce transfert, les produits du titre 1 progresseraient de +2,8 % en 2012 contre +1,9 % en 2011 et +2,9 % en 2010.

La croissance des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) continuerait d'être supérieure à celle des produits du titre 1, à un rythme toutefois plus modéré (+3,7 % en 2012 contre +7,6 % en 2011 pour le budget principal) [graphique 2]. Ce titre regroupe

les montants non pris en charge par l'Assurance maladie (organismes complémentaires et ménages), ceux versés au titre des conventions internationales et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteindrait 5,4 milliards d'euros pour le compte du budget principal (tableau 2). La forte augmentation en 2011 était imputable en partie à l'effet « année pleine » de l'augmentation à compter du 1er janvier 2010 du montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie. Ce forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour son hospitalisation. Elle était aussi imputable au relèvement du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur « acte lourd ». Ce seuil est passé au 1er janvier 2011 de 91 euros à 120 euros. Ainsi, jusqu'en 2010, tout acte hospitalier en hôpital ou en clinique, dès lors qu'il était inférieur à 91 euros, était remboursé à hauteur de 80 %, les 20 % restants étaient à la charge de l'assuré : pour les actes au-dessus de 91 euros, la Sécurité sociale remboursait à 100 % après déduction de la participation forfaitaire de 18 euros à la charge de l'assuré. À partir de 2011, le seuil a été relevé à 120 euros. En d'autres termes, pour un acte juste inférieur à 120 euros, la partie restant à la charge du patient est passée en 2011 de 18 euros à 24 euros.

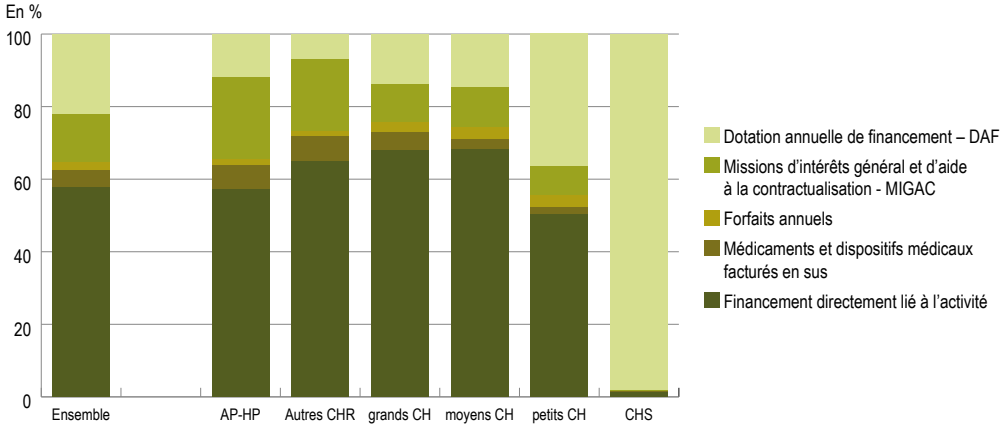
Près des deux tiers des financements versés par l'Assurance maladie sont directement liés à l'activité

Les produits versés par l'Assurance maladie pour le compte du budget principal se décomposent en financements reçus au titre de l'activité[5] (64,4 %), en dotation annuelle de financement (22,2 %) et en dotation MIGAC (13,4 %) [graphique 3].

En 2012, le rythme de progression des financements de l'Assurance maladie liés à l'activité s'accélérerait (+3,2 % contre +1,9 % en 2011 et +3,0 % en 2010) pour atteindre 32,1 milliards d'euros. Parallèlement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'Assurance maladie auraient diminué de 7 % en 2012 après une progression de 2,8 % en 2011 et de 2,4 % en 2010. Ces financements s'élèveraient à 6,6 milliards d'euros. Toutefois, ces évolutions intègrent comme chaque année des effets de champ, comme, en 2011, le transfert de l'ODMCO (objectif de dépenses MCO) vers les MIGAC des crédits finançant les internes[6], ou encore, en 2012, le transfert d'une partie des MIGAC au FIR.

Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation) et de psychiatrie, aurait augmenté de 1,1 % en 2012

Graphique 3 ● **Répartition des produits versés par l'Assurance maladie sur le budget principal (titre 1) en 2012***



* Données provisoires.
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

5 • Ces financements concernent les activités de MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours et des consultations externes ainsi que les produits des médicaments, des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour et les forfaits annuels.

6 • ATIH, 2012, « L'analyse de l'activité hospitalière 2011 ».

contre +2,3 % en 2010 et 2011, pour atteindre 11,1 milliards d'euros.

Les charges des hôpitaux publics s'élèvent à 71,7 milliards en 2012

Contrairement à 2011, on observerait en 2012 un ralentissement de la croissance des charges du secteur hospitalier par rapport aux produits (+1,9 % pour les charges contre +2,6 % pour les produits). En 2011, l'évolution des charges était supérieure à celle des produits : +3,9 % pour les charges contre +3,8 % pour les produits. Les charges du secteur hospitalier s'élèveraient à 71,7 milliards d'euros en 2012, dont 88 % au titre du budget principal.

Comme pour les recettes, la forte évolution des charges en 2011 s'expliquait par une importante augmentation des opérations exceptionnelles liées à des exercices antérieurs auxquels elles n'avaient pas pu être rattachées. Ces charges liées notamment aux charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4 du budget principal) avaient augmenté de 22 % en 2011 contre 2,5 % en 2010. La tendance est différente pour l'année 2012 où l'on observerait un ralentissement des charges par rapport aux produits. Ce ralentissement s'expliquerait cette fois-ci par une baisse des charges du titre 4, et notamment du poste « dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges) ».

Les charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, progresseraient de +2,2 % en 2012 contre +1,8 % en 2011 et +3,5 % en 2010 ; elles s'établiraient à 47,1 milliards d'euros tous budgets confondus, soit 66 % du total des charges. Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèveraient à 41,6 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de +2,2 % en 2012 contre +1,7 % en 2011 (tableau 2). La maîtrise de la croissance de la masse salariale des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait malgré une augmentation plus importante de ces charges en 2012. En effet, comme l'année précédente, ces charges auraient augmenté moins vite en 2012 que les produits de l'activité médicale − hors MIGAC (+2,9 % en 2012 et +2,5 % en 2011).

En revanche, le rythme de progression des charges à caractère médical en 2012 (titre 2 du budget principal) serait soutenu (+4,7 % contre +2,7 % en 2011) [tableau 2]. Contrairement à 2011, la progression de ces dépenses serait supérieure à celle des produits de l'activité médicale. Elles atteindraient 8,5 milliards d'euros pour le seul budget principal et représenteraient 13 % du budget principal.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) seraient elles aussi plus dynamiques en 2012 (+4,6 % contre +4,1 % en 2011).

La forte progression du résultat d'exploitation depuis 2007 a été en partie absorbée par la dégradation du résultat financier

En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation[7] continuerait de progresser en 2012 (tableau 3). Ce résultat enregistrerait un excédent de 1,3 milliard d'euros (graphique 4). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par la dégradation du résultat financier[8]. Celui-ci continuerait de se dégrader en 2012 en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élèverait à 1 milliard d'euros en 2012. Contrairement à 2011, le résultat exceptionnel[9] s'améliorerait en revanche sensiblement en 2012 pour enregistrer un déficit de 223 millions d'euros (contre 511 millions en 2011).

En 2012, l'amélioration du résultat d'exploitation s'expliquerait, comme évoqué précédemment, par la baisse des dotations et provisions pour risques et charges. La hausse du résultat exceptionnel serait quant à elle liée en partie à l'augmentation de cessions d'actifs.

Ainsi, la marge brute[10] des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante et ne prenant

7 • Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

8 • Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

9 • Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

10 • Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production.

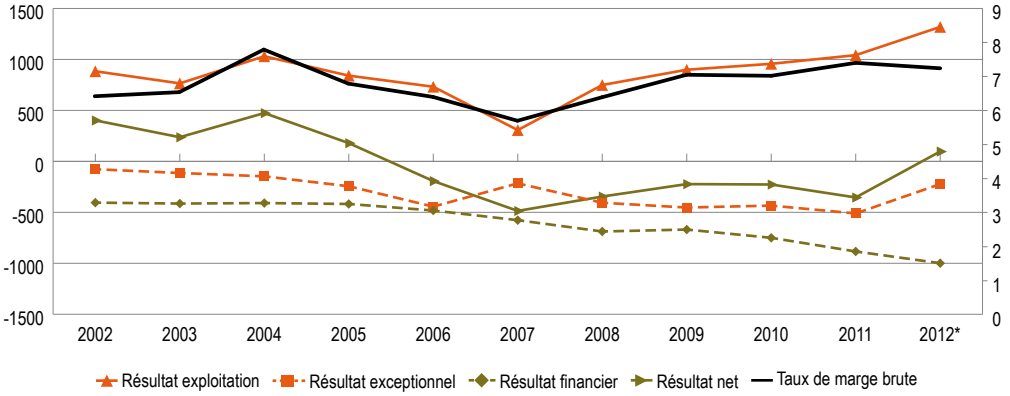
Tableau 3 ● Évolution du compte de résultat des hôpitaux publics entre 2011 et 2012

	2011	2012*	2010/2011	2011/2012
	En milliards d'euros		En %	
Résultat d'exploitation	**1,042**	**1,319**		
Produits d'exploitation	**68,0**	**69,8**	**+2,7**	**+2,7**
dont production de l'activité	61,9	62,8	+2,6	+1,5
dont subventions d'exploitation et participations	1,0	1,6	+5,2	+59,4
dont reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,5	0,6	+16,7	+25,6
Charges d'exploitation	**66,9**	**68,5**	**+2,6**	**+2,4**
dont achats	9,8	10,2	+2,3	+3,9
dont services extérieurs et autres	6,5	6,7	+5	+3,1
dont impôts, taxes et versements assimilés	4,1	4,1	+1,6	+1,5
dont charges de personnel	41,5	42,5	+1,8	+2,4
dont dotations aux amortissements et dépréciations (immobilisations)	3,5	3,6	+4,8	+3,6
dont dotations aux dépréciations (actif circulant)	0,1	0,2	+14,1	+56,2
dont dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges)	0,8	0,5	+23,3	-38,2
Résultat financier	**-0,884**	**-0,999**		
Produits financiers	**0,0**	**0,0**	**+26**	**+2,9**
Charges financières	**0,9**	**1,0**	**+18,3**	**+12,5**
Résultat exceptionnel	**-0,511**	**-0,223**		
Produits exceptionnels de marge brute est égal à la marge brute	**2,0**	**1,9**	**+67,7**	**-2,3**
Charges exceptionnelles	**2,5**	**2,1**	**+54,2**	**-13,4**
Résultat net	**-0,354**	**0,097**		
Produits totaux	70,0	71,8	+3,8	+2,6
Charges totaux	70,3	71,7	+4	+1,9

* Données provisoires
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

Graphique 4 ● Compte de résultat et taux de marge brute des hôpitaux publics entre 2002 et 2012

En millions d'euros (axe de gauche), en % (axe de droite)



* Données provisoires. Ordonnées de droite pour le taux de marge brute (le taux de marge brute est égal à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante [*cf.* note de bas de page n° 11]).
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

Tableau 4 ● **Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2012**

	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	5,9	6,5	3,5
2003	5,9	7,1	3,5
2004	7,2	8,0	3,1
2005	6,0	8,0	3,9
2006	5,4	8,1	4,6
2007	5,1	7,9	5,6
2008	5,8	8,2	5,6
2009	6,7	8,1	5,4
2010	6,3	7,5	6,2
2011	6,7	6,7	6,2
2012*	6,4	6,1	6,8

* Données provisoires.

Note • - La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

- Le ratio «taux de renouvellement des immobilisations» calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 6,1 % en 2012 signifie qu'il faut 16,4 années (100 / 6,1) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

- La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

pas en compte les résultats exceptionnels et financiers ainsi que les comptes de dotations et provisions, se stabiliserait à 5 milliards d'euros environ, soit un taux[11] de l'ordre de 7 % en 2012.

Les capacités d'autofinancement progressent

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)[12] mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement resterait à un niveau important de plus de 4 milliards d'euros en 2012. Toutefois, le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits de l'activité hospitalière diminuerait du fait de la croissance des produits de l'activité hospitalière (6,4 % en 2012 contre 6,7 % en 2011) [tableau 4].

Des investissements importants, mais en recul

La répartition des investissements hospitaliers s'est fortement transformée entre 2002 et 2012. Ainsi, sur cette période, les opérations d'investissements d'immobilisations « lourds » (constructions, terrains, etc.) ont progressé fortement, passant de 1,4 milliard d'euros en 2002 à 3,4 milliards d'euros en 2012 (graphique 5).

L'effort d'investissement continuerait d'être soutenu. Toutefois, le ralentissement de cet effort observé en 2010 et 2011 se poursuivrait en 2012. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % en 2009 à 9,4 % en 2011 pour s'établir à 8,8 % 2012 (graphique 6). Ces dépenses représentent les opérations d'investissement réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations[13]). Cette évolution se traduit par un ralentissement du rythme de renouvellement : celui-ci s'établirait en moyenne à seize années en 2012, contre douze en 2009 (tableau 4).

L'encours de la dette continue de progresser

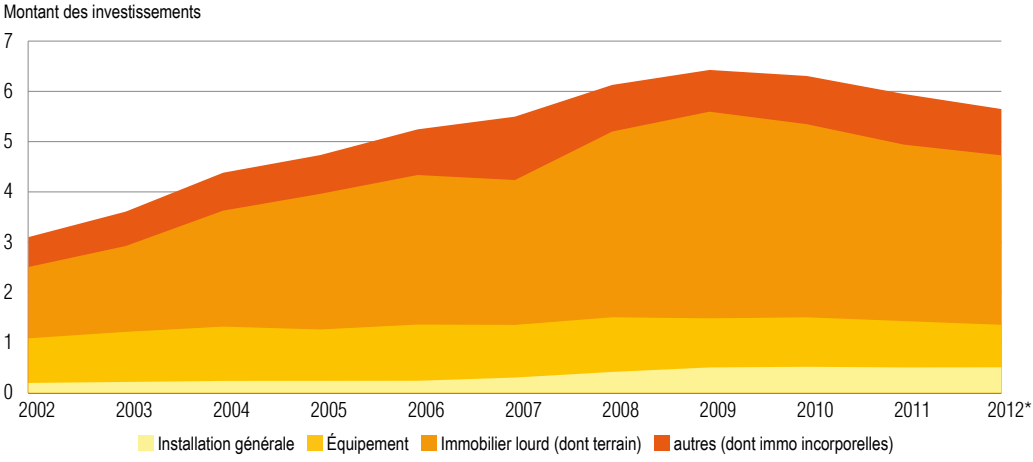
Parallèlement à la croissance des investissements, l'encours de la dette des hôpitaux publics continuerait de croître à un rythme régulier pour atteindre 26,3 milliards d'euros en 2011 et 28,3 milliards d'euros

11 • Le taux de marge brute est égal à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante. Ces produits sont calculés à partir des comptes 70 à 75 de la nomenclature M21.

12 • Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

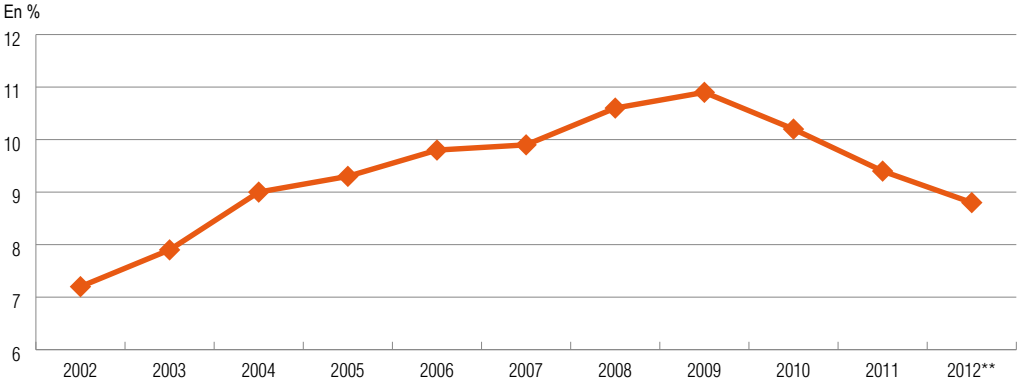
13 • Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

Graphique 5 ● Répartition des investissements hospitaliers entre 2002 et 2012



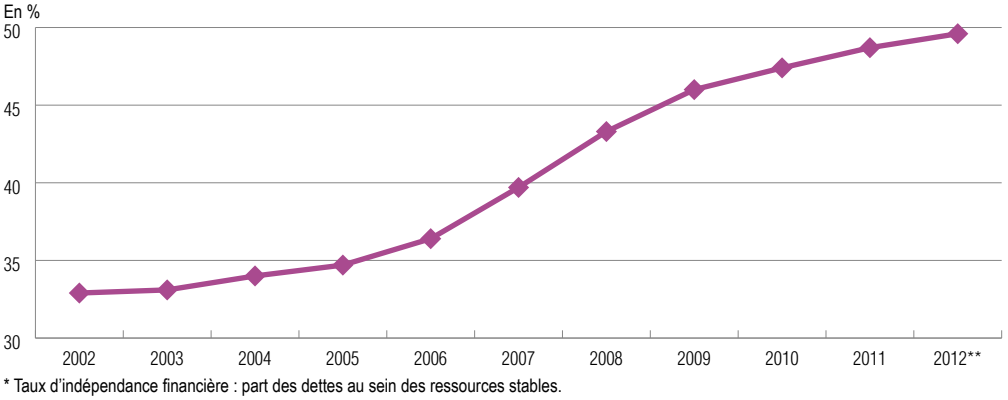
*Données provisoires
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

Graphique 6 ● Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2012



* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.
** Données provisoires.
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

Graphique 7 ● Évolution du taux d'indépendance financière* des hôpitaux publics entre 2002 et 2012



* Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.
** Données provisoires.
Sources • DGFiP, SAE, calculs DREES (données retraitées, *cf.* encadré 2).

en 2012, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et dettes financières), est ainsi passé de 47,5 % en 2010 à 48,7 % en 2011 (graphique 7). Ce taux continuerait à se dégrader en 2012 pour atteindre près de 50 %.

Même si la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé a progressé depuis 2006, elle ne suffit pas, en effet, pour faire face aux investissements massifs qui ont été engagés. L'amélioration de la capacité d'autofinancement n'a pas permis d'absorber la totalité de l'effort d'investissement supplémentaire entrepris depuis 2002. Ainsi, le recours important à l'emprunt a été favorisé par les plans de relance de l'investissement pour lesquels un financement majoritairement par emprunt était attendu. Le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, repartirait ainsi à la hausse après une stabilisation en 2011. Ce ratio s'établirait à 6,8 années en 2012 contre 6,2 années en 2011 (tableau 4)

Pour en savoir plus

Le Garrec M.-A., Bouvet M., Koubi M., « Comptes nationaux de la santé 2011 », Collection *Études et Statistiques,* DREES, décembre 2013.

Yilmaz E., « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010 », 2012, *in* Le Garrec M.-A., Bouvet M., Koubi M., « Comptes nationaux de la santé 2011 », Collection *Études et Statistiques,* DREES, décembre 2013.

Rapport de la Cour des comptes, « La situation et les perspectives des finances publiques », juin 2013.

Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, n° 703, 2012.

ATIH, « L'analyse de l'activité hospitalière 2011 », 2012.

Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

Document DGOS « Apurement du compte 158 : autres provisions pour charges » : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_6_Compte_158_autres_provisions_pour_charges-3.pdf

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011

Éric THUAUD (DREES)

En 2011, la rentabilité nette des cliniques privées à but lucratif est estimée à 2,6 % de leur chiffre d'affaires, soit une augmentation de 0,6 point par rapport à 2010 (2 %). Cette amélioration est la conséquence d'une hausse du résultat exceptionnel, lié notamment à des opérations de cessions immobilières, et pourrait donc ne pas être pérenne. En effet, le résultat d'exploitation baisse de 0,7 point pour s'établir, en 2011, à 3,7 % du chiffre d'affaires (4,4 % en 2010). Par ailleurs, on constate que leur capacité d'autofinancement reste stable, tandis que l'effort d'investissement continue son ralentissement.

Le secteur le plus important reste celui de la médecine, chirurgie et obstétrique ou odontologie, où les cliniques privées réalisent la moitié des venues en hospitalisation partielle et un quart des séjours en hospitalisation complète. Cependant, leur part de marché tend à diminuer, au profit des hôpitaux publics.

La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité nette supérieure à 12,2 %.

ENCADRÉ 1 ● **Champ de l'étude et méthode utilisée pour le redressement des données tenant compte de la non-réponse**

Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entités figurant dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2011 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises (NAF). Les informations financières des cliniques privées sont recueillies au niveau du numéro SIREN de l'établissement.

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment une société d'exploitation et une société civile immobilière (SCI). Cette étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées.

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, environ 20 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait, en général, au moment de l'étude et on ne dispose d'aucune information économique et financière les concernant. Aussi afin de garantir la qualité et la représentativité des résultats, on redresse les données en s'appuyant sur les informations contenues dans la Statistique annuelle des établissements de santé. Celle-ci permet en effet de couvrir l'ensemble du champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, des créations ou des restructurations) et de rapporter les réponses disponibles à la population de l'étude (tableau ci-dessous).

TABLEAU ● **Nombre de cliniques privées à but lucratif et « taux de comptes disponibles »**

	Nombre de cliniques privées	Nombre de cliniques privées ayant déposé leurs comptes	Le pourcentage de comptes disponibles
Ensemble	**1 076**	**773**	**71,8**
Médecine, chirurgie, obstétrique ou ondotologie (MCO)			
Cliniques pluridisciplinaires	298	234	78,5
Cliniques spécialisées	212	157	74,1
Radiothérapie	70	24	34,3
Dialyse	54	44	81,5
Hospitalisation à domicile	22	11	50,0
Soins de suite et de réadaptation	289	204	70,6
Psychiatrie	131	99	75,6

Note • Les cliniques privées sont comptabilisées sur la base de leur numéro SIREN. En raison du pourcentage limité de comptes disponibles en HAD et en radiothérapie, ces résultats doivent être interprétés avec prudence.
Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE (y compris les centres de dialyse et de radiothérapie).
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2011, calculs DREES.

Méthodologie

Le redressement des données des cliniques est réalisé à l'aide d'un calage sur marges afin que les établissements ayant déposé leurs comptes (qui constituent l'échantillon) deviennent représentatifs de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif présentes dans la SAE. Connues pour toutes les cliniques présentes dans la SAE, des variables auxiliaires corrélées aux données économiques de l'échantillon sont utilisées pour ce calage. Celles-ci permettent d'améliorer la précision des estimations. Il s'agit de données relatives à l'activité des établissements (journées, venues et séances), par discipline (médecine, psychiatrie, etc.) et taille d'établissement. L'échantillon étant représentatif pour ces variables, il l'est aussi en termes de données économiques et financières.

Lors des précédentes études, le calage était réalisé non pas sur l'activité des cliniques, mais sur leur effectif (ETP non médicaux). Dans la mesure où les recettes des cliniques dépendent de leur activité, une pondération basée sur l'activité semble plus pertinente. C'est le choix qui a été fait dans cette étude. Ce changement peut entraîner de légères modifications par rapport aux estimations des études antérieures pour les indicateurs présentés.

Cette étude présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2011, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Le champ de l'étude se limite aux seules sociétés d'exploitation des cliniques. Selon les années, pour environ 20 % des cliniques, ces données ne sont pas disponibles au moment de l'étude. Toutefois, grâce à leur repondération tenant compte de la non-réponse, fondée sur l'activité déclarée dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les résultats publiés dans cette étude sont représentatifs de l'ensemble du champ (encadré 1) [Thuaud, 2013][1].

Des cliniques qui perdent encore des parts de marché en court séjour

Les cliniques privées à but lucratif ont réalisé en 2011 un chiffre d'affaires d'environ 13 milliards d'euros, soit une progression de 500 millions d'euros par rapport à 2010.

Quatre cinquièmes de leur chiffre d'affaires proviennent de leur activité en soins de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique ou odontologie (MCO), secteur où elles réalisent environ la moitié des venues en hospitalisation partielle et un quart des séjours en hospitalisation complète. La part de marché[2] des cliniques privées à but lucratif tend à diminuer dans ce secteur au profit des hôpitaux publics. En 2011, elle ne représente plus que 30,9 % contre 33,4 % en 2003. Les hôpitaux publics, eux, progressent, passant de 58,2 % en 2003 à 60,6 % en 2011. La part du secteur privé non lucratif reste stable à 8,5 %[3].

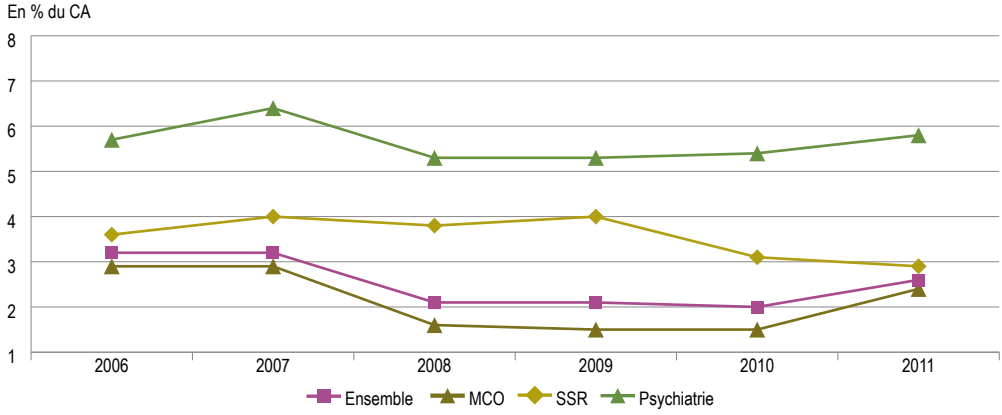
L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) représente environ 15 % de leur chiffre d'affaires. Dans ce secteur, les cliniques privées à but lucratif réalisent environ 30 % de l'ensemble des séjours[4], soit une part comparable à celle des hôpitaux publics, mais inférieure à celle des cliniques privées à but non lucratif (40 %)[5].

Enfin, l'activité de psychiatrie ne représente qu'une part marginale (4 %) du chiffre d'affaires des cliniques privées à but lucratif. Ce secteur reste largement dominé par l'hospitalisation publique, qui réalise les trois quarts des séjours, devant les cliniques à but non lucratif qui en réalisent près d'un cinquième.

La rentabilité nette des cliniques en médecine, chirurgie et obstétrique ou odontologie s'accroît grâce à des opérations immobilières

En 2011, la rentabilité nette des cliniques, c'est-à-dire le rapport du résultat net au chiffre d'affaires

Graphique 1 • **Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

1 • Certains résultats relatifs aux années antérieures à 2011 peuvent en outre être légèrement modifiés par rapport aux précédentes publications, compte tenu d'améliorations méthodologiques dans la méthode de pondération. Voir le Document de travail « Séries sources et méthodes » à paraître.

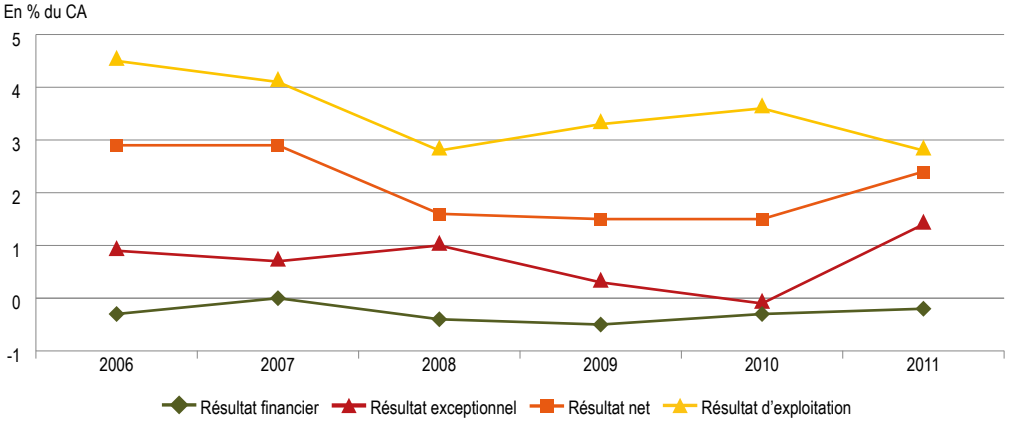
2 • Mesurée par une valorisation des séjours à partir des tarifs publics pour neutraliser les différences tarifaires entre secteurs.

3 • Evain F., 2013, « Hospitalisation de court-séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études et Résultats,* DREES, nº 854, octobre 2013.

4 • Hospitalisation complètes + hospitalisations partielles.

5 • Si on mesure l'activité par le nombre de journées d'hospitalisation et non par le nombre de séjours, les hôpitaux publics sont leaders en soins de suite et réadaptation (SSR).

Graphique 2 ● **Évolution des différents résultats comptables des cliniques en MCO**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

(encadré 2), s'établit à 2,6 % du chiffre d'affaires (tableau 1), soit une hausse de 0,6 point par rapport à 2010. Cette évolution de la rentabilité est principalement le fait des cliniques en MCO, avec un gain de près de un point entre 2010 et 2011, de 1,5 % à 2,4 %. Les cliniques de psychiatrie connaissent, quant à elles, une hausse plus modérée (+0,4 point), et l'on note même une très légère diminution de ce ratio concernant les cliniques de SSR (-0,2 point) [graphique 1].

Il convient toutefois de nuancer cette hausse de la rentabilité nette dans le secteur MCO. En effet, cette évolution s'explique surtout par une augmentation du résultat exceptionnel (+1,5 point en part de chiffre d'affaires) et non par celle de son résultat d'exploitation, en baisse de 0,8 point, soit 2,8 % du chiffre d'affaires (graphique 2).

Compte tenu du poids du secteur MCO dans l'ensemble de l'activité des cliniques, on retrouve cette différence d'évolution si l'on considère le tableau comptable de l'ensemble du champ (tableau 1), à hauteur de +1,3 point pour le résultat exceptionnel (pour s'établir à 1,1 % du chiffre d'affaires) et de -0,7 point pour le résultat d'exploitation (pour s'établir à 3,7 % du chiffre d'affaires).

Cette hausse du résultat exceptionnel s'explique à la fois par une diminution des charges exceptionnelles et par une hausse des produits exceptionnels, l'évolution la plus notable étant celle du poste « produits exceptionnels sur opérations en capital », en d'autres termes la cession de murs, en progression de 0,6 point pour l'ensemble des cliniques.

Ces évolutions ne concernent en fait qu'un groupe très restreint d'établissements, mais leur ampleur impacte de manière non négligeable les données relatives à l'ensemble du secteur.

La baisse du résultat d'exploitation s'explique, quant à elle, par la hausse dans une proportion similaire du poste de charges « autres achats et charges externes », en particulier les loyers dont le prix a presque doublé par rapport à 2010. Entre 2010 et 2011, leur part à la charge des cliniques privées est passée de 0,8 % à 1,4 % du chiffre d'affaires.

Au final, la baisse du résultat d'exploitation des établissements est largement compensée par la hausse de leur résultat exceptionnel, conduisant à une progression du résultat net des cliniques, et donc de leur rentabilité nette, qui atteint 2,6 % du chiffre d'affaires en 2011 (+0,6 point).

Les établissements de psychiatrie sont toujours les plus rentables

Si on considère maintenant les établissements selon leur discipline (encadré 3), la bonne rentabilité nette des cliniques en hospitalisation à domicile (HAD) et de dialyse se confirme et s'amplifie en 2011 (tableau 2). En revanche, la rentabilité des autres types de cliniques du secteur MCO, majoritaires, reste à un niveau plus modéré : 1,7 % pour les cliniques spécialisées et 2,1 % pour les cliniques pluridisciplinaires.

La forte hausse de la rentabilité des cliniques de dialyse s'explique là encore, comme pour les cliniques pluridisciplinaires et spécialisées, par une baisse du

Tableau 1 ● Compte de résultat des cliniques privées

	2009	2010	2011
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (en milliards d'euros)	**12 334**	**12 508**	**13 050**
Nombre de cliniques dans la population	**1095**	**1084**	**1076**
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	**11,3**	**11,5**	**12,1**
Achats et charges externes (en % du CA)	**-45,1 %**	**-45,0 %**	**-45,3 %**
dont - Achats consommés	-17,4 %	-17,7 %	-17,4 %
- Autres achats et charges externes	-27,8 %	-27,3 %	-27,9 %
- Variation de stocks	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Frais de personnel (en % du CA)	**-43,8 %**	**-44,0 %**	**-43,9 %**
dont - Salaires bruts	-31,6 %	-31,2 %	-31,0 %
- Charges sociales	-12,2 %	-12,8 %	-12,9 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	**-5,0 %**	**-5,0 %**	**-5,1 %**
dont - Impôts, taxes et versements assimilés	-5,9 %	-5,7 %	-5,7 %
- Subvention d'exploitation	0,9 %	0,7 %	0,6 %
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	**6,1 %**	**6,1 %**	**5,7 %**
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	**0,0 %**	**0,0 %**	**0,1 %**
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	**-1,8 %**	**-1,8 %**	**-2,1 %**
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	**4,2 %**	**4,4 %**	**3,7 %**
Résultat financier	**-0,4 %**	**-0,4 %**	**-0,3 %**
dont - Produits financiers	0,7 %	0,6 %	1,0 %
- Charges financières	-1,1 %	-1,1 %	-1,3 %
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	**3,8 %**	**4,0 %**	**3,4 %**
Résultat exceptionnel (en % du CA)	**0,1 %**	**-0,2 %**	**1,1 %**
dont - Produits exceptionnels	2,3 %	2,5 %	3,0 %
dont opérations en capital	*1,7 %*	*1,5 %*	*2,1 %*
- Charges exceptionnelles	-2,1 %	-2,6 %	-1,9 %
dont opérations en capital	*1,1 %*	*1,1 %*	*0,9 %*
Participation des salariés (en % du CA)	**-0,4 %**	**-0,4 %**	**-0,4 %**
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	**-1,4 %**	**-1,4 %**	**-1,5 %**
RÉSULTAT NET (en % du CA)	**2,1 %**	**2,0 %**	**2,6 %**

Note • Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre.
Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2011, calculs DREES.

Tableau 2 ● Rentabilité nette selon la catégorie d'établissements

En % du CA

	2009	2010	2011
	Rentabilité	Rentabilité	Rentabilité
Ensemble	**2,1**	**2,0**	**2,6**
Cliniques pluridisciplinaires	1,2	1,2	2,1
Cliniques spécialisées*	1,1	1,1	1,7
Dialyse	10,0	11,5	15,9
Radiothérapie	1,0	2,9	0,6
HAD	7,4	6,5	11,1
Total MCO	**1,5**	**1,5**	**2,4**
Suite et réadaptation	4,0	3,1	2,9
Psychiatrie	5,3	5,4	5,8

*Chirurgie, médecine, obstétrique ou odontologie.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2011, calculs DREES.

ENCADRÉ 2 ● **Définitions et formules de calcul des indicateurs**

Indicateurs	Formules et définitions
Chiffre d'affaires	Il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).
Résultat net comptable	Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière.
Rentabilité nette	**Résultat net comptable/Chiffre d'affaires** Elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	**Résultat net comptable/Capitaux propres** Elle mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.
Taux de marge brut d'exploitation	**Excédent brut d'exploitation (EBE)/Chiffre d'affaires** Il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financières, d'amortissement et de distribution des revenus
Taux d'endettement	**Dettes financières/Capitaux permanents** Il mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables.
Capacité d'autofinancement	**(EBE + autres produits et charges d'exploitation + opérations en commun + produits financiers - charges financières - reprises sur provisions et transfert de charges [financier] + dotations financières aux amortissements et provisions ± produits et charges exceptionnels sur opération de gestion - Participation des salariés aux résultats de l'entreprise - impôts sur les bénéfices + dont transferts de charges)/Chiffre d'affaires** Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.
Capacité de remboursement	**Dettes financières/Capacité d'autofinancement** Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
Effort d'investissement	**(Total des immobilisations : acquisitions, créations + immobilisations corporelles en cours)/ Chiffre d'affaires** Il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

résultat d'exploitation et une hausse du résultat exceptionnel. Toutefois, cette hausse est très supérieure à celle des autres cliniques en MCO, avec un résultat exceptionnel en part de chiffre d'affaires passant à 8,3 % contre -0,1 % en 2010. Une augmentation imputable principalement aux cessions de murs pour d'importants montants par quelques établissements seulement.

Les cliniques de HAD, en revanche, sont les seules cliniques du secteur MCO à connaître un accroissement de leur résultat d'exploitation, de 10,8 % à 15,2 % du chiffre d'affaires. *A contrario,* l'évolution de leur résultat exceptionnel est plus faible que celle de la moyenne des cliniques : +0,7 point de chiffre d'affaires, contre +1,3 pour l'ensemble des établissements (tableau 1).

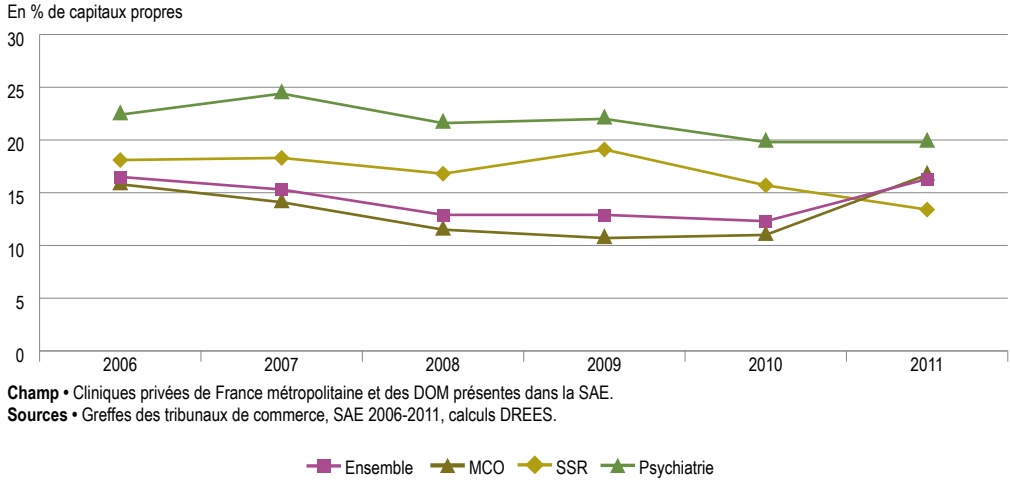
Les cliniques en MCO les plus rentables (hors dialyse et HAD) sont les cliniques spécialisées de taille moyenne, avec une rentabilité nette de 3,1 %, suivies des grandes cliniques pluridisciplinaires (2,6 %). En revanche, les petites cliniques pluridisciplinaires, en moyenne déficitaires, ont une rentabilité nette négative. Au total, les cliniques MCO bénéficient en 2011 d'une rentabilité nette de 2,4 %.

La rentabilité nette des cliniques de SSR demeure en moyenne supérieure à celle des cliniques en MCO, mais elle diminue pour s'établir en 2011 à 2,9 %.

Le secteur d'activité le plus rentable en 2011 reste la psychiatrie, avec une rentabilité nette de 5,8 %, qui atteint 7,7 % pour les cliniques de petite taille[6].

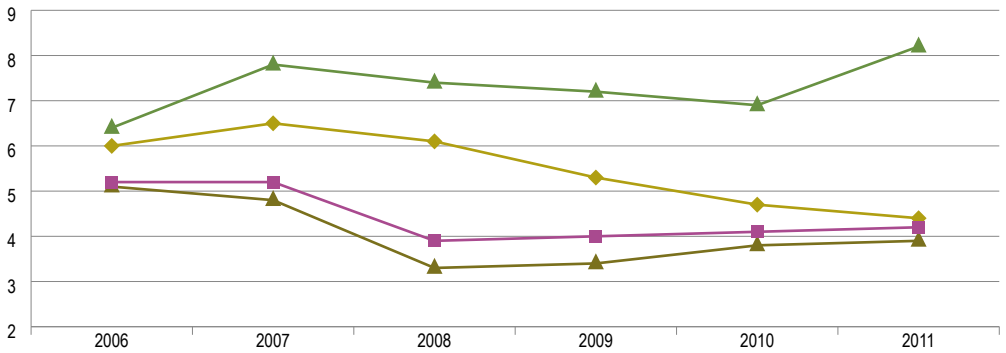
6 • La taille d'une clinique est définie par son activité (nombre total de séances pour les dialyses et la radiothérapie, nombre total des journées et des venues pour les autres cliniques), de la manière suivante :
- activité < 20 000 : petite clinique
- 20 000<= activité <40 000 : clinique moyenne
- 40 000<= activité : grande clinique

Graphique 3● **Évolution de la rentabilité financière des cliniques privées**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

Graphique 4● **Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

Une clinique en médecine, chirurgie et obstétrique ou odontologie sur trois est en déficit…

Ces moyennes recouvrent en fait des situations très différenciées : alors que la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistrent une rentabilité nette supérieure à 2,7 % du chiffre d'affaires en 2011, plus d'un quart déclarent des pertes. Elles sont en effet 27,1 % à être déficitaires en 2011, une proportion toutefois inférieure à celle de 2010 (28,5 %). Pour les 10 % les moins rentables, la rentabilité nette est inférieure à -7,9 %, et pour les 10 % les plus rentables, elle est supérieure à 12,2 %. Celles-ci réalisent 6,2 % du chiffre d'affaires total de l'ensemble des cliniques.

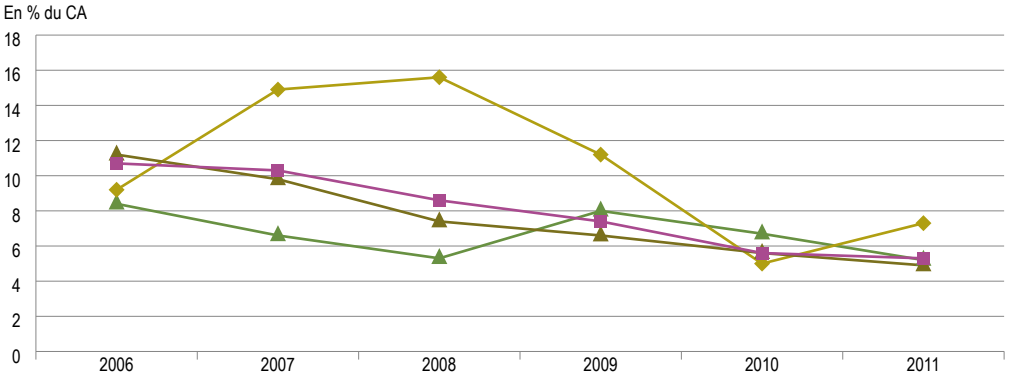
En 2011, on observe un écart important entre la proportion de cliniques en déficit dans le secteur MCO (32 %) et celle des autres secteurs (23 % des cliniques de SSR et 13 % des cliniques en psychiatrie). Néanmoins, cette proportion recule si on la compare à celle de l'exercice 2010, où l'on comptait 34 % de cliniques en MCO en déficit.

Ces établissements à la rentabilité négative représentent une part du chiffre d'affaires total des cliniques de 26,2 %. Notons que 17 % des 723 cliniques présentes à la fois dans l'échantillon de 2010 et dans celui de 2011 déclarent des pertes les deux années.

…mais une rentabilité financière en hausse pour ce secteur

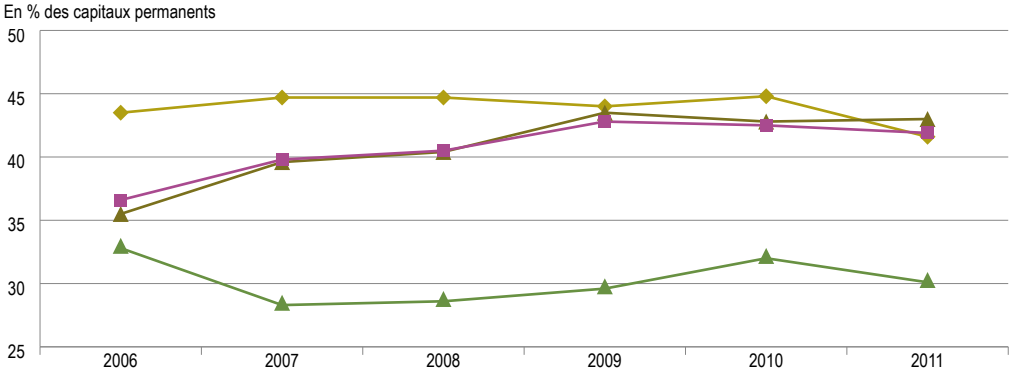
La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier

Graphique 5 ● **Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

Graphique 6 ● **Évolution du taux d'endettement des cliniques privées**



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2011, calculs DREES.

l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé, dans cette étude, que sur cette partie de l'échantillon (soit 82 % des cliniques). En 2011, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 16,3 %, soit une augmentation de 4 points par rapport à l'année précédente. Cette hausse est entièrement expliquée par les cliniques du secteur MCO pour lesquelles la rentabilité financière s'établit en 2011 à 16,7 % des capitaux propres (+5,7 points). Hors MCO, cet indicateur reste stable à 19,8 % pour les cliniques de psychiatrie et baisse de plus de 2 points pour les établissements de SSR (graphique 3).

Cette hausse de la rentabilité financière est « exceptionnelle » et directement imputable à la hausse du résultat exceptionnel présentée plus haut.

Les investissements ralentissent

En lien avec ces évolutions, on constate que la capacité d'autofinancement (CAF), qui évalue les ressources des entreprises disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement, reste stable à 4,2 % du chiffre d'affaires. Cette stabilité s'observe dans le secteur des cliniques en MCO (3,9 %), mais résulte aussi d'évolutions contraires pour les cliniques psychiatriques (en hausse de 1,3 point, à 8,2 %) et les cliniques de SSR (en baisse de 0,3 point, à 4,4 %) [graphique 4].

ENCADRÉ 3 ● **Répartition par discipline**

Pour les besoins de l'étude, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée pour chaque grand domaine, en considérant le nombre de journées et venues (chirurgie, médecine, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, HAD) et le nombre de séances (dialyse et radiothérapie). Les choix de classification sont les suivants :

Secteur MCO

- Cliniques pluridisciplinaires : cliniques à dominante MCO pour lesquelles aucune spécialité (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie) ne représente, à elle seule, plus de 80 % du total d'activité.
- Cliniques spécialisées : cliniques du secteur MCO dont une des trois spécialités parmi médecine, chirurgie, obstétrique représente à elle seule au moins 80 % de l'activité de la clinique.
- Dialyse : cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse).
- Radiothérapie : cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie).
- HAD : hospitalisation à domicile.

Secteur hors MCO

- SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite.
- PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

Parallèlement, l'effort d'investissement[7] des cliniques privées continue son ralentissement en 2011 à 5,3 % du chiffre d'affaires contre 5,6 % en 2010, après trois exercices consécutifs déjà marqués par des baisses pour cet indicateur (graphique 5). Seules les cliniques de SSR connaissent une reprise en 2011 (+2,3 points à 7,3 %) après avoir connu une chute entre 2008 et 2010 (-10 points)[8].

L'endettement total des cliniques, qui correspond aux dettes financières sur les capitaux permanents, connaît en 2011 une légère baisse à 41,9 % des capitaux permanents (-0,6 point). Ce sont les cliniques de SSR et de psychiatrie qui connaissent en réalité la baisse la plus importante de ce taux, -3,2 points pour les cliniques de SSR et -1,9 point pour les cliniques de psychiatrie. Leur endettement s'établit ainsi respectivement à 41,6 % et à 30,1 %. L'endettement des cliniques en MCO, en revanche, reste stable et s'établit à 43 % (graphique 6).

On peut noter que le taux d'endettement des cliniques de SSR connaît en 2011 son niveau le plus bas sur la période 2006-2011, ce qui est à mettre en parallèle avec la diminution de leur effort d'investissement entre 2008 et 2010 (graphique 5).

La capacité de remboursement, qui mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement, ou plus simplement le nombre d'années nécessaires, à CAF constante, pour rembourser leurs dettes financières, s'améliore ainsi de -0,3 année entre 2010 et 2011, pour s'établir à 3,8 années. Les cliniques en MCO et de psychiatrie disposent de capacités de remboursement respectivement estimées à 4 années (- 0,3 année entre 2010 et 2011) et à 1,6 année (-0,4 année). À l'inverse, les établissements de SSR, connaissant une légère diminution de leur CAF, voient leur capacité de remboursement stable à 4 années en 2011.

Pour en savoir plus

Thuaud E., « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », *Document de Travail,* « Série sources et méthodes », DREES, 2013, à paraître.

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

7 • L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours : l'effort d'investissement correspond à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le chiffre d'affaires (encadré 2).

8 • Cet indicateur, calculé principalement à partir des acquisitions d'immobilisations durant l'exercice comptable, peut sous-évaluer l'investissement réel des cliniques privées. En effet, lorsque certaines d'entre elles louent leurs locaux à des sociétés civiles immobilières, qui ont le même actionnaire majoritaire, ce type d'investissements n'entre pas dans le calcul de l'effort d'investissement faute de données disponibles.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2011 et 2012

Blandine JUILLARD-CONDAT (CHU Toulouse), Céline PILORGE (DREES)

En 2012, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,1 milliards d'euros hors taxes, soit une baisse de 3,3 % par rapport à 2011 (source : LEEM). Cette baisse du chiffre d'affaires marque une inflexion, celui-ci ayant toujours été croissant depuis les années 1990. Elle s'explique par deux facteurs principaux : une politique de baisse des prix des médicaments existants et une hausse des ventes des médicaments génériques, suite à la génération en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et au renforcement du dispositif « tiers payant contre génériques »[1], au détriment de celles des médicaments princeps.

Cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Il présente ensuite une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville. L'analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine en ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés ici sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2011 et 2012 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement *a priori*, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des dix classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2011 et 2012.

1 • Depuis juillet 2012, le dispositif « tiers payant contre génériques » est généralisé à l'ensemble du territoire et à tous les assurés, quel que soit leur régime d'affiliation (régime général, régime agricole, régime des indépendants).

Quelques éléments de cadrage

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes (encadré 1). Le marché pharmaceutique français a représenté 52,5 milliards d'euros en 2012, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (25,3 milliards). Les ventes en France entière ont représenté 27,2 milliards d'euros, dont les deux tiers liés à des produits importés (18,1 milliards). Sur les ventes en France entière, 77,6 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (graphique 1).

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officine et des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé. Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce. Les établissements de santé, via leurs pharmacies à usage intérieur pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés : cette dernière activité est appelée rétrocession[2] (*cf.* glossaire). Dans ce deuxième cas, qui concerne une liste limitative de médicaments, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville.

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine[3]. Le marché de ville regroupe deux types de médicaments : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)[4] qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la Santé de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) [graphique 2]. Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'Assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (par exemple, le paracétamol) ; dans ce cas, les produits achetés ne seront pas remboursés par l'Assurance maladie. Cela explique que les médicaments remboursables ne soient pas tous remboursés in fine. En 2012, le marché de ville représente plus de 21,1 milliards d'euros (graphique 1). Il est constitué à 90,5 % en valeur de médicaments remboursables et à 9,5 % de médicaments non remboursables (respectivement 19,1 et 2,0 milliards d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public[5].

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'Assurance maladie, est administrée : prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA. Le prix des médicaments non remboursables est libre. Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, *cf.* glossaire), un tarif de prise en charge par l'Assurance maladie est publié au *Journal Officiel*. Un accord entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit pour ces médicaments la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé.

Depuis plus de dix ans, le prix des médicaments est en baisse constante[6]. La croissance de la dépense

2 • Cette étude s'appuie sur les données de vente des laboratoires pharmaceutiques aux pharmacies de ville ; la rétrocession n'est donc pas dans le champ de l'étude.

3 • Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

4 • Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'ANSM a été mise en place le 1er mai 2012. L'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'AFSSAPS ; elle est également dotée de nouvelles responsabilités (notamment dans le domaine de la recherche, des études de suivi des patients et du recueil des données d'efficacité et de tolérance et de l'encadrement des recommandations temporaires d'utilisation), suite au scandale du Médiator.

5 • Dont les personnes doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

6 • Entre 2000 et 2012, le prix de l'ensemble des médicaments remboursables et non remboursables baisse en moyenne de 2,1 % par an (source : INSEE, chiffres 2000-2012 cités dans la Fiche 1.12 du rapport). L'indice de prix de l'INSEE est calculé à qualité constante, il ne tient pas compte des médicaments entrés sur le marché, souvent plus chers, ceux-ci ne seront pris en compte dans le calcul que l'année suivante.

Graphique 1 ● Du marché pharmaceutique au remboursement en 2012 en France

En milliards d'euros

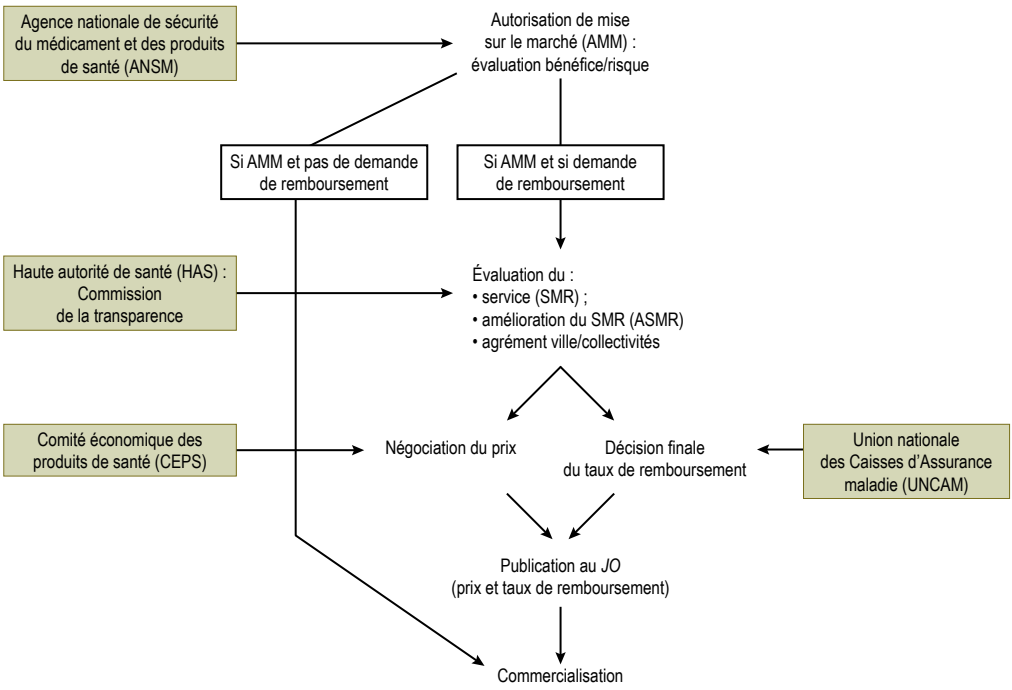
Marché pharmaceutique	52,5
(chiffre d'affaires HT – Prix fabricant)	
Exportations	**25,3**
Ventes en France	**27,2**
(dont produits importés : 18,1)	
Ventes en ville	**21,1**
Remboursables (avec vignette)*	19,1
Non remboursables (sans vignette)	2,0
Ventes à l'hôpital	**6,1**

Consommation totale	38,8
(ville : prix public – Hôpital : prix TTC)	
Consommation en ville	**34,3**
Remboursables (avec vignette) Y compris non présentés au remboursement	28,8
Non remboursables (sans vignette)	3,9
Médicaments rétrocédés	1,6
Hôpital (usage interne)	**4,5**

Remboursement Assurance maladie	27,1
Ville (vignette + rétrocession)	**22,6**
«Avec vignette» remboursés	21,0
Médicaments rétrocédés	1,6
Hôpital (usage interne)	**4,5**

* Dont 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS.
Champ • France entière.
Sources • LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; Recueil DREES sur le médicament pour l'hôpital ; CNAM-DREES pour la consommation en ville.

Graphique 2 ● Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Sources • Grandfils N., « Fixation et régulation des prix des médicaments en France », *Revue française des affaires sociales,* 2007.

ENCADRÉ 1 ● **Données utilisées et champ de l'étude**

Données utilisées

Les données utilisées pour cet éclairage sont issues des bases 2011 et 2012 du Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Celui-ci recense, pour chaque présentation et pour les années 2011 et 2012, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux volumes des ventes des laboratoires aux pharmacies et le prix de vente public toutes taxes comprises (TTC). Le champ d'observation concerne les présentations remboursables en officine de ville en 2011 ou 2012.

Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code EphMRA), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été appariées avec une base recensant les produits inscrits au répertoire des génériques, gérée par le Club inter pharmaceutique (CIP), ainsi qu'avec les données Thériaque (date de commercialisation du médicament), gérées par le Centre national hospitalier d'Information sur le médicament (CNHIM).

Concernant la structuration des données de consommation médicamenteuses, plusieurs niveaux d'analyse peuvent être utilisés, du plus fin au plus large :
- la présentation ;
- le produit ;
- la molécule ;
- les classes thérapeutiques, au sens de la classification EphMRA (*cf.* glossaire).

Les différentes analyses présentées dans cette étude sont réalisées en considérant comme unité statistique la présentation, définie par son code CIP, soit l'unité statistique la plus petite.

Champ de l'étude

Dans son rapport annuel, le LEEM évalue le marché du médicament remboursable en 2012 à 19,1 milliards d'euros alors qu'il est estimé à 18,9 milliards d'euros avec les données du GERS mobilisées dans cette étude. Le taux d'évolution de 2011 à 2012 estimé avec les données utilisées dans l'étude est de -2,6 % tandis que le LEEM l'estime à -3,3 %.

Cet écart s'explique par une différence de convention de calcul ainsi que par une différence de champ.

Tout d'abord, dans cet éclairage, on considère, pour l'année 2011, les médicaments remboursables en décembre 2011 et, pour l'année 2012, les médicaments remboursables en décembre 2012. Pour une année donnée, les médicaments déremboursés totalement au cours de l'année ne sont donc pas retenus dans l'analyse, alors qu'ils le sont par le LEEM, qui évalue ainsi le chiffre d'affaires 2011 inclus dans les données du GERS à 19,5 milliards d'euros contre 19,4 milliards d'euros sur le champ réduit aux médicaments encore remboursables en décembre (pour l'année 2012, la différence est moins importante : selon les deux calculs, le chiffre d'affaires est de 18,9 milliards d'euros).

Ensuite, les données du GERS représentent 99 % du marché. Le LEEM complète ces données avec d'autres informations obtenues auprès de ses adhérents. L'écart de moins de 200 millions entre les deux estimations serait relatif à une partie des médicaments homéopathiques. Dans les Comptes de la santé et dans le cadrage macroéconomique présenté dans cet éclairage (graphique 1), le chiffrage du LEEM (19,1 milliards d'euros) est repris par souci de cohérence avec les autres sources mobilisées dans les Comptes de la santé.

pharmaceutique de la France sur cette période s'explique par la hausse des volumes de consommation et par la prépondérance de la croissance des médicaments les plus chers traitant les pathologies les plus lourdes.

Dans les Comptes de la santé, la consommation pharmaceutique est valorisée sur la base du prix de vente au public en ville, et du prix de vente TTC aux établissements de santé.

Le poste « médicaments » se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, loin devant les honoraires médicaux. En 2012, dans les Comptes de la santé, la consommation pharmaceutique ambulatoire, qui inclut les médicaments délivrés par les pharmacies d'officine ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, s'élève à 34,3 milliards d'euros (contre 19,1 milliards d'euros pour les honoraires des médecins de ville).

Le marché du médicament remboursable

Le marché du médicament remboursable pèse, en 2012, 18,9 milliards d'euros en prix fabricant hors taxes (sur le champ de l'étude) [encadré 1]. Par rapport à 2011, le marché a diminué de 2,6 % en valeur. Le volume des ventes est stable (-0,4 %), à 2,5 milliards de boîtes vendues (tableau 1).

Selon le taux de remboursement *a priori* [7], il est possible de distinguer quatre types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %. Le taux de remboursement *a priori* constitue, avec le prix, le principal outil de régulation des dépenses publiques de médicaments en France. L'évaluation de l'intérêt des médicaments est effectuée par la Commission de la transparence. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute Autorité de santé, a pour mission de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament, et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la « plus-value » thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. L'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement *a priori* du médicament (tableau 2). Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix de vente du médicament (article L 162-16-4 à 6 du Code de la Sécurité sociale).

En 2012, avec un chiffre d'affaires de 14 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur les trois quarts du marché du médicament remboursable, soit une part de marché en légère baisse par rapport à 2011, se traduisant par une contribution de cette classe à la croissance totale du marché de -1,9 point. La baisse du chiffre d'affaires des médica-

Tableau 1 ● **Évolution en volume et en valeur du marché du médicament remboursable***

	Chiffre d'affaires (milliards d'euros)	Volumes de vente (milliards de boîtes)
2011	19,4	2,53
2012	18,9	2,52
Évolution	**-2,6 %**	**-0,4 %**

* Hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2011 et 2012 que les médicaments remboursables en décembre 2011 et en décembre 2012 respectivement.
Note • En 2011, 2,5 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues par les laboratoires, pour un chiffre d'affaires hors taxes de 19,4 milliards d'euros.
Sources • GERS, traitement DREES.

Tableau 2 ● **Taux de remboursement des spécialités remboursables**
En %

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »	Médicament pour pathologie « grave »
Majeur ou important	30 % (vignette bleue)	65 % (vignette blanche)
Modéré	30 % (vignette bleue)	
Faible	15 % (vignette orange)	
Insuffisant	0 %	

Note • Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux » sont remboursables à 100 %.
Lecture • Les médicaments ayant un service médical rendu jugé majeur ou important et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 65 %.
Sources • Article. R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale.

7 • Il faut distinguer le taux de remboursement *a priori* du taux de remboursement *a posteriori*. Le taux de remboursement *a priori* correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM). Au contraire, le taux de remboursement *a posteriori* correspond au taux auquel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations du ticket modérateur. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100 % d'un médicament dont le taux de remboursement *a priori* n'est que de 65 % ou de 30 %.

Tableau 3 • Le marché global du médicament remboursable en 2011 et 2012 selon le taux de remboursement*

		Médicaments remboursables au taux de				TOTAL
		15 %[1]	30 %[2]	65 %	100 %	
Nombre de présentations	**2011**	481	850	7762	432	**9525**
	2012	484	838	8148	449	**9919**
Chiffre d'affaires hors taxes (en milliards d'euros)	**2011**	0,7	1,3	14,7	2,7	**19,4**
	2012	0,7	1,3	14	2,9	**18,9**
Part de marché (%)	**2011**	3,5 %	6,8 %	75,6 %	14,1 %	**100 %**
	2012	3,7 %	6,5 %	74,5 %	15,3 %	**100 %**
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		-0,8 %	-0,7 %	-1,9 %	0,8 %	**-2,6 %**

* Hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2011 et 2012 que les médicaments remboursables en décembre 2011 et en décembre 2012 respectivement.

[1] Un taux de remboursement transitoire de 15 % a été introduit en 2006. Généralement, les médicaments passent par ce taux avant d'être totalement déremboursés.

[2] Jusqu'au 2 mai 2011, le taux de remboursement des médicaments à vignette bleue était de 35 %.

Lecture • En 2012, 484 présentations sont remboursables à 15 %, représentant 0,7 milliard de chiffre d'affaires, soit 3,7 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,8 point.

La catégorie du médicament considérée (médicament remboursable à 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2012, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2012 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2011 (*cf.* encadré 2).

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

ments remboursés à 65 % s'explique par le développement des génériques dans cette classe. En particulier, la générication de quelques « blockbusters », et donc l'existence de classes thérapeutiques ayant connu une croissance importante de l'utilisation de médicaments génériques[8], explique une grande partie de cette baisse (*cf.* analyse par classe thérapeutique des médicaments à la fin de cet éclairage).

Ce sont les médicaments « irremplaçables et particulièrement coûteux », remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance du marché du médicament remboursable : ils contribuent à la croissance de la valeur totale du marché à hauteur de 0,8 point et leur part de marché progresse d'un point environ entre les deux années (15,3 % en 2012, contre 14,1 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2011). Cela confirme une tendance observée depuis plusieurs années déjà : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits les plus chers.

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 30 % est quasi stable entre 2011 et 2012 : 6,8 % en 2011 et 6,5 % en 2012. De même, la part de marché des médicaments remboursés à 15 % était de 3,5 % en 2011 et de 3,7 % en 2012. Ces deux catégories contribuent à la même hauteur à l'évolution du marché (-0,7 et -0,8 point) (tableau 3).

La catégorie des médicaments génériques a progressé de 15 % entre 2011 et 2012, passant de 2,6 à 3,0 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Les génériques ont ainsi contribué à la croissance totale du marché des médicaments à hauteur de 2 points, dont 1,3 point imputable aux génériques nouvellement commercialisés en 2012. En effet, l'année 2011 a été marquée par un élargissement important du répertoire des médicaments génériques (*cf.* glossaire) dû à l'introduction de molécules réalisant des chiffres de vente très élevés, mais dont les génériques n'avaient pas encore été commercialisés en 2011[9]. C'est par exemple le cas du Tahor® (statine, hypocholestérolé-

8 • Nous pouvons citer en particulier le Tahor® (statine), l'Inexium® (inhibiteur de la pompe à protons), l'Aprovel® et l'Atacand® (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II) ainsi que le Coaprovel® et l'Hytacand® (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II associés aux diurétiques), génériqués courant 2012.

9 • Le Code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. En revanche, la commercialisation des spécialités génériques ne peut intervenir qu'à l'expiration du brevet de la spécialité de référence.

ENCADRÉ 2 ● **Méthodologie utilisée pour le calcul des contributions**

La contribution à la croissance d'une présentation *i* pour l'année *t* est définie comme le produit du taux de croissance en *t* et de sa part de marché dans le marché global en *t-1*.

Elle a la forme suivante :

$$contribution(i) = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{CA_{i,t-1}} \bullet \frac{CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}} = \frac{CA_{i,t} - CA_{i,t-1}}{\sum_i CA_{i,t-1}}$$

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année *t* pour le produit *i*. Une présentation ayant un fort taux de croissance et une part de marché faible peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une classe ayant une forte part de marché et un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une incidence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : médicament à 15 %, médicaments génériques, médicaments de moins de 5 ans…) entre les années *t-1* et *t* en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année *t*.

Les présentations changeant de catégorie entre l'année *t-1* et l'année *t* (par exemple, passage du taux de remboursement de 30 % à 15 %) sont par convention rattachées pour les deux années à leur catégorie de l'année *t*.

Pour les présentations de moins d'un an, le chiffre d'affaires relatif à l'année *t-1* est nul, la contribution à la croissance est par construction positive, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année *t* au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année *t-1*.

Pour les présentations sorties du marché en cours d'année *t*, le chiffre d'affaires relatif à l'année *t* est supposé nul, par convention de calcul. La contribution à la croissance, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année *t-1* (en négatif) au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année *t-1*, est donc par construction négative. Les médicaments retirés du marché durant l'année *t* sont par convention rattachés à leur catégorie en *t-1* pour le calcul de leur contribution à la croissance entre *t-1* et *t*. Cette convention concerne majoritairement les médicaments de plus de vingt ans ainsi que les médicaments déremboursés entre l'année *t-1* et l'année *t*.

Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de vingt ans en 2012 inclut tous les médicaments ayant plus de vingt ans en 2012, y compris ceux qui ont une ancienneté de vingt et un ans en 2012 et qui, en 2011, faisaient partie de la catégorie des médicaments ayant entre dix et vingt ans. Le calcul inclut aussi les médicaments qui avaient plus de vingt ans en 2011 et qui ne sont plus commercialisés en 2012, leur contribution à la croissance du marché entre 2011 et 2012 étant alors par construction négative.

On obtient la contribution à la croissance de l'ensemble du marché en additionnant les contributions de chaque catégorie. On peut alors vérifier que cette contribution est exactement égale au taux de croissance du marché global.

miant), entré dans le répertoire des génériques en 2011 et dont le brevet n'a expiré qu'en mai 2012[10], qui représente 199 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2012. Les antihypertenseurs Co-Aprovel® (août 2012, 91 millions d'euros) et Kenzen® (avril 2012, 25 millions d'euros) sont dans le même cas[11]. Ces entrées sur le marché des génériques, suite aux tombées de brevet de 2011, expliquent la hausse de la part de marché des génériques en 2012. Les génériques déjà présents sur le marché en 2011 représentent 2,7 milliards d'euros en 2012, contre 2,6 milliards d'euros en 2011 (+0,1 milliard d'euros) et ceux entrés sur le marché en 2012 ont un chiffre d'affaires de 0,3 milliard d'euros.

La catégorie des princeps génériquables a, quant à elle, connu une baisse de son chiffre d'affaires, qui est passé de 4,5 milliards d'euros en 2011 à 3,4 milliards d'euros en 2012. La contribution à la croissance

10 • Les génériques du Tahor® ont donc été commercialisés à partir de cette date uniquement.

11 • Le répertoire des génériques considéré dans cet éclairage inclut les médicaments princeps dont le brevet ne tombera dans le domaine public que quelques mois suivant l'inscription au répertoire. Ainsi, la catégorie « princeps génériquables » prend en compte des princeps tels que le Tahor®, le Pariet®, le Co-Aprovel®, etc. génériqués dans le courant de l'année 2012. Dans cet éclairage est utilisée une version du répertoire actualisée en décembre de chaque année.

des princeps génériquables est négative (-7,5 points). Au sein de cette catégorie, le chiffre d'affaires des princeps génériquables présents sur le marché en 2011 et en 2012 est passé de 4,5 milliards d'euros en 2011 à 3,1 milliards d'euros en 2012. Cette baisse du chiffre d'affaires (-32 %) s'explique pour moitié par la baisse des volumes induite par la concurrence des génériques, pour un quart par la baisse des prix et pour un quart par un déplacement entre 2011 et 2012 de la structure de consommation vers des médicaments moins chers de la catégorie des princeps génériquables. Le chiffre d'affaires des princeps entrés dans le répertoire en 2012 est de 0,3 milliard d'euros.

La baisse du chiffre d'affaires des médicaments princeps génériquables associée à la hausse du chiffre d'affaires des médicaments génériques traduit à la fois la génération en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé et les résultats de la politique volontariste de développement des génériques menée par l'Assurance maladie. Dans le cadre de cette dernière, deux actions principales ont été entreprises : le renforcement du dispositif « tiers payant contre génériques » (au 1er juillet 2012), dont l'objectif était d'atteindre un taux de substitution de 85 % d'ici la fin 2012[12], et la mise en place des objectifs de santé publique des médecins (en termes de pourcentage de prescriptions dans le répertoire des génériques pour certaines classes thérapeutiques) définis dans la convention médicale signée en 2011 et, en particulier, le volet concernant la rémunération sur objectifs de santé publique.

Enfin, le chiffre d'affaires de la catégorie « hors répertoire » a augmenté de 200 millions d'euros sur la période. La contribution à la croissance de cette catégorie est positive (+2,9 points) : le chiffre d'affaires des médicaments présents sur le marché en 2011 et 2012 dans la catégorie « hors répertoire » était de 12,2 milliards d'euros en 2012 contre 11,8 milliards d'euros en 2011. Les nouvelles présentations représentent, quant à elles, 270 millions d'euros. La hausse du chiffre d'affaires sur le « hors répertoire » est majoritairement due aux produits déjà présents dans cette catégorie en 2011 (tableau 4).

En 2012, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de cinq ans, représentant en valeur 15,1 % du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +4,7 points (tableau 5), dont : 2,1 points du fait de l'entrée de médicaments dans le répertoire des génériques[13] et 1,9 point du fait des produits innovants commercialisés en 2012. Le chiffre d'affaires de la

Tableau 4 ● **Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2011 et en 2012 selon le statut du médicament***

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Princeps génériquables	Hors répertoire	
Nombre de présentations	**2011**	5237	1022	3266	**9525**
	2012	5729	987	3203	**9919**
Chiffre d'affaires hors taxes (en milliards d'euros)	**2011**	2,6	4,5	12,3	**19,4**
	2012	3,0	3,4	12,5	**18,9**
Part de marché (%)	**2011**	13,3 %	23,2 %	63,5 %	**100 %**
	2012	15,7 %	18,1 %	66,2 %	**100 %**
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		2,0 %	-7,5 %	2,9 %	**-2,6 %**

* Hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2011 et 2012 que les médicaments remboursables en décembre 2011 et en décembre 2012 respectivement.

Lecture • En 2012, 3 203 présentations ne font pas partie du répertoire des médicaments génériquables, représentant 12,5 milliards de chiffre d'affaires, soit 66,2 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant en 2012 à +2,9 points.

La catégorie du médicament considérée (médicament générique, princeps génériquable ou médicament hors répertoire) est celle en vigueur en décembre de l'année observée. Pour le calcul des contributions à la croissance du marché, chaque médicament est rattaché à sa classe de l'année 2012, à l'exception toutefois des médicaments sortis en 2012 du marché remboursable qui sont dans ce cas rattachés à leur classe de 2011 (*cf.* encadré 2).

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES. Référentiel pour déterminer le statut des médicaments : club CIP.

12 • Ce taux est défini, pour chaque année, en référence au répertoire des génériques en juin de l'année considérée.

13 • Notons que, par construction, les médicaments entrés sur le marché en 2012 ont une contribution à la croissance positive (*cf.* encadré 2).

ENCADRÉ 3 ● **Méthodologie utilisée pour le calcul de l'âge des médicaments**

Contrairement aux analyses précédentes, réalisées à l'échelle de la présentation, l'âge des médicaments est ici calculé au niveau du « produit », ce qui signifie qu'on attribue le même âge aux présentations relatives à un même produit. Ce faisant, on considère comme nouveautés uniquement les nouveaux produits, et non les nouvelles présentations de produits existants, lesquelles se distinguent des présentations déjà sur le marché uniquement en termes de dosage, de forme ou de conditionnement, ne constituant donc pas des « nouveautés » à proprement parler (pas de nouvelle substance active).

Ainsi, tous les génériques d'un même produit (indépendamment du dosage, de la forme et du conditionnement) se voient attribuer l'âge du premier générique commercialisé. L'âge des autres médicaments (princeps génériquables ou non) est celui de la première présentation commercialisée. Cette méthode de calcul permet de prendre en compte l'arrivée des génériques sur le marché, et de la traiter en tant que telle.

TABLEAU 5 ● **Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2011 et en 2012 selon l'âge du médicament***

		Tranche d'âge du médicament[1]				TOTAL
		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	
Nombre de présentations	**2011**	2404	1842	2421	2858	**9525**
	2012	2832	1999	2292	2796	**9919**
Chiffre d'affaires hors taxes (en milliards d'euros)	**2011**	2,8	5,4	6,3	4,8	**19,4**
	2012	2,9	5,2	6,1	4,7	**18,9**
Part de marché (%)	**2011**	14,2 %	28,0 %	32,8 %	25,0 %	**100 %**
	2012	15,1 %	27,4 %	32,5 %	25,0 %	**100 %**
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2012)		4,7 %	0,7 %	-6,7 %	-1,2 %	**-2,6 %**

[1] La méthode de datation des médicaments a été revue cette année. Aussi, les chiffres 2011 de cette étude diffèrent des chiffres 2011 de l'étude parue dans l'ouvrage de l'an dernier.

* Hors les 0,2 milliard d'euros de médicaments homéopathiques ajoutés par le LEEM aux données du GERS et en ne considérant pour les années 2011 et 2012 que les médicaments remboursables en décembre 2011 et en décembre 2012 respectivement.

Lecture • En 2012, 2 832 présentations correspondent à des produits de moins de 5 ans, représentant 2,9 milliards de chiffre d'affaires, soit 15,1 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de présentations globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à + 4,7 points.

Sources • LEEM-GERS, traitement DREES. La date de commercialisation des médicaments est issue des données Thériaque et de celles du GERS.

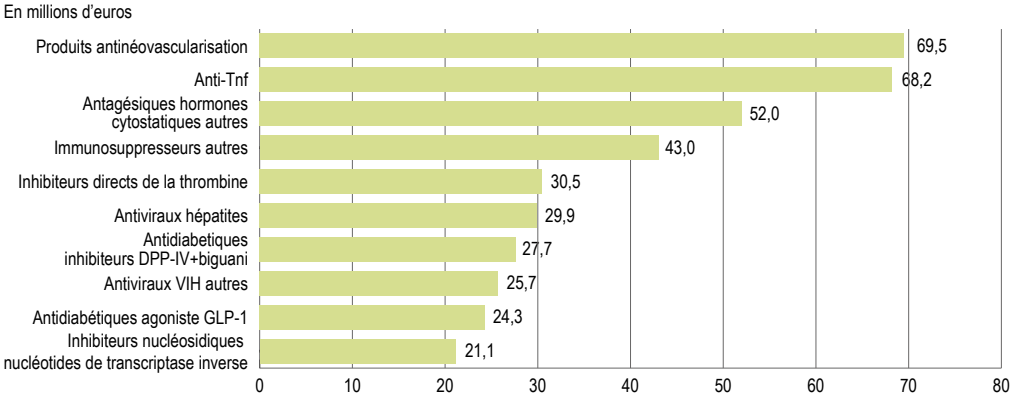
catégorie des moins de cinq ans a augmenté de 100 millions, passant de 2,8 milliards d'euros en 2011 à 2,9 milliards d'euros en 2012[14]. Les médicaments ayant entre cinq et dix ans ont également une contribution à la croissance positive (+0,7 point). À l'inverse, les médicaments de plus de dix ans contribuent négativement à la croissance. Ce sont les médicaments commercialisés depuis dix et vingt ans qui ont la contribution négative à la croissance la plus forte (-6,7 points) : en particulier, les statines (-1,2 point), les antagonistes de l'angiotensine II seuls (-0,74 point), les antagonistes de l'angiotensine II associés aux diurétiques (0,6 point) et les inhibiteurs de la pompe à protons (-0,6 point) ont une contribution à la croissance négative. Pour ces quatre familles, cette baisse correspond à une diminution des ventes du médicament princeps, en raison de l'arrivée des génériques sur le marché (voir plus loin).

De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2011 et 2012 appartiennent à trois catégories (graphique 3) :

- des classes présentes dans le palmarès depuis au moins cinq ans ;
- des classes plus récentes, mais déjà présentes dans le palmarès en 2011 ;
- des classes apparues dans le palmarès en 2012, dont la croissance est portée par un médicament.

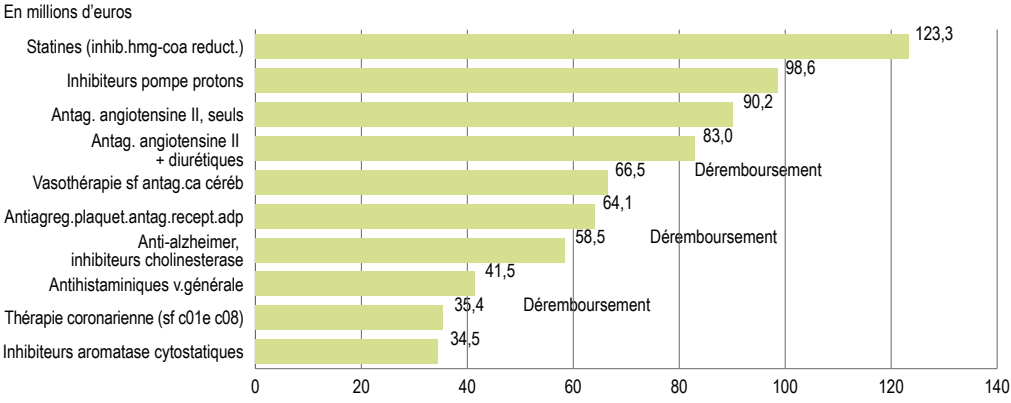
14 • Comme expliqué précédemment, du fait des changements de catégorie de certains médicaments entre deux années, le chiffre d'affaires d'une catégorie peut être globalement en décroissance alors que les médicaments de cette catégorie affichent une contribution à la croissance positive, et inversement.

GRAPHIQUE 3 ● **Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires entre 2011 et 2012**



Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

GRAPHIQUE 4 ● **Palmarès des dix classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2011 et 2012**



Sources • LEEM-GERS, traitement DREES.

Les deux premières classes du palmarès y sont présentes depuis plusieurs années, en raison de la hausse à la fois importante et régulière de leurs chiffres d'affaires :

- les produits d'antinéovascularisation : cette classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, était déjà en tête du palmarès en 2011. Sa croissance est portée par un seul produit (Lucentis®), qui a bénéficié en 2011 d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique ;
- les anti-TNF-alpha sont présents dans le palmarès depuis 2004 : les indications de cette classe thérapeutique concernent la rhumatologie (polyarthrite rhumatoïde), mais aussi la dermatologie (psoriasis) et la gastro-entérologie (maladie de Crohn) ; la croissance de cette classe est tirée essentiellement par Humira® et Enbrel®.

Les quatre classes suivantes concernent des médicaments commercialisés en 2012, parmi lesquels, certains connaissent une forte croissance, propulsant l'ensemble de la classe thérapeutique dans le palmarès :

- les cytostatiques hormonaux, dont la croissance est portée par le Zytiga®, nouveau produit dans le traitement du cancer métastatique de la prostate, auparavant rétrocédé ;
- les immunosuppresseurs autres : la croissance de cette classe est due au Gilenya® indiqué dans le traitement de la sclérose en plaques ;
- les inhibiteurs directs de la thrombine : la croissance est tirée par le Pradaxa®, nouveau produit anticoagulant oral ;

- la classe des antiviraux antihépatites comptent deux nouveaux produits indiqués dans le traitement de l'hépatite C chronique, Victrelis® et Incivo®, auparavant rétrocédables.

Les quatre dernières classes du palmarès sont récentes et étaient déjà présentes dans le palmarès de 2011 ; il s'agit de certains antidiabétiques et antirétroviraux :

- les antidiabétiques inhibiteurs de la dipeptyl peptidase (DPP) IV, associés aux biguanides, constituent une nouvelle classe thérapeutique dans le diabète, apparue courant 2008, leur croissance repose sur les produits Janumet®, Eucreas® et Velmetia® ;
- les antidiabétiques agonistes des récepteurs du GLP-1, dont la croissance est tirée par la spécialité Victoza® (liraglutide) ;
- les antirétroviraux autres, dont la croissance est portée par deux produits : le raltegravir (Isentress®) commercialisé courant 2008, l'association efavirenz/emtricitabine/tenofovir (Atripla®) commercialisée en 2009 et l'Eviplera® (association ripilvirine/emtricitabine/tenofovir), commercialisé en septembre 2012 ;
- les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse connaissent également une forte croissance, notamment le Truvada® (emtricitabine/ténofovir) et le Kivexa® (abacavir/lamivudine).

Deux facteurs explicatifs principaux permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2011 et 2012 : l'apparition de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important et le déremboursement, partiel ou total, de certains médicaments.

Les classes thérapeutiques suivantes (graphique 4) ont ainsi été impactées par des tombées de brevets de médicaments « blockbusters » ; pour certaines d'entre elles, l'Assurance maladie et les syndicats de médecins ont d'ailleurs conclu, dans la dernière convention médicale (rémunération sur objectifs de santé publique [ROSP]), à un objectif minimal de prescription dans le répertoire des génériques (médicament princeps génériqué ou médicament générique) :

- les statines, dont le brevet de la molécule d'atorvastatine (Tahor®) est tombé dans le domaine public (objectif de prescription dans le répertoire des génériques ≥ 70 %) ;
- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), à travers la générication de l'Inexium® (ésoméprazole) (objectif de prescription dans le répertoire des génériques ≥ 85 %) ;
- les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), dont l'entrée sur le marché des génériques de l'Aprovel® (irbésartan) et de l'Atacand® (candésartan) ont contribué à une diminution de la croissance de cette classe (objectif de prescription dans le répertoire des génériques ≥ 65 %) ;
- en parallèle, la classe des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), associés aux diurétiques, a connu une baisse du chiffre d'affaires suite à la générication des médicaments princeps Coaprovel® (irbésartan + hydrochlorothiazide) et Hytacand® (candésartan + hydrochlorothiazide) (objectif de prescription dans le répertoire des génériques ≥ 65 %) ;
- les antiagrégants plaquettaires, à travers la mise sur le marché des génériques du Plavix® (clopidogrel) ;
- les inhibiteurs d'aromatase cytostatiques, à travers les génériques du Femara® (létrozole) ;
- les antihistaminiques voie générale, à travers les génériques de l'Aerius® (desloratadine) et du Xyzall® (lévocétirizine).

Notons également que plusieurs molécules citées ci-dessus font l'objet d'un suivi spécifique national et individuel dans le cadre de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Parmi les classes ayant connu une baisse totale ou partielle du taux de remboursement :

- au sein de la classe des vasodilatateurs, le déremboursement du Tanakan® (Ginkgo) a contribué à une baisse du chiffre d'affaires ;
- les anti-Alzheimer, inhibiteurs de la cholinestérase, ont connu une diminution de leur taux de remboursement, de 65 % à 15 % ;
- parmi les médicaments de la thérapie coronaire, le Vastarel® et ses génériques (trimétazidine) ont été déremboursés (trimétazidine).

Glossaire

Médicament : un médicament désigne toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques (article L. 511 du Code de la santé publique).

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EphMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui est utilisée, autorise 4 niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1er niveau), les indications thérapeutiques (2e niveau) et leurs effets pharmacologiques (3e et 4e niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). En 2012, la classification EPHMRA compte 16 groupes principaux de niveau 1 et 413 sous-groupes de niveau 4. 344 concernent les médicaments remboursables en 2011 et 2012 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet éclairage.

Produit : un produit est un médicament contenant une ou plusieurs substances actives. Il est vendu sous une dénomination commune, quels que soient les associations ou les dosages et les formes d'administration. Il est inclus dans une classe de niveau 4.

Présentation : une présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement. « Efferalgan® 1 g comprimé effervescent par 8 », et « Efferalgan® 80 mg poudre effervescent pour solution buvable en sachet par 12 » sont, par exemple, deux présentations d'un même produit.

Molécules onéreuses : un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital dont la liste est définie au niveau national sont remboursés par l'Assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. Cette liste contient en 2012 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (source : CNAMTS).

Médicaments rétrocédés : les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En 2012, cette liste contenait 209 molécules (source : CNAMTS).

Princeps : on désigne par médicament princeps, le médicament original, le premier breveté.

Médicaments génériques : en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques : les spécialités, remplissant les conditions pour être spécialité de référence dans un groupe générique déjà existant, peuvent être inscrites par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au répertoire

des groupes génériques dans ce même groupe. À ce stade, il se peut qu'aucun médicament générique de la spécialité inscrite au répertoire ne bénéficie encore d'autorisation de mise sur le marché. En effet, le Code de la santé publique précise que la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, ainsi que l'inscription de cette spécialité au répertoire des médicaments génériques, peuvent intervenir avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée[15]. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité, sont indiqués : son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

15 • Palmarès des dix classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires (en millions d'euros) entre 2010 et 2011

Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2011 : de la comptabilité générale à la comptabilité nationale

Marion BOUVET (DREES)[1]

Le secteur public hospitalier des Comptes de la santé comprend les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires[2]) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC ex-DG[3]). En comptabilité générale (CG), le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et des ESPIC ex-DG s'établit à -0,4 milliard d'euros en 2011. Les principales charges supportées par ces organismes sont les charges de personnel. Elles en représentent près des deux tiers. Les produits proviennent essentiellement de l'activité hospitalière et, dans une moindre mesure, de certaines ventes et activités annexes.

Le passage du résultat de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale (CN) nécessite plusieurs retraitements comptables. En comptabilité nationale, le besoin de financement du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) s'établit ainsi à -1,9 milliard d'euros en 2011.

Les soins hospitaliers publics, tels qu'ils figurent dans les Comptes de la santé, comprennent la production non marchande de santé du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) et celle des hôpitaux militaires. Leur montant s'élève à 63,4 milliards d'euros en 2011.

1 • L'auteur remercie la DGFiP et l'INSEE pour la fourniture des données et les explications qu'ils ont apportées.

2 • Dont les comptes sont intégrés en comptabilité nationale aux comptes de l'État.

3 • ESPIC anciennement sous dotation globale.

Cet éclairage présente, à la fois en comptabilité générale (CG) et en comptabilité nationale (CN), les évolutions 2006-2011 des principaux postes de recettes et de dépenses des comptes des hôpitaux relevant du secteur public hospitalier. Il précise également l'articulation entre les deux optiques de comptabilité.

Le secteur public hospitalier joue un rôle central dans l'organisation du système de santé, par son importance dans la délivrance des soins (il fournit plus du tiers de la CSBM[4]), et par les spécificités de ses missions, notamment les missions d'intérêt général et les missions de service public qui en découlent.

En comptabilité nationale, les hôpitaux du secteur public forment une unité institutionnelle à part entière, rattachée au secteur des administrations de Sécurité sociale (ASSO). Le sous-secteur des hôpitaux publics est composé des hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires[5]) et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC anciennement financés par dotation globale – ex-DG[6]).

La première partie examine le budget principal des hôpitaux publics dans l'optique de la comptabilité générale (CG) en détaillant les emplois et ressources les plus importants du budget principal. Elle donne également des éléments sur les budgets annexes et les ESPIC. La deuxième partie présente le compte de l'ensemble du secteur public hospitalier en comptabilité nationale (CN). Elle précise également les éléments de correspondance qui existent entre les deux optiques. La troisième partie présente le traitement complémentaire effectué pour le passage en comptes de la santé.

En comptabilité générale, le résultat net du secteur public hospitalier se détériore en 2011

• Le secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) a un résultat net de -0,4 milliard d'euros en 2011

En comptabilité générale (CG), le résultat net des hôpitaux est égal à la différence entre les produits (comptes de classe 7) [encadré 1] et les charges (comptes de classe 6).

En 2011, le déficit du secteur public hospitalier s'élève à -0,4 milliard d'euros, soit une dégradation de 0,1 milliard par rapport aux trois années précédentes (tableau 1). Cette dégradation est imputable aux hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires), et plus particulièrement à un centre hospitalier régional (*cf.* éclairage « La situation économique et financière des hôpitaux publics » publié dans ce rapport). Les ESPIC (ex-DG) voient en revanche leur résultat net s'améliorer, en 2011, ils ont un solde nul.

ENCADRÉ 1 • **Les différentes classes de comptes de la comptabilité générale**

La comptabilité générale est organisée de manière à suivre l'évolution du résultat et du patrimoine de chaque établissement, à travers ses créances et ses dettes. Cette optique « patrimoniale » explique l'organisation du plan comptable en sept classes : les comptes de capital (classe 1), les comptes d'immobilisations (classe 2), les comptes de stocks et d'en-cours (classe 3), les comptes de tiers (classe 4), les comptes financiers (classe 5), les comptes de charges (classe 6) et les comptes de produits (classe 7).

Les comptes de charges (classe 6) et de produits (classe 7), dont il est question dans la première partie de l'éclairage, contribuent à dégager le résultat de l'exercice annuel.

Les comptes de classe 1, 2 et 3 interviennent dans le passage de la comptabilité générale à la comptabilité nationale, question traitée dans la deuxième partie de l'éclairage. Les comptes de capital (classe 1) et d'immobilisations (classe 2) enregistrent notamment les variations de capital. Les comptes de stocks et d'en-cours (classe 3), qui enregistrent notamment la production non vendue et les achats non consommés, résultent du décalage qui existe entre le moment de la vente et celui de la production, ou encore entre le moment de l'achat et celui de la consommation (ou de la revente en ce qui concerne la rétrocession des médicaments). Les autres comptes ne sont pas étudiés ici, il s'agit des comptes de tiers (classe 4) qui retracent les opérations financières faites pour le compte d'un tiers et les comptes de classe 5 qui enregistrent les opérations de trésorerie.

4 • CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

5 • En comptabilité nationale, les hôpitaux militaires font partie du secteur institutionnel « État ».

6 • Dont une grande partie correspond aux hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH).

Tableau 1 ● **Évolution des charges et produits du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires)**

En milliards d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2011/2010
Hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires)							
Charges	**-60,3**	**-62,6**	**-65,8**	**-67,6**	**-69,3**	**-71,8**	**3,5**
Budget principal	*-53,8*	*-55,9*	*-58,7*	*-59,7*	*-61,3*	*-63,4*	*3,6*
Budgets annexes	*-6,4*	*-6,7*	*-7,1*	*-7,8*	*-8,1*	*-8,3*	*3,0*
Produits	**60,1**	**62,1**	**65,5**	**67,3**	**69,1**	**71,4**	**3,3**
Budget principal	*53,5*	*55,3*	*58,3*	*59,3*	*60,9*	*63,0*	*3,5*
Budgets annexes	*6,5*	*6,8*	*7,2*	*8,0*	*8,2*	*8,4*	*2,1*
Solde des hôpitaux publics hors hôpitaux militaires	**-0,2**	**-0,5**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,2**	**-0,4**	
ESPIC (ex-DG)							
Charges	nd	nd	-8,7	-9,2	-9,5	-9,3	-2,2
Produits	nd	nd	8,7	9,2	9,5	9,3	-2,0
Solde des ESPIC*	**nd**	**nd**	**0,0**	**0,0**	**-0,1**	**0,0**	
Solde du secteur public hospitalier**	**nd**	**nd**	**-0,3**	**-0,3**	**-0,3**	**-0,4**	

* Données disponibles à partir de 2008.
** Le secteur public hospitalier est égal aux hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et aux ESPIC (ex-dotation globale).
Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires) et ESPIC (ex-DG).
Sources • DGFiP.

Il est à noter que les données présentées ici sont légèrement différentes de celles de l'éclairage sur « La situation économique et financière des hôpitaux publics ». Dans l'éclairage cité, le champ retenu est réduit aux seuls établissements ayant une activité hospitalière et répertoriés dans la SAE, contrairement au champ retenu ici. Sont ainsi exclus dans l'éclairage cité les établissements n'ayant pas d'activité hospitalière proprement dite (maison de retraite, institut de formation, blanchisserie…), mais qui, liés à une activité hospitalière, sont inclus dans cet éclairage dans la mesure où ils établissent leurs comptes annuels en comptabilité M21 et sont comptabilisés en comptabilité nationale dans le secteur public hospitalier. L'écart de champ porte sur 100 millions de produits. Un écart supplémentaire de 1,5 milliard (en produits et en charges) existe en outre du fait de la suppression dans l'éclairage cité des lignes correspondant à la rétrocession de médicaments. Ces deux écarts n'ont toutefois pratiquement aucun impact sur le résultat net comptable. Celui-ci est très proche dans les deux éclairages.

Au sein des hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires), c'est le déséquilibre des budgets principaux qui explique intégralement le déficit de 0,4 milliard d'euros, en effet, les budgets annexes ont un résultat positif de 0,1 milliard d'euros, identique à celui de l'année précédente.

• Les budgets principaux des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) totalisent 78 % des charges du secteur public hospitalier

À eux seuls, les budgets principaux représentent 78,3 % des charges et des produits du secteur public hospitalier, les budgets annexes en représentent 10,2 % et les ESPIC ex-DG 11,5 %. En 2011, les budgets principaux totalisent 63,4 milliards de charges, les budgets annexes VIII,3 milliards et les ESPIC ex-DG 9,3 milliards (tableaux 1 et 2).

Les budgets principaux retracent les activités essentiellement hospitalières, les budgets annexes enregistrant, quant à eux, des activités périphériques ou spécialisées. Ils comprennent les budgets des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des maisons de retraite (MR), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des groupements de coopérations sanitaires de secteur 1 (CGS), ainsi que les autres activités relevant de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles : ces budgets ont été regroupés en comptabilité nationale dans une entité

« action sociale » (AS). Ils comprennent aussi les unités de soins de longue durée (USLD), les écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (IFPP), ainsi que le budget de la dotation non affectée et des services industriels et commerciaux (DNA et SIC). Ces dernières entités DNA et SIC sont regroupées en comptabilité nationale avec les budgets principaux. Ainsi, les données relatives aux budgets principaux présentés dans cet éclairage comprennent en réalité les budgets principaux proprement dits, mais aussi les budgets de la DNA et des SIC.

L'entité « action sociale » représente la part la plus importante des budgets annexes avec des charges et produits de 6,1 milliards d'euros en 2011 (tableau 3). Les unités de soins de longue durée (USLD) suivent avec 1,6 milliard d'euros de produits et charges. Pour finir, les écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (IFPP) ont des charges et produits de 0,7 milliard d'euros.

À un niveau très global de la nomenclature, la structure des charges et des produits des budgets annexes et des ESPIC (ex-DG) est très proche de celle du budget principal : les charges de personnel sont, pour les trois budgets, les plus importantes et les produits de l'activité hospitalière également (tableau 2).

On note toutefois quelques différences :

- pour les ESPIC ex-DG, si leurs charges se répartissent de manière assez semblable à celles des hôpitaux publics, ce n'est pas le cas des produits. Les produits de l'activité hospitalière occupent une part plus importante (89,4 % des produits pour les ESPIC ex-DG contre 86,7 % pour les hôpitaux publics) ;
- de même pour les budgets annexes, les achats sont plus faibles (6 % des charges des budgets annexes contre 17 % de celles des budgets principaux), ils sont compensés par un plus grand recours aux « autres services extérieurs », qui représentent 16 % des charges des budgets annexes contre 4 % des charges des budgets principaux.

Tableau 2 ● **Charges et produits des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et ESPIC (ex-DG) en 2011**

En milliards d'euros

	Hôpitaux publics			ESPIC**	Total secteur public hospitalier
	Budget principal*	Budgets annexes	Total		
Charges (classe 6)					
60 Achats	-10,8	-0,5	-11,4	-1,4	-12,7
61 Services extérieurs	-2,7	-0,3	-3,0	-0,7	-3,7
62 Autres services extérieurs	-2,3	-1,3	-3,6	-0,7	-4,3
63 Impots, taxes et assimilés	-3,6	-0,4	-4,1	-0,5	-4,6
64 Charges de personnel	-36,4	-4,8	-41,2	-5,2	-46,4
65 Autres charges de gestion courante	-0,5	-0,1	-0,6	-0,1	-0,7
66 Charges financières	-0,8	-0,1	-0,9	-0,1	-1,0
67 Charges exceptionnelles	-1,4	-0,1	-1,5	-0,1	-1,5
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	-4,9	-0,6	-5,5	-0,7	-6,1
Total des charges	**-63,4**	**-8,3**	**-71,8**	**-9,3**	**-81,1**
Produits (classe 7)					
70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes	4,6	0,2	4,8	0,4	5,3
71 Production stockée (ou déstockage)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
72 Production immobilisée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
73 Produits de l'activité hospitalière	54,5	7,4	61,9	8,3	70,2
74 Subventions d'exploitation et participations	0,5	0,6	1,0	0,1	1,1
75 Autres produits de gestion courante	1,1	0,0	1,1	0,2	1,3
76 Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
77 Produits exceptionnels	1,6	0,1	1,7	0,1	1,8
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,7	0,1	0,8	0,2	0,9
79 Transferts de charges	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des produits	**63,0**	**8,4**	**71,4**	**9,3**	**80,7**
Résultats nets	**-0,5**	**0,1**	**-0,4**	**0,0**	**-0,4**

* Le budget principal comprend également la dotation non affectée et les services industriels et commerciaux (SIC).
** ESPIC ex-DG.
Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires) et ESPIC (ex-DG).
Sources • DGFiP.

Tableau 3 ● **Charges et produits des budgets annexes des hôpitaux publics en 2011**

En milliards d'euros

	Budget principal	Budgets annexes			Total
		AS	IFPP	LS	
Charges (classe 6)					
60 Achats	-10,8	-0,4	0,0	-0,1	-11,4
61 Services extérieurs	-2,7	-0,2	0,0	0,0	-3,0
62 Autres services extérieurs	-2,3	-1,0	-0,1	-0,3	-3,6
63 Impots, taxes et assimilés	-3,6	-0,3	0,0	-0,1	-4,1
64 Charges de personnel	-36,4	-3,5	-0,4	-0,9	-41,2
65 Autres charges de gestion courante	-0,5	-0,1	0,0	0,0	-0,6
66 Charges financières	-0,8	-0,1	0,0	0,0	-0,9
67 Charges exceptionnelles	-1,4	-0,1	0,0	0,0	-1,5
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	-4,9	-0,5	0,0	-0,1	-5,5
Total des charges	**-63,4**	**-6,1**	**-0,7**	**-1,6**	**-71,8**
Produits (classe 7)					
70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes	4,6	0,1	0,1	0,0	4,8
71 Production stockée (ou déstockage)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
72 Production immobilisée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
73 Produits de l'activité hospitalière	54,5	5,9	0,0	1,5	61,9
74 Subventions d'exploitation et participations	0,5	0,0	0,5	0,0	1,0
75 Autres produits de gestion courante	1,1	0,0	0,0	0,0	1,1
76 Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
77 Produits exceptionnels	1,6	0,1	0,0	0,0	1,7
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,7	0,0	0,0	0,0	0,8
79 Transferts de charges	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des produits	**63,0**	**6,1**	**0,7**	**1,6**	**71,4**
Résultats nets	**-0,5**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**-0,4**

AS : action sociale (regroupe les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EPHAD), les maisons de retraite (MR), le service de soins à domicile pour personnes âgées (SSIAD), les Autres Activités relevant de la loi sociale du 30 juin 1975 et les groupements de coopérations sanitaires du secteur 1 (CGS).
BP : budget principal y compris DNA et SIC.
IFPP : écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes.
LS : unités de soins de longue durée (USLD).
Champ • Hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires).
Sources • DGFiP.

Au sein des budgets annexes, des différences plus sensibles existent toutefois selon l'activité principale du budget annexe, selon que ce dernier relève du champ du social (EHPAD, maisons de retraite…) ou de l'éducation (IFPP) ou encore de la santé de longue durée (USLD) (tableau 3).

Les produits de l'activité hospitalière représentent 87 % des produits des budgets principaux des hôpitaux publics

Les données comptables exploitées dans cet éclairage étant moins détaillées pour les ESPIC (ex-DG) que pour les hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires), l'analyse détaillée des charges et produits se limite aux hôpitaux publics, et plus particulièrement aux comptes des budgets principaux qui représentent à eux seuls près de 80 % de l'activité hospitalière du secteur public hospitalier : 54,5 milliards comptabilisés dans le budget principal, contre 7,4 milliards pour les budgets annexes et 8,3 milliards pour les ESPIC (ex-DG).

• Les charges de personnel constituent le principal poste de dépense du budget principal

Les principales charges qui pèsent sur les hôpitaux publics sont les charges de personnel (tableau 4). Celles-ci représentent, avec 36,4 milliards d'euros en 2011, 57,4 % des charges totales des budgets principaux. En 2010, les charges de personnel étaient de 35,7 milliards d'euros : elles ont donc progressé de 2,1 % en un an, et de 2,3 % en moyenne annuelle sur la période 2006-2011.

Tableau 4 ● Évolution des charges, des produits et du résultat net comptable du budget principal sur la période 2006-2011

En milliards d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Charges (classe 6)						
60 Achats	-9,3	-9,8	-10,5	-10,8	-11,1	-10,8
61 Services extérieurs	-2,1	-2,2	-2,3	-2,4	-2,6	-2,7
62 Autres services extérieurs	-1,8	-1,9	-2,0	-2,1	-2,2	-2,3
63 Impots, taxes et assimilés	-3,0	-3,2	-3,4	-3,5	-3,6	-3,6
64 Charges de personnel	-32,5	-33,7	-34,7	-34,9	-35,7	-36,4
65 Autres charges de gestion courante	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,5
66 Charges financières	-0,4	-0,5	-0,7	-0,6	-0,7	-0,8
67 Charges exceptionnelles	-1,0	-0,7	-0,7	-0,8	-0,7	-1,4
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	-3,3	-3,6	-4,1	-4,3	-4,4	-4,9
Total des charges	**-53,8**	**-55,9**	**-58,7**	**-59,7**	**-61,2**	**-63,4**
Produits (classe 7)						
70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes	4,2	4,4	4,7	4,9	5,0	4,6
71 Production stockée (ou déstockage)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
72 Production immobilisée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
73 Produits de l'activité hospitalière	47,0	48,4	50,4	51,7	53,0	54,5
74 Subventions d'exploitation et participations	0,3	0,4	0,7	0,4	0,4	0,5
75 Autres produits de gestion courante	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1
76 Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
77 Produits exceptionnels	0,8	0,7	0,8	0,9	0,8	1,6
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,3	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7
79 Transferts de charges	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des produits	**53,5**	**55,3**	**58,3**	**59,3**	**60,9**	**63,0**
Résultats nets	**-0,3**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,5**

Note • La nomenclature est la nomenclature de comptabilité générale des hôpitaux (M21).
Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

Tableau 5 ● Répartition des charges de personnel des hôpitaux publics (budget principal)[7]

En milliards d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
641 Rémunérations du personnel non médical	-18,9	-19,5	-19,9	-20,0	-20,3	-20,7
642 Rémunérations du personnel médical	-4,9	-5,1	-5,5	-5,5	-5,8	-5,9
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance	-8,2	-8,5	-8,8	-8,9	-9,0	-9,2
647 Autres charges sociales	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
648 Autres charges de personnel	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Total	**-32,5**	**-33,7**	**-34,7**	**-34,9**	**-35,7**	**-36,4**

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

Tableau 6 ● Répartition des achats des hôpitaux publics (budget principal)

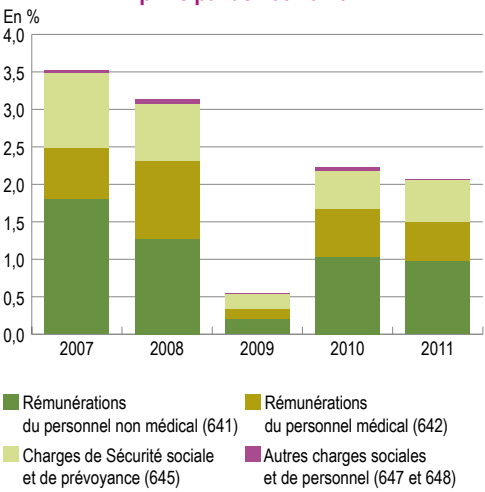
En milliards d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
601 Achats stockés de matières premières ou fournitures	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
602 Achats stockés ; autres approvisionnements	-8,0	-8,4	-9,0	-9,3	-9,4	-9,0
dont produits pharmaceutiques et produits à usage médical (6021)	-4,3	-4,6	-5,1	-5,2	-5,3	-4,8
dont fournitures, produits finis et petit matériel médical et médicotechnique (6022)	-2,4	-2,5	-2,6	-2,7	-2,8	-2,9
dont alimentation (6023)	-0,6	-0,6	-0,7	-0,7	-0,7	-0,6
dont fournitures consommables (6026)	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6
dont autres fournitures suivies en stocks (6028)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
603 Variation des stocks	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
606 Achats non stockés de matières et fournitures	-1,3	-1,4	-1,5	-1,6	-1,7	-1,8
607 Achats de marchandises	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
609 Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	**-9,3**	**-9,8**	**-10,5**	**-10,8**	**-11,1**	**-10,8**

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

7 • La différence de résultat avec l'éclairage de Malik Koubi et Annie Fenina (publié dans les Comptes nationaux de la santé 2010) sur les années 2006 à 2008 s'explique par un retraitement opéré entre le budget principal et les budgets annexes.

Graphique 1 • **Évolution globale et contribution des charges de personnel du budget principal de 2007 à 2011**



Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

Les rémunérations du personnel non médical représentent 20,7 milliards d'euros, soit 3,5 fois plus que celles du personnel médical (5,9 milliards d'euros) [tableau 5]. Le montant des cotisations sociales s'élève pour sa part à 9,2 milliards d'euros, dont 7,4 milliards d'euros pour le personnel non médical et 1,8 milliard pour le personnel médical.

En 2011, les rémunérations du personnel non médical progressent de 1,7 %. Elles contribuent à 47 % à la croissance totale des charges de personnel des budgets principaux (2,1 %) [graphique 1]. Les charges de Sécurité sociale et de prévoyance contribuent, quant à elles, à un quart de la croissance totale, tout comme les rémunérations du personnel médical, particulièrement dynamiques sur la période étudiée (hormis l'inflexion de 2009). En particulier, les charges de personnel médical ont progressé de 5,5 % en 2010 et de 1,7 % en 2011.

La décélération des charges de personnel en 2009, s'explique par le remboursement d'une partie des jours épargnés dans les comptes épargne-temps en 2008 à la suite de la mise en place des 35 heures. Ce remboursement exceptionnel a contribué à la croissance des rémunérations en 2008. Les charges supplémentaires de 2008 ne se retrouvent pas en 2009 et expliquent la décélération des charges de personnel sur l'année 2009.

Les achats des hôpitaux publics, deuxième poste de dépenses, représentent pour leur part un total de 10,8 milliards d'euros pour les seuls budgets principaux (tableau 4). Dans cet ensemble, les produits pharmaceutiques et produits à usage médical pèsent pour un peu moins de la moitié (4,8 milliards d'euros). Les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique représentent, quant à eux, une dépense de 2,9 milliards d'euros (tableau 6).

Les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (4,9 milliards d'euros) [tableau 4], les impôts, taxes et assimilés (3,6 milliards d'euros), les services extérieurs (2,7 milliards d'euros) et les autres services extérieurs (2,3 milliards d'euros) représentent les autres rubriques importantes de dépenses des hôpitaux publics, nettement en dessous cependant du montant des charges de personnel et des achats.

L'ensemble des charges a progressé de 3,3 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2011. Ce sont les charges financières qui ont le plus progressé (+14,1 % en moyenne annuelle sur la période). En revanche, les deux principaux postes de dépenses – charges de personnel et achats – ont progressé plus faiblement que le reste des charges (respectivement +2,3 % et +3,1 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2011).

• Les principaux produits du budget principal résultent de l'activité hospitalière et de la vente de certains produits

Les produits de l'activité hospitalière constituent de loin la ressource principale des hôpitaux publics : 54,5 milliards d'euros pour les seuls budgets principaux, dont 49,3 milliards d'euros sont à la charge de l'Assurance maladie et 4,2 milliards d'euros à la charge des patients ou des organismes complémentaires (tableau 7).

Le deuxième poste de ressources des hôpitaux publics est constitué par les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes, qui représentent 7 % des ressources. Ces produits représentent un montant de 4,6 milliards d'euros en 2011 (poste 70) [tableau 4]. Ils comprennent en particulier les remboursements de frais par les comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA, poste 7087, 1,5 mil-

Tableau 7 ● Répartition des produits de l'activité hospitalière du budget principal en 2011

En milliards d'euros

731-Produits à la charge de l'Assurance maladie	**49,3**
dont 7311 - Produits de l'hospitalisation	46,5
dont 731111 - Groupes homogènes de séjour (GHS)	*24,8*
dont 73112 - Produits des médicaments facturés en sus des séjours	*1,7*
dont 73113 - Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	*0,6*
dont 731141 - Urgences (FAU)	*0,8*
dont 73117 - Dotation annuelle de financement (DAF)	*11,0*
dont 731181 - Dotation missions d'intérêt général (MIG)	*5,6*
dont 731182 - Dotation d'aide à la contractualisation (AC)	*1,6*
dont autres produits de l'hospitalisation	*0,4*
dont 7312 - Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	2,8
dont 73121 - Consultations et actes externes	*2,4*
dont autres produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	*0,4*
732-Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance	**4,2**
dont 7321 et 7322 - Produits de la tarification en hospitalisation complète et incomplète non pris en charge par l'Assurance maladie	2,3
dont 7324 - Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (en particulier consultations et actes externes)	0,8
dont 7327 - Forfait journalier	1,1
733-Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	**0,8**
dont 7331 - Produits des prestations au titre des conventions internationales	0,3
dont 7332 - Produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'État (AME)	0,3
dont 7333 - Produits des prestations au titre des soins urgents prévus à l'article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles	0,1
dont 7338 - Autres	0,1
Autres produits de l'activité hospitalière (734, 735, 736 et 737)	**0,2**
Total produits de l'activité hospitalière	**54,5**

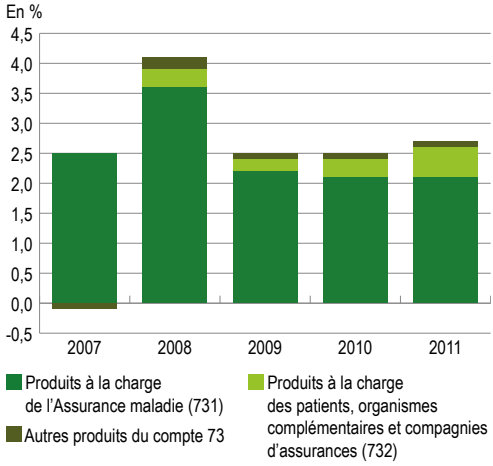
Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

liard pour les seuls budgets principaux) et la rétrocession de médicaments (poste 7071, 1,5 milliard d'euros pour les seuls budgets principaux), postes qui font l'objet d'un traitement particulier en comptabilité nationale (*cf.* partie 2).

Sur le champ des budgets principaux, les produits à la charge de l'Assurance maladie ont augmenté d'un peu moins de 15 % entre 2006 et 2011 alors que les produits à la charge des patients et des organismes complémentaires ont augmenté de 30 % et les autres produits du compte 73 de 40 %. Du fait de leur poids relatif, les produits à la charge de l'Assurance maladie sont cependant ceux qui contribuent le plus à la croissance du total des produits (graphique 2).

Les produits à la charge de l'Assurance maladie comprennent les produits des groupes homogènes de séjour (GHS, 24,8 milliards d'euros en 2011 pour les budgets principaux) [tableau 7] et différentes dotations (dotation annuelle de financement [DAF], 11,0 milliards d'euros, missions d'intérêt général [MIG], 5,6 milliards d'euros et aide à la contractualisation [AC], 1,6 milliard d'euros). Les autres ressources notables des hôpitaux financées par l'Assurance maladie comprennent une

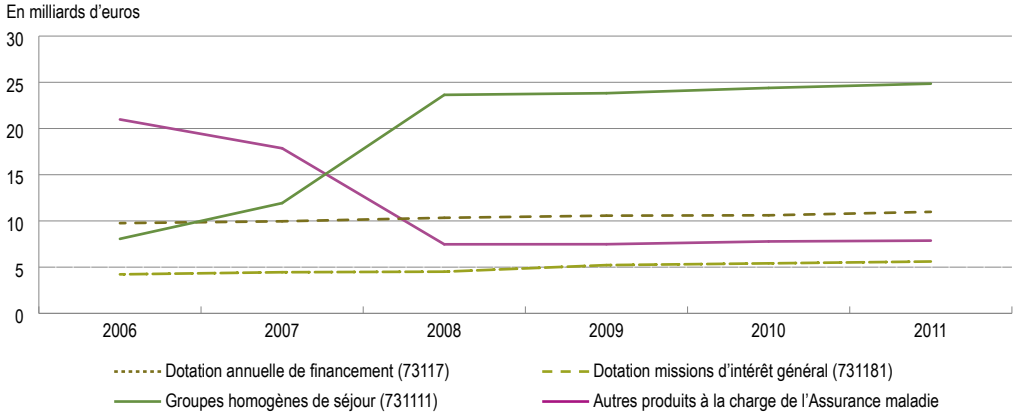
Graphique 2 ● Évolutions et contributions des produits de l'activité hospitalière de 2007 à 2011



Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

partie du financement des consultations et actes externes (2,4 milliards d'euros), les produits des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours (respectivement 1,7 milliard d'euros et

Graphique 3 ● **Évolution des produits à la charge de l'Assurance maladie entre 2006 et 2011**



Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources • DGFiP.

0,6 milliard d'euros) et le paiement des forfaits annuels urgences (FAU, 0,8 milliard d'euros).

Avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les produits des groupes homogènes de séjours (GHS) évoluent rapidement entre 2006 et 2011. On observe une forte hausse entre 2007 et 2008 (11,9 milliards d'euros en 2007 et 23,6 milliards d'euros en 2008), puis une très faible progression par la suite pour atteindre 24,8 milliards d'euros en 2011 (graphique 3). Symétriquement, les dotations annuelles complémentaires disparaissent.

Au sens de la comptabilité nationale (CN), le besoin de financement du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) augmente sensiblement en 2011

• La comptabilité nationale, un cadre harmonisé pour analyser la production sur un plan macroéconomique

La comptabilité nationale offre un cadre comptable permettant de représenter, dans une nomenclature harmonisée d'opérations, l'ensemble du fonctionnement de l'économie nationale et de ses échanges avec le reste du monde. La comptabilité nationale vise en particulier à retracer des mouvements de produits entre les principaux types d'agents économiques et à mettre en évidence le circuit économique à travers les quatre fonctions fondamentales que sont la production, la consommation, l'épargne et l'investissement.

Dans le cadre de la comptabilité nationale sont calculés des agrégats économiques permettant une analyse de la situation de l'économie nationale et de ses secteurs institutionnels, tels que le PIB ou le déficit des administrations publiques. C'est également dans le cadre comptable harmonisé de la comptabilité nationale que sont effectuées les comparaisons internationales.

Au sein de l'économie nationale, la comptabilité nationale identifie cinq grands types d'agents économiques, appelés secteurs institutionnels et définis par la fonction qu'ils réalisent dans l'économie (encadré 2). Le secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) appartient au secteur institutionnel des administrations de Sécurité sociale, secteur qui a pour fonction principale de produire des services non marchands de santé. Le secteur comprend les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires qui font partie de l'État), mais également les ESPIC ex-DG, car, depuis le Système européen de comptabilités nationales de 1995 (SECN 1995), la nature de l'activité (commerciale ou pas) et son financement comptent plus que le statut (public/privé) pour classer les unités économiques.

• Les traitements comptables nécessaires

Malgré le lien entre les deux types de comptabilité, la comptabilité générale et la comptabilité nationale

ENCADRÉ 2 ● **Les cinq secteurs institutionnels résidents de la comptabilité nationale**

La CN agrège les agents économiques résidant sur le territoire en cinq grands secteurs institutionnels, sur la base de la fonction qu'occupent ces groupes au sein de l'économie nationale. Les agents non résidents sont pour leur part regroupés en un secteur institutionnel unique appelé « reste du monde ».

Les administrations publiques

Les administrations publiques ont pour principales fonctions de produire des services non marchands et d'effectuer des opérations de redistribution (notamment par l'intermédiaire du système fiscal et social). Elles comprennent les administrations publiques centrales (État, **dont hôpitaux militaires** et organismes dépendant des administrations centrales [ODAC]) ; les administrations publiques locales (communes, départements, régions et autres niveaux intermédiaires) et les administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale, **hôpitaux publics hors hôpitaux militaires, y compris ESPIC ex-DG et y compris budgets annexes, dont maisons de retraite rattachées à un hôpital…**).

Les sociétés non financières

Leur fonction principale est la production de biens et de services marchands. **Les cliniques privées et les ESPIC ex-OQN** sont classées en sociétés non financières.

Les sociétés financières

Elles regroupent les banques (Banque centrale ; banques de second rang…), les entreprises d'assurances et les auxiliaires financiers (gestionnaires de patrimoine mobilier, courtiers d'assurance…). Les banques collectent et prêtent les fonds ; les sociétés d'assurances assurent, c'est-à-dire qu'elles mutualisent les risques individuels.

Les ménages et entrepreneurs individuels

Les ménages ont pour fonction principale la consommation de biens et services et l'épargne. Les entrepreneurs individuels produisent des biens et services marchands, comme les sociétés, mais leurs revenus ne peuvent pas être isolés de ceux des ménages. L'activité des **professionnels libéraux de santé** est retracée dans ce secteur.

Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Les ISBLSM regroupent les unités privées qui produisent des services non marchands au profit des ménages. Ils intègrent l'activité des **établissements pour personnes handicapées.**

ne traitent pas toutes les opérations sur biens et services de la même manière. Ces différences renvoient aux finalités et aux méthodes mises en œuvre dans les deux systèmes comptables (encadré 3). C'est pourquoi des traitements comptables doivent être effectués pour passer des comptes de la comptabilité générale à ceux de la comptabilité nationale.

Certaines charges et certains produits de la comptabilité générale (CG) ne sont pas repris en comptabilité nationale (CN) et ne contribuent donc pas au calcul de la capacité ou du besoin de financement

Pour les hôpitaux publics *stricto sensu,* les charges non reprises en comptabilité nationale représentent un montant de 5,5 milliards d'euros et les produits non repris un montant de 0,9 milliard d'euros (tableau 8, étape B1). Ces postes non repris correspondent, en charges, aux comptes de dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (compte 68) et en produits, aux reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (compte 78).

Ne sont également pas repris en comptabilité nationale les achats de médicaments pour revente (appelés rétrocessions de médicaments). Ceux-ci ne sont pas comptabilisés en comptabilité nationale dans les comptes des hôpitaux, ni en achat ni en vente.

D'autres opérations comptables des comptes de classe 6 et 7 sont en revanche reprises par les comptables nationaux, mais retracées dans le tableau des opérations financières[8], sans impact sur la capacité de financement des hôpitaux. Ce sont, du côté des charges, les pertes sur créances irrécouvrables, les pertes de change, les charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement et les titres annulés sur exercices antérieurs (0,6 milliard d'euros en tout en 2011). Du côté des produits, il s'agit des gains de change et des produits nets sur cessions de valeurs

8 • Au-delà des comptes courants qui retracent les emplois et ressources courants et aboutissent à la capacité ou au besoin de financement, il existe en comptabilité nationale des comptes financiers en flux et des comptes financiers en en-cours.

ENCADRÉ 3 ● **La comptabilité générale et la comptabilité nationale : deux points de vue différents sur les comptes**

La comptabilité générale et la comptabilité nationale ont des optiques différentes. La comptabilité générale a une fonction essentiellement microéconomique. Elle a pour but de mesurer le gain obtenu ou les pertes subies à l'occasion des opérations économiques dans lesquelles l'établissement considéré est engagé et de suivre l'évolution de son patrimoine, de sa santé financière et de sa viabilité. Un principe général de prudence s'applique ainsi en comptabilité générale, principe qui renvoie à l'une des finalités de cette optique qui est de mesurer la viabilité économique des organismes.

La comptabilité nationale a pour sa part une vocation macroéconomique. Elle fournit un état complet, détaillé et cohérent des relations entre les grands types d'agents économiques en décrivant les interactions qui s'opèrent entre eux. Les concepts, définitions, nomenclatures et règles de comptabilisation qu'elle retient sont ceux définis au plan international, permettant ainsi des comparaisons internationales.

Si ces deux optiques comptables répondent à des besoins différents, elles peuvent être néanmoins rapprochées. En effet, la comptabilité générale des hôpitaux sert de base pour la construction des agrégats de comptabilité nationale relatifs au secteur public hospitalier. Parmi les traitements les plus importants qui concernent ce secteur, il faut noter ceux relatifs aux dépréciations et aux provisions (poste 68) et aux reprises des provisions (78). Ces éléments qui découlent du principe de prudence sont essentiels à la comptabilité générale qui retrace le point de vue d'une entité, mais ne sont pas repris en comptabilité nationale, car ils ne sont que rarement des évènements économiques pour les autres agents.

De façon générale, on peut dire que pour passer du résultat net comptable de la comptabilité d'entreprise à la capacité (ou besoin) de financement au sens de la comptabilité nationale, il convient notamment :
- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions ;
- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissement en valeur brute, ainsi que les dotations en capital ;
- de ne pas reprendre les plus – ou moins – values sur cessions d'immobilisations financières.

mobilières de placement ainsi que les mandats annulés sur les exercices antérieurs. Mais les montants sont très faibles pour les hôpitaux.

La comptabilité nationale intègre en revanche certains éléments du bilan de la comptabilité générale pour le calcul de la capacité (ou besoin) de financement

En revanche, certains éléments de bilan (qui ne contribuent pas au résultat net en comptabilité générale) contribuent au calcul de la capacité (ou du besoin) de financement de la comptabilité nationale (tableau 8, étape B2). En emplois, ces postes représentent 6,7 milliards d'euros, essentiellement la variation des immobilisations corporelles et incorporelles nettes de la comptabilité générale (postes de classe 21 et 23 de la comptabilité générale principalement). Cela inclut en particulier les concessions, brevets et licences (notamment sur logiciels), les terrains, constructions, le matériel de transport, le mobilier, les installations techniques. Ces postes sont repris en comptabilité nationale essentiellement en formation brute de capital (P5). En ressources, les postes repris des comptes de bilan représentent pour leur part 0,4 milliard d'euros, uniquement des apports (poste 102) et des subventions d'équipements (poste 131).

La comptabilité nationale opère en outre certains retraitements

Enfin des derniers traitements sont effectués entre postes de comptabilité nationale (tableau 8, étape C). Il s'agit essentiellement de la consolidation des refacturations entre budgets principaux et budgets annexes (1,5 milliard d'euros) : suppression en ressources du poste comptes de résultat prévisionnel annexes (poste 7087) des budgets principaux et suppression en emplois des opérations correspondantes dans les budgets annexes. D'autres retraitements de moindre ampleur sont également réalisés sur les transferts courants entre administrations publiques (postes D731 et D732 de la comptabilité nationale) pour assurer la cohérence globale du compte des administrations publiques.

- **Après retraitement, le besoin de financement du secteur public hospitalier s'établit à 1,9 milliard d'euros en comptabilité nationale**

Ces retraitements conduisent à une table de passage entre la comptabilité générale et la comptabilité nationale qui reste globalement assez simple (annexe 1).

Tableau 8 ● Principaux éléments de passage du résultat net de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale des hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires)

En milliards d'euros

Étape	Type	Opération de CN	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A - Résultat comptable	1 - Charges (comptes de classe 6)		-60,3	-62,6	-65,8	-67,6	-69,3	-71,8
	2 - Produits (comptes de classe 7)		60,1	62,1	65,5	67,3	69,1	71,4
Total A-Résultat comptable			**-0,2**	**-0,5**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,2**	**-0,4**
B - Passage à la capacité (+) ou au besoin (-) de financement en comptabilité nationale	**B1 : Éléments des comptes de classe 6 et 7 de la CG non repris dans le calcul du besoin de financement de la CN**							
	1a - Comptes de classe 6 non repris (hors rétrocession)		3,6	4,0	4,5	4,8	4,9	5,5
	1b - Rétrocession de médicaments (charges annulées)		1,8	1,8	2,0	2,1	1,9	1,5
	2 - Comptes de classe 6 repris en TOF		0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
	3a - Comptes de classe 7 non repris (hors rétrocession)		-0,4	-0,6	-0,7	-0,6	-0,7	-0,9
	3b - Rétrocession de médicaments (produits annulés)		-1,8	-1,8	-2,0	-2,1	-1,9	-1,5
	4 - Comptes de classe 7 repris en TOF		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5 - Comptes de classe 7 repris en TOF actif		0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0
	B2 : Éléments des comptes de classe 1, 2 et 3 de la CG repris dans le calcul du besoin de financement de la CN							
	6 - Éléments de bilan repris en ressources des comptes	D92	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
	non financiers	D999	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
	7 - Éléments de bilan repris en emplois des comptes	K21	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	non financiers	P2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
		P511	-5,0	-5,0	-5,1	-5,0	-5,3	-6,4
		P512	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2
		P52	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		P53	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total B-Passage à la capacité (+) ou au besoin (-) de financement en comptabilité nationale			**-1,3**	**-1,0**	**-0,9**	**-0,4**	**-0,5**	**-1,2**
C - Calages et correction en comptabilité nationale	1 - Ressources	D731	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
		D732	0,2	0,1	-0,2	0,4	0,1	-0,1
		D92	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1
		P11BNM	-1,4	-1,5	-1,5	-1,5	-1,6	-1,5
	2 - Emplois	D731	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		P2	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5
		P511		0,3				
Total C-Calages et corrections en comptabilité nationale			**0,3**	**0,1**	**-0,2**	**0,4**	**0,1**	**0,0**
Total : Besoin de financement en comptabilité nationale			**-1,2**	**-1,4**	**-1,5**	**-0,2**	**-0,6**	**-1,5**

(1a) dont : 681 - Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges d'exploitation (4,4 milliards d'euros)
687 - Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges exceptionnelles (1,0 milliard d'euros)
(2) dont : 654 - Pertes sur créances irrécouvrables (0,2 milliard d'euros)
673 - Titres annulés (sur exercices antérieurs) (0,4 milliard d'euros)
(3a) dont : 781 - Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits d'exploitation) (-0,5 milliard d'euros)
787 - Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels) (-0,3 milliard d'euros)
(5) dont : 773 - Mandats annulés sur exercices antérieurs (-0,6 milliard d'euros)
(6) dont : 131 - Subventions d'équipements reçues (0,3 milliard d'euros)
(7 : P511) dont : 213 - Constructions sur sol propre (-5,0 milliards d'euros)
215 - Installations techniques, matériel et outillage industriel (-1,1 milliard d'euros)
218 - Autres immobilisations corporelles (-0,6 milliard d'euros)
231 - Immobilisations corporelles en cours (0,5 milliard d'euros)
(7 : P512) dont : 205 - Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires (-0,2 milliard d'euros)
TOF : tableau des opérations financières.
Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal et budgets annexes.
Sources • DGFiP.

L'essentiel des comptes de charges (classe 6) et de produits (classe 7) sont repris dans le calcul du besoin (ou capacité) de financement en comptabilité nationale, les postes exclus sont les postes de provisions et d'amortissements. La comptabilité nationale s'appuie en particulier sur les comptes d'immobilisations pour calculer la formation de capital fixe.

Ces différents retraitements servent à établir le compte non financier du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, mais y compris ESPIC-ex-DG).

Ce compte se décompose en compte de production, d'exploitation, d'affectation des revenus primaires, de distribution secondaire du revenu, d'utilisation du re-

Tableau 9 ● **Principaux éléments de passage du résultat net de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale du secteur public hospitalier en 2011 (hors hôpitaux militaires)**

En milliards d'euros

Étape	Type	Hôpital public *stricto sensu*	ESPIC ex-DG	Total secteur public hospitalier
A - Résultat comptable	1 - Charges (comptes de classe 6)	-71,8	-9,3	-81,1
	2 - Produits (comptes de classe 7)	71,4	9,3	80,7
Total A - Résultat comptable		**-0,4**	**0,0**	**-0,4**
B - Passage à la capacité (+) ou au besoin (-) de financement en comptabilité nationale	Éléments des comptes de classe 6 et 7 de la comptabilité générale ne participant pas au besoin de financement de la comptabilité nationale	5,1	0,0	5,1
	Éléments des comptes de classe 1, 2 et 3 de la comptabilité générale entrant dans le besoin de financement de la comptabilité nationale	-6,3	-0,3	-6,6
Total B - Passage à la capacité(+) ou au besoin(-) de financement en comptabilité nationale		**-1,2**	**-0,4**	**-1,5**
C - Calages et corrections en comptabilité nationale	1 - Ressources	-1,6	0,0	-1,6
	2 - Emplois	1,5	0,0	1,5
Total C - Calages et corrections en comptabilité nationale		**0,0**	**0,0**	**0,0**
Total : besoin de financement en comptabilité nationale		**-1,5**	**-0,4**	**-1,9**

Champ • Établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal et budgets annexes et ESPIC ex-DG.
Sources • DGFiP.

venu et de capital, dont le solde est la capacité (+) ou le besoin (-) de financement (tableau 1 de l'annexe 2). Deux soldes sont particulièrement importants à l'analyse macroéconomique. D'une part, la valeur ajoutée, solde du compte de production, est la contribution du secteur au produit intérieur brut. D'autre part, le besoin de financement, solde du compte de capital, est la contribution du secteur au déficit des administrations publiques au sens de Maastricht. Après retraitement, le besoin de financement des hôpitaux du secteur public (hors hôpitaux militaires, y compris ESPIC ex-DG) s'établit à 1,9 milliard d'euros (-1,5 milliard d'euros pour les hôpitaux publics *stricto sensu* [hors hôpitaux militaires] et -0,4 milliard d'euros pour les ESPIC ex-DG) [tableau 9].

Le déficit du secteur public hospitalier, de plus d'un milliard sur la période 2006-2008, s'était sensiblement amélioré en 2009 (-0,6 milliard d'euros), mais se dégrade depuis (tableau 2 de l'annexe 2). Cette dégradation du déficit des hôpitaux publics est cependant compensée par l'amélioration du besoin de financement des autres administrations de Sécurité sociale (ASSO) dont le besoin de financement diminue (il était de -23,3 milliards d'euros en 2010 et s'est réduit à -14,0 milliards d'euros en 2011).

Le tableau 8 de passage de la comptabilité générale à la comptabilité nationale montre en particulier l'importance du poste « investissement » (poste noté P511) dans la dégradation des comptes des hôpitaux publics.

En 2011, la production en santé non marchande du secteur public hospitalier s'établit à 63,4 milliards d'euros

• En comptabilité nationale, la production du secteur public hospitalier est décomposée selon l'activité exercée (santé, social, éducation) et sa nature (marchande ou non marchande)

L'activité hospitalière est en outre déclinée, en comptabilité nationale, selon deux critères :
- la nomenclature d'activité française (NAF rev. 2). La production hospitalière est en effet décomposée principalement entre les produits suivants : éducation (Q85), santé (Q86), action sociale avec hébergement (Q87), action sociale sans hébergement (Q88) ;
- la nature de la production, celle-ci peut être qualifiée de marchande (P11) ou non marchande (P13). Une production est non marchande quand elle est

fournie à d'autres unités gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

Ainsi, pour certains budgets annexes dont le financement est essentiellement assuré par les usagers, la production est qualifiée de marchande. Il s'agit en particulier de la production des unités de soins de longue durée et des maisons de retraite rattachées. Pour ces unités, l'intégralité de leur production est classée, quelle que soit sa nature (y compris la production hospitalière financée par l'Assurance maladie), en action sociale marchande. Celle-ci s'élève à 7,6 milliards d'euros en 2011 (tableau 10, colonne ressources, P11BM-sociale). Les transferts financiers de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales ne sont pas, dans ce cas, retracés dans le compte des hôpitaux, mais directement affectés aux ménages.

Pour le budget principal et le budget annexe des écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages femmes, dont les productions sont essentiellement non marchandes, celles-ci sont décomposées en deux postes :

- la production marchande (P11). Elle s'élève, pour le budget principal, à 4,6 milliards d'euros en 2011 (tableau 10, colonne ressources, P11BNM-santé) et à 0,1 milliard (P11BNM-éducation) pour les écoles de formation. Pour le budget principal, elle regroupe notamment les « ventes et prestations de services » (chambres particulières[9], téléphone…)[10] et les « prestations de soins délivrées à des patients étrangers, dans le cadre des conventions internationales ou autres » (tableau 7[11]) ;
- la production non marchande (P13). Elle s'élève, pour le budget principal à 63,0 milliards d'euros en 2011 (tableau 10, colonne ressources, P13-santé) et à 0,4 milliard (P13-éducation) pour les écoles de formation. Pour le budget principal, elle regroupe l'activité hospitalière proprement dite (hors activité correspondant aux prestations délivrées dans le cadre des conventions internationales ou dans le cas des autres prestations délivrées à des patients étrangers) : l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie, hospitalisation à domicile… et MIGAC (mission d'intérêt général et d'action conventionnelle). Cette activité est financée par l'Assurance maladie, l'État (au titre de l'aide médicale d'État [AME] et des soins urgents) et les ménages et/ou organismes complémentaires (forfaits journaliers, ticket modérateur…).

Les transferts financiers de l'Assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales sont dans ce cas retracés dans le compte des hôpitaux en ressources du compte d'affectation des revenus et les prestations sociales correspondantes versées aux ménages en emplois de ce même compte.

Contrairement à la production marchande (P11), qui est égale au montant des ressources correspondantes (montant des ventes), la production non marchande (P13) est évaluée en comptabilité nationale aux coûts des facteurs et est égale à la somme de la consommation intermédiaire (hors médicaments rétrocédés), des charges de personnel, des impôts nets des subventions à la production, et de la consommation de capital fixe (évaluée à partir du compte des immobilisations), déduction faite du montant de la production marchande et de la production pour emploi final propre. Ainsi, l'excédent net d'exploitation (excédent brut d'exploitation diminué de la consommation de capital fixe) des activités non marchandes est par construction nul. Au total, la production ainsi calculée permet de dégager un excédent brut d'exploitation de 6,9 milliards d'euros.

Concernant la production non marchande (63,4 milliards d'euros – santé et éducation), celle-ci est financée en partie par les ménages (et les organismes complémentaires) et par les transferts de l'État (0,5 milliard d'euros au titre de l'aide médicale gratuite), des collectivités territoriales (0,5 milliard d'euros au titre des écoles de formation) et de l'Assurance maladie (57,1 milliards d'euros). Dans le compte d'affection des revenus primaires, ces transferts ont leur contrepartie en emplois, en prestations versées aux ménages (58,4 milliards d'euros au titre de la santé et 0,4 milliard d'euros au titre de l'éducation).

9 • En comptabilité nationale les chambres particulières ne sont pas comptabilisées dans la production non marchande de santé, le montant de leur prise en charge par les organismes complémentaires est retiré pour le calcul du reste à charge.

10 • Les ventes de médicaments – rétrocession – donnent lieu en comptabilité nationale à un traitement particulier : les achats et les ventes correspondantes sont annulés et ne figurent ainsi, ni en consommations intermédiaires, ni en ventes.

11 • Les versements de l'État au titre de l'AME et des soins urgents sont considérés comme de la production non marchande.

Au total, en intégrant les autres postes en ressources (intérêts reçus, indemnités d'assurance-dommage, etc., soit la somme des opérations D41r, D72r et D759r)[12] et en emplois (intérêts versés, primes d'assurance-dommage, etc., soit la somme des opérations D41e, D71e, D731e et D759e)[13] l'épargne brute du compte d'affectation s'élève à 5,3 milliards d'euros.

Ces 5,3 milliards d'épargne brute doivent permettre de financer les dépenses d'investissement correspondant au renouvellement strict du capital productif (pendant de la consommation de capital fixe) et aux autres dépenses d'investissement. L'ensemble de ces dépenses d'investissement, la formation brute de capital fixe, s'élève à 7,6 milliards d'euros en 2011. Une fois les subventions à l'investissement prises en compte (0,4 milliard d'euros), le besoin de financement s'établit à -1,9 milliard d'euros et doit être financé par emprunt, ventes d'actifs financiers, etc.

• Le passage aux comptes de la santé

Dans les comptes de la santé, la consommation hospitalière correspond à la production non marchande de la branche santé du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, y compris ESPIC ex-DG) qui s'élève à 63,0 milliards d'euros, (*cf.* P13 santé [tableau 10]) à laquelle est ajoutée la production en santé des hôpitaux militaires.

Pour les hôpitaux militaires inclus dans le compte de l'État, les lignes de compte du programme 178 (préparation et emploi des forces) sous-action 80 (Fonction santé) permettent d'évaluer leur production à 0,45 milliard dont 0,41 milliard financé par l'Assurance maladie et 0,05 par les ménages.

Au total, la consommation hospitalière s'est élevée, en 2011, à 63,4 milliards d'euros ; elle se décompose en 4,7 milliards de contribution des ménages (ou des organismes complémentaires), 0,5 milliard de financement de l'État (au titre de l'aide médicale d'État, les soins d'urgence et soins aux invalides de guerre) et 58,3 milliards de financement de l'Assurance maladie. Le financement de l'Assurance maladie (calculé par solde) intègre ainsi implicitement le solde du compte d'affection, une fois pris en compte les besoins d'investissement nécessaires au strict renouvellement du capital[14] (appelé en comptabilité nationale épargne nette – *cf.* tableau 1 de l'annexe 2).

12 • Le « r » correspond aux ressources.

13 • Le « e » correspond aux emplois.

14 • Montant correspondant en comptabilité nationale à la consommation de capital fixe, qui a pour équivalent en comptabilité générale les dotations aux amortissements (et provisions).

TABLEAU 10 ● **Compte simplifié du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires, y compris ESPIC ex-DG) en 2011 en comptabilité nationale**

Comptes de production et d'exploitation

En milliards d'euros

Emplois			Commentaires
P2	Consommation intermédiaire[1]	18,6	
B1	Valeur ajoutée brute	57,2	
dont *D11*	*Salaires*	*34,0*	
D12	*Cotisations sociales employeurs*	*12,6*	
D29	*Impôts à la production*	*4,0*	
D39	*Subventions d'exploitation*	*-0,3*	
B2	*Excédent brut d'exploitation*[3]	*6,9*	Calcul par solde
Total		**75,8**	

Ressources			Commentaires
P11	Production marchande	12,2	
dont *P11BM - sociale*	*Branche marchande*	*7,6*	
P11BNM - éducation	*Branche non marchande*	*0,1*	
P11BNM - santé	*Branche non marchande*	*4,6*	
P12	Production pour emploi final propre	0,1	
P13	Production non marchande	63,4	Calcul à partir des charges[2]
dont *P13 - éducation*		0,4	
P13 - santé		63,0	Y compris les paiements partiels : 4,6
Total		**75,8**	

Comptes d'affectation des revenus primaires et de distribution secondaire du revenu et redistribution en nature

Emplois			Commentaires
D41	Intérêts versés	0,6	
D71	Primes nettes d'assurance-dommage	0,3	
D731	Transferts courants État, Colter	0,0	
D63 (P31)	Transferts sociaux en nature (consommation finale individuelle[4])	58,8	Transferts aux ménages (égal à la production non marchande déduction faite des paiements partiels)
dont D631	*Santé*	58,4	
D632	*Éducation*	0,4	
D759	Transferts courants divers	0,7	
B8	Épargne brute	5,3	calcul par solde
Total		**65,6**	

Ressources			Commentaires
B2	Excédent brut d'exploitation	6,9	Reprise du solde précédent
D41	Intérêts reçus	0,1	
D72	Indemnités d'assurance-dommage	0,1	
D731	Transferts courants État, Colter	1,0	
dont *D731 - État*	*AME, soins urgents*	*0,5*	
D731 - Colter	*IFPP*	*0,5*	
D732	Transferts courants ASSO	57,1	Dotation Assurance maladie
D759	Transferts courants divers	0,4	
Total		**65,6**	

Compte de capital

Emplois			Commentaires
P51	FBCF	7,6	
P52	Variation de stocks	0,0	
K21	Acquisition de terrains	0,0	
B9	Capacité (+) ou besoin (-) de financement	-1,9	Calcul par solde
Total		**5,7**	

Ressources			Commentaires
B8	Épargne brute	5,3	Reprise du solde précédent
D92	Transferts en capital (aide à invest.)	0,4	
Total		**5,7**	

[1] Hors achats de médicaments rétrocédés.
[2] La production non marchande (P13) est égale aux charges correspondantes (CI, rémunérations, subventions nettes d'impôts à la production et consommation de capital fixe [CCF]).
[3] Pour les branches non marchandes l'EBE est égal à la consommation de capital fixe (évalué en santé non marchande en 2011 à 5,2 milliards d'euros).
[4] Les administrations publiques consomment 58,8 milliards d'euros qu'ils transfèrent en intégralité aux ménages.
Champ • Secteur public hospitalier.
Sources • INSEE, comptes nationaux.

Annexe 1 • La nomenclature d'opérations de la comptabilité générale des hôpitaux et leur reprise en comptabilité nationale

Les postes de classe 1 sont non repris ou alimentent les comptes financiers ou le poste « transferts en capital ». Les postes de classe 2, comme les postes de classe 1, sont non repris ou alimentent les comptes financiers, ou les postes du compte de capital ou encore le poste consommations intermédiaires. Une partie des immobilisations incorporelles sont en effet traitées en comptabilité nationale comme des consommations intermédiaires. Ce compte sert aussi au calcul de la consommation de capital fixe, qui, en comptabilité nationale, se substitue à la notion de dotation aux amortissements (encadré 3).

En dehors du poste 39 (dépréciations des stocks et en-cours), les postes de classe 3 alimentent le poste P52 (variations de stocks) de la comptabilité nationale. De même, en dehors des postes 49 (dépréciations des comptes de tiers, non repris) et 59 (dépréciations des comptes financiers), les postes de classe 4 et 5 alimentent les comptes financiers et ne participent pas au calcul du besoin de financement.

Parmi les postes de classes 6 et 7, les postes 68 et 78, concernant les amortissements, dépréciations et provisions, ne sont pas repris en comptabilité nationale. Les charges de personnel (poste 64 de la comptabilité générale) sont reprises en D1 (rémunérations des salariés) et les achats (poste 60) sont classés en consommations intermédiaires (P2). Les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (poste 70) sont essentiellement affectés à la production marchande (poste P11 de la comptabilité nationale). Enfin, les produits de l'activité hospitalière sont classés selon leur nature en production marchande (P11) ou en production non marchande (P13, *cf.* partie 3). Les financements publics correspondants sont en outre reportés dans les postes de transferts (transferts de l'Assurance maladie, poste D732 et transferts de l'État, poste D731).

N° compte	Libellé compte	Opérations
10	Apports, dotations et réserves	D92, D999
13	Subvention d'investissement	D92
16	Emprunts et dettes assimilées	TOF
20	Immobilisations incorporelles	P512, P2
	dont 201 frais d'établissement	P2
	dont 2031 frais d'études	P2
	dont 2032 frais de recherche et de développement	P2
	dont 2033 frais d'insertion	P2
21	Immobilisations corporelles	P511, K21, P53
22	Immobilisations reçues en affectation	ONR
23	Immobilisations en cours	P511, TOF, K21, P512
26	Participations et créances rattachées à des participations	TOF
27	Autres immobilisations financières	TOF
31	Matières premières (et fournitures)	P52
32	Autres approvisionnements	P52
33	Encours de production de biens	P52
35	Stocks de produits	P52
37	Stocks de marchandises	P52
38	Autres stocks	P52
40	Fournisseurs et comptes rattachés	TOF
40	Fournisseurs et comptes rattachés	TOF
41	Redevables et comptes rattachés	TOF
42	Personnel et comptes rattachés	TOF
43	Sécurité sociale et autres organismes sociaux	TOF
44	État et autres collectivités publiques	TOF
45	Comptes de résultat prévisionnels annexes	TOF
46	Débiteurs divers et créditeurs divers	TOF
47	Comptes transitoires ou d'attente	TOF
48	Comptes de régularisation	TOF
50	Valeurs mobilières de placement	TOF
51	Banques, établissements financiers et assimilés	TOF
53	Caisse	TOF
54	Régies et accréditifs	TOF
60	Achats	P2
61	Services extérieurs	P2,D71
62	Autres services extérieurs	P2
63	Impôts, taxes et assimilés	D291,D292,P2,P511
64	charges de personnel	D11,D121,D122
65	Autres charges de gestion courante	D759,P2,TOF
66	Charges financières	D41,P2, TOF
67	Charges exceptionnelles	D11,TOF,P2,D759,P511
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	ONR
70	Ventes de produits fabriques, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes	P11
		P2 (rétrocession)
71	Production stockée (ou déstockage)	P11
72	Production immobilisée	P11
73	Produits de l'activité hospitalière	P13_PP,D731,P11,D732
74	Subventions d'exploitation et participations	D391,D732,D731,D759,P11
75	Autres produits de gestion courante	P11
76	Produits financiers	D41, TOF
77	Produits exceptionnels	P11,D759,ONR
		P511, TOF
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	ONR
79	Transferts de charges	ONR

ONR : opération non reprise en comptabilité nationale ;
TOF : opération reprise dans le tableau des opérations financières en comptabilité nationale.

Annexe 2 • Structure des comptes des hôpitaux en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, différents comptes sont retracés. Les comptes courants (comptes de production, d'exploitation, d'affectation des revenus primaires, de distribution secondaire du revenu, d'utilisation du revenu) sont des comptes de flux. Ils permettent de calculer les soldes suivants : valeur ajoutée, excédent d'exploitation et revenu mixte, revenu primaire, revenu disponible, épargne.

Le compte de capital enregistre les acquisitions, diminuées des cessions, d'actifs non financiers, ainsi que les transferts en capital versés et reçus (aides à l'investissement, impôts en capital, etc.). Il permet de déterminer dans quelle mesure les acquisitions et les cessions d'actifs non financiers ont été financées par l'épargne et les transferts en capital. Il fait apparaître une capacité – ou un besoin – de financement (B9A).
L'ensemble de ces comptes (comptes courants et compte de capital) constituent les comptes non financiers. Pour les hôpitaux, la structure des comptes non financiers est retracée dans le tableau suivant.

Ces comptes sont complétés par des comptes financiers et des comptes de patrimoine, qui permettent de rendre compte de l'état des actifs et des passifs. Ainsi que par les comptes courants de redistribution du revenu en nature et d'utilisation du revenu disponible ajusté qui sont à part dans l'enchaînement des comptes, puisqu'ils permettent un éclairage complémentaire de l'utilisation des revenus par l'analyse des transferts sociaux en nature.

Tableau 1 ● Structure des comptes non financiers des hôpitaux

	Emplois	Ressources
Compte de production		P1 Production P11 Production marchande P12 Production pour emploi final propre P13 Autre production non marchande Dont P131 : paiements partiels
	P2 Consommation intermédiaire	
	B1 Valeur ajoutée brute	
	K1 Consommation de capital fixe	
	B1 Valeur ajoutée nette	
Compte d'exploitation		***B1 Valeur ajoutée nette***
	D1 Rémunération des salariés D11 Salaires et traitements bruts D12 Cotisations sociales à la charge des employeurs	
	D29 Autres impôts sur la production D291 Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre D292 Impôts divers sur la production	
	D39 Subventions d'exploitation (-)	
	B2 Excédent net d'exploitation	
Compte de distribution primaire du revenu		***B2 Excédent net d'exploitation*** D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts D42 Revenus distribués des sociétés D44 Revenus de la propriété attribués aux assurés D45 Revenus de terrains et gisements
	D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts	
	D45 Revenus de terrains et gisements	
	D5 Impôts courants sur le revenu et le patrimoine	
	B5 Solde des revenus primaires nets	
Compte de distribution secondaire du revenu		***B5 Solde des revenus primaires nets*** D7 Autres transferts courants D72 Indemnités d'assurance-dommage D73 Transferts courants entre administrations publiques D75 Transferts courants divers D62 Prestations sociales en espèces
	D7 Autres transferts courants D71 Primes nettes d'assurance-dommage	
	D73 Transferts courants entre administrations publiques	
	D75 Transferts courants divers	
	D61 Cotisations sociales D612 Cotisations sociales imputées	
	B6 Revenu disponible net	
Compte d'utilisation du revenu disponible		***B6 Revenu disponible net***
	P3 Dépense de consommation finale P31 Dépense de consommation finale individuelle	
	(= transferts sociaux non marchands D.63)	
	B8 Épargne nette	
Compte de capital		***B8 Épargne nette*** D9 Transferts en capital (reçus - versés) D91 Impôts en capital D92 Aides à l'investissement D99 Autres transferts en capital
	P5 Acquisitions nettes de cessions d'actifs corporels non produits P51 Formation brute de capital fixe P52 Variations de stocks P53 Acquisitions moins cessions d'objets de valeur	
	K1 Consommation de capital fixe (-)	
	K2 Acquisitions nettes de cessions d'actifs incorporels non produits	
	Dont K21 : terrains et gisements, etc.	
	Dont K22 : baux et autres contrats, etc.	
	B9A Capacité (+)/besoin (-) de financement	

Tableau 2 ● L'enchaînement complet des comptes du secteur public hospitalier

En milliards d'euros

		2006			2007			2008			2009			2010			2011		
		E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S
1 - Compte de production																			
P1	Production au prix de base		63,7			66,0			68,3			71,2			73,4			75,8	
P11	Production marchande		9,6			10,0			10,8			11,2			11,7			12,2	
P12	Production pour emploi final propre		0,1			0,2			0,2			0,1			0,1			0,1	
P13	Autre production non marchande		54,0			55,8			57,3			59,8			61,6			63,4	
P2	Consommation intermédiaire	14,4			15,2			15,6			17,1			17,9			18,6		
B1	**Valeur ajoutée brute**			**49,3**			**50,7**			**52,6**			**54,1**			**55,5**			**57,2**
2 - Compte d'exploitation																			
B1	**Valeur ajoutée brute**		**49,3**			**50,7**			**52,6**			**54,1**			**55,5**			**57,2**	
D1	Rémunération des salariés	41,7			42,8			44,0			44,9			45,9			46,5		
D11	Salaires et traitements bruts	30,7			31,4			32,2			32,8			33,5			34,0		
D12	Cotisations sociales à la charge de l'employeur	11,1			11,5			11,8			12,1			12,4			12,6		
D2	Impôts sur la production et les importations	3,4			3,6			3,8			3,9			4,0			4,0		
D29	Impôts sur la production	3,4			3,6			3,8			3,9			4,0			4,0		
D291	Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre	3,4			3,6			3,8			3,9			4,0			4,0		
D292	Impôts divers sur la production	0,0			0,0			0,0			0,0			0,0			0,0		
D3	Subventions	-0,3			-0,3			-0,3			-0,3			-0,3			-0,3		
D39	Subventions d'exploitation	-0,3			-0,3			-0,3			-0,3			-0,3			-0,3		
B2	**Excédent brut d'exploitation**			**4,4**			**4,5**			**5,0**			**5,6**			**6,0**			**6,9**
3 - Compte d'affectation des revenus primaires																			
B2	**Excédent brut d'exploitation**		**4,4**			**4,5**			**5,0**			**5,6**			**6,0**			**6,9**	
D4	Revenus de la propriété	0,5	0,1		0,6	0,1		0,7	0,1		0,5	0,1		0,6	0,1		0,6	0,1	
D41	Intérêts	0,5	0,0		0,6	0,1		0,7	0,1		0,5	0,1		0,6	0,1		0,6	0,1	
D44	Revenus de la propriété attribués aux assurés		0,0			0,0			0,0			0,0			0,0			0,0	
D5	Impôts courants sur le revenu et le patrimoine													0,0			0,0		
D51	Impôts sur le revenu													0,0			0,0		
B5	**Solde des revenus primaires**			**4,0**			**4,0**			**4,4**			**5,2**			**5,4**			**6,4**
4 - Compte de distribution secondaire du revenu																			
B5	**Solde des revenus primaires**		**4,0**			**4,0**			**4,4**			**5,2**			**5,4**			**6,4**	
D61	Cotisations sociales		0,5			0,5			0,5			0,5			0,6			0,6	
D612	Cotisations sociales imputées		0,5			0,5			0,5			0,5			0,6			0,6	
D62	Prestations sociales en espèces	0,5			0,5			0,5			0,5			0,6			0,6		
D7	Autres transferts courants	0,8	51,5		0,7	52,4		0,7	54,2		0,9	56,4		0,9	57,7		0,9	58,7	
D71	Primes nettes d'assurance dommage	0,2			0,2			0,2			0,2			0,3			0,3		
D72	Indemnités d'assurance dommage		0,1			0,1			0,1			0,1			0,1			0,1	
D73	Transferts courants entre administrations publiques versés*	0,0	50,9		0,0	52,0			53,9			56,1			57,3			58,2	
D75	Transferts courants divers	0,6	0,6		0,5	0,3		0,6	0,3		0,7	0,2		0,6	0,3		0,7	0,4	
B6	**Revenu disponible brut**			**54,7**			**55,8**			**57,8**			**60,7**			**62,2**			**64,1**
5 - Compte d'utilisation du revenu																			
B6	**Revenu disponible brut**		**54,7**			**55,8**			**57,8**			**60,7**			**62,2**			**64,1**	
P3	Dépense de consommation finale	50,3			51,9			53,4			55,8			57,2			58,8		
P31	Dépense de consommation finale individuelle	50,4			52,1			53,4			55,8			57,2			58,8		
P32	Dépense de consommation finale collective	-0,1						0,0											
B8	**Épargne**			**4,4**			**3,9**			**4,5**			**4,9**			**5,0**			**5,3**

		2006			2007			2008			2009			2010			2011		
		E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S
6 - Compte de capital																			
B8	**Épargne**		**4,4**			**3,9**			**4,5**			**4,9**			**5,0**			**5,3**	
D9	Transferts en capital reçus		0,2			0,3			-0,1			0,5			0,3			0,4	
D92C	Aides à l'investissement		0,1			0,2			0,3			0,4			0,2			0,3	
D99	Autres transferts en capital		0,1			0,1			-0,4			0,1			0,0			0,0	
P5	Formation brute de capital	5,6			5,7			6,1			5,9			6,1			7,6		
P51	Formation brute de capital fixe	5,6			5,6			6,1			5,9			6,1			7,6		
P511	*Acquisitions moins cessions d'actifs fixes corporels*	*5,4*			*5,3*														
P512	*Acquisitions moins cessions d'actifs fixes incorporels*	*0,3*			*0,4*														
P52	Variation de stocks	0,0			0,0			0,0			0,0			0,0			0,0		
K21	Terrains et gisements, etc.	0,1			0,0			0,0			0,0			0,0			0,0		
K22	Baux et autres contrats, etc.				0,0														
B9A	**Capacité (+) ou besoin (-) de financement**			**-1,1**			**-1,6**			**-1,7**			**-0,6**			**-0,9**			**-1,9**

Champ • Secteur public hospitalier, y compris budgets annexes et ESPIC ex-DG, hors hôpitaux militaires.
Sources • INSEE, Comptes nationaux.

FICHES THÉMATIQUES

1 • La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)
2 • La Dépense courante de santé (DCS)
3 • La Dépense totale de santé (DTS)
4 • Le financement de la santé

1.1 ● La Consommation de soins et de biens médicaux

En 2012, la **Consommation de soins et de biens médicaux,** qui constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé, est évaluée à 183,6 milliards d'euros. Elle progresse de 2,2 % en valeur et de 2,7 % en volume, les prix reculant de 0,4 % par rapport à 2011. En 2012, la CSBM représente 9 % du PIB et 12,2 % de la consommation effective des ménages. La CSBM s'élève à 2 806 euros par habitant en 2012, soit 1,8 % de plus qu'en 2011.

Sur la période 2000-2007, la croissance de la CSBM en valeur a été très forte : + 5,6 % par an en moyenne entre 2000 et 2004, puis + 4 % de 2005 à 2007. Le ralentissement sensible de la croissance de la CSBM amorcé en 2008 se poursuit depuis. La progression reste inférieure à 3 % par an depuis trois ans : +2,2 % en 2012 après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010. C'est le recul historique de la dépense de médicaments conjugué à un ralentissement de la dépense de soins de ville qui est la cause de la faible croissance 2012.

La part des soins hospitaliers reste prépondérante puisqu'elle représente 46,3 % de la CSBM en 2012. Viennent ensuite les soins de ville (hors produits de santé) avec 25,7 % de la CSBM, puis les médicaments avec 18,7 % (19,3 % en 2011). Les « autres biens médicaux » en représentent 7 % et les transports de malades 2,2 %.

Cette structure s'est déformée entre 2000 et 2012 : c'est la part des médicaments qui recule le plus, ainsi que celle des soins hospitaliers, au profit des « autres biens médicaux » et dans une moindre mesure des « soins de ville » et des « transports de malades ».

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,1 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2012, en raison de leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (0,8 point) et, dans une moindre mesure, les autres biens médicaux (0,3 point). C'est la première fois que la contribution des médicaments s'avère négative : -0,2 point.

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers publics est désormais calculé à l'aide d'une méthode « output » ; il est de +2,8 % en 2012 (*cf.* fiche 1.3). C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,2 point) en 2012, suivis par les soins de ville (+0,6 point). Viennent ensuite les médicaments (+0,5 point) et les autres biens médicaux (+0,3 point).

L'évolution des prix des soins et biens médicaux est extrêmement faible depuis cinq ans. Après +0,3 % en 2008 et +0,2 % en 2009, les prix reculent depuis trois ans : -0,3 % en 2010, -0,2 % en 2011 et -0,4 % en 2012. En effet, le prix des soins hospitaliers recule de 0,2 % en 2012 après -0,3 % en 2011. Ces indices très faibles reflètent toutefois en partie l'utilisation de la méthode « output » pour le calcul de l'indice de volume des soins hospitaliers.

La hausse de prix des soins de ville est, quant à elle, de 0,9 % en 2012, en raison notamment de la revalorisation des tarifs des actes des infirmiers et des kinésithérapeutes.

Enfin, depuis trois ans, la baisse du prix des médicaments s'accentue : -3,2 % en 2012 après -2 % en 2011 et -2,2 % en 2010. La poursuite des mesures de baisse de prix et la part croissante des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques. En outre, cette évolution négative des prix est accentuée par le mode de calcul retenu (*cf.* annexe 3.5, sur l'indice des prix à la consommation [IPC] du médicament). Il s'agit d'un indice de prix à qualité constante, qui ne tient pas compte des prix élevés des nouveaux médicaments.

DÉFINITION

Consommation de soins et de biens médicaux : en base 2005, elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète) ;
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires…) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend ni les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements, ni la dépense de services de soins à domicile (SSAD).

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 sur les agrégats des Comptes de la santé en base 2005, p. 212.

Koubi M., Fenina A., « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », *Document de travail, série Études et Recherche,* DREES, nº 118, mars 2012.

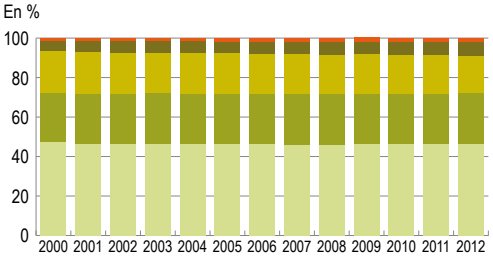
Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble		**114 574**	**128 134**	**142 668**	**153 748**	**160 352**	**165 710**	**171 149**	**175 231**	**179 608**	**183 623**
Soins hospitaliers		**54 085**	**59 233**	**65 941**	**71 051**	**73 644**	**76 208**	**79 203**	**81 330**	**83 062**	**85 083**
Secteur public		42 013	46 009	51 027	54 618	56 482	58 187	60 470	62 041	63 388	64 889
Secteur privé		12 072	13 224	14 914	16 432	17 162	18 021	18 733	19 289	19 674	20 195
Soins de ville		**28 632**	**32 314**	**36 175**	**38 822**	**40 739**	**42 066**	**43 300**	**44 056**	**45 811**	**47 279**
Médecins		13 233	14 582	16 006	17 075	17 840	18 236	18 618	18 469	19 284	19 744
Auxiliaires médicaux		5 787	6 626	7 615	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 547	12 383
Dentistes		6 693	7 665	8 585	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 288	10 516
Analyses de laboratoires		2 626	3 136	3 661	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 361	4 285
Cures thermales		293	305	308	309	319	317	316	327	331	351
Médicaments		**23 989**	**27 105**	**29 632**	**31 491**	**32 696**	**33 393**	**34 076**	**34 470**	**34 641**	**34 341**
Autres biens médicaux*		**5 976**	**7 230**	**8 289**	**9 332**	**10 042**	**10 667**	**10 978**	**11 590**	**12 200**	**12 817**
Transports de malades		**1 891**	**2 252**	**2 631**	**3 053**	**3 231**	**3 377**	**3 592**	**3 786**	**3 894**	**4 102**
Évolution de la CSBM (en %)	Valeur	5,2	6,1	5,2	3,8	4,3	3,3	3,3	2,4	2,5	2,2
	Prix	1,2	2,2	1,6	0,5	0,9	0,3	0,2	-0,3	-0,2	-0,4
	Volume	4,0	3,8	3,6	3,3	3,4	3,1	3,1	2,7	2,7	2,7

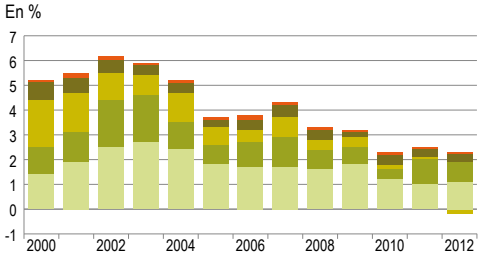
* Optique, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM

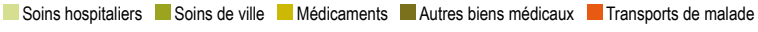


Sources • DREES, Comptes de la santé.

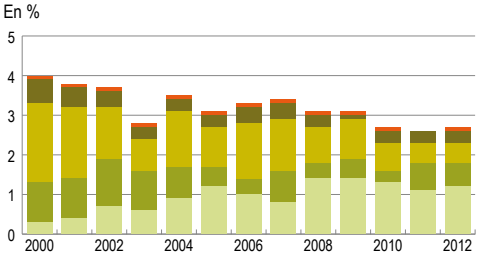
Contribution à la croissance en valeur de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

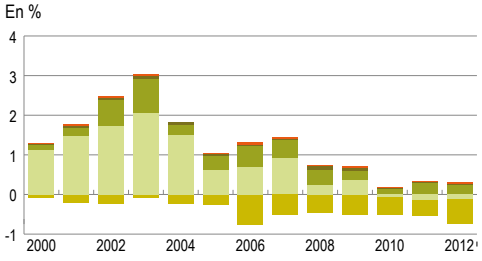


Contribution à la croissance en volume de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Contribution à la croissance en prix de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

1.2 ● L'évolution de la CSBM depuis 1950

De 1950 à 2012, la part de la Consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,6 % à 9 % du PIB. Sur soixante ans, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,4 points à celui du PIB : +10,9 % pour la CSBM contre +8,5 % pour le PIB.
Le rythme de croissance des dépenses de santé n'a pas été continu. On peut distinguer deux grandes périodes :

- une première période de 1950 à 1985, qui correspond au développement de l'offre de soins et à l'élargissement de son financement, et qui se situe dans le contexte économique très favorable des Trente Glorieuses ;
- une seconde période, de 1986 à 2012, caractérisée par la recherche d'une meilleure maîtrise du système et de son financement, dans un contexte de croissance ralentie, au cours de laquelle alternent périodes de croissance et périodes de stabilisation, ces dernières résultant de mesures de régulation.

De 1950 à 1985, le financement public joue un rôle central dans le développement du système de santé. La couverture maladie se généralise au cours des années 1960-1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passant ainsi de 50 % à 80 %. Cette période se caractérise par une dynamique de croissance importante de toutes les composantes de la CSBM, mais plus particulièrement par la hausse de la dépense hospitalière (dont le taux de croissance annuel en volume oscille entre 6 % et 8 % par an), en raison d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de **soins de ville,** le volume de la dépense progresse de 7 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques…), mais aussi d'une demande solvabilisée par le développement des assurances complémentaires ; les médicaments ne sont pas en reste, avec une progression très forte des volumes consommés.

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

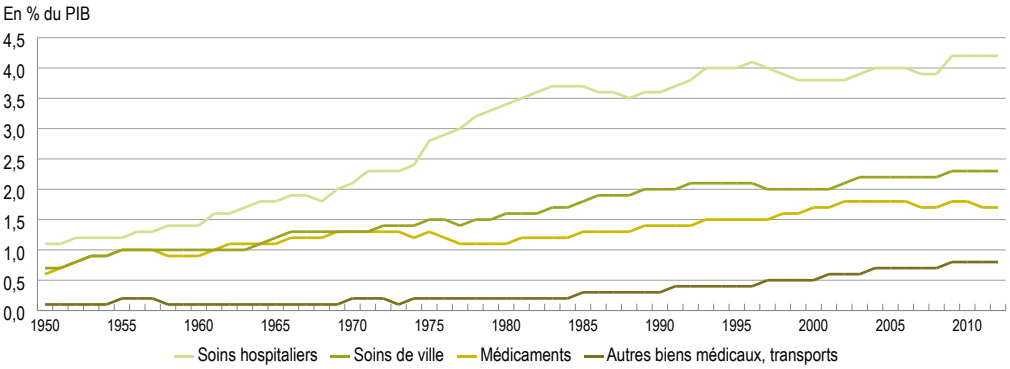
C'est la raison pour laquelle, à partir des années 1980, un certain nombre de plans de redressement se succèdent, qui comprennent des augmentations de recettes ou de cotisations et des mesures de régulation de la dépense ou de déremboursement. Ces plans parviennent pour un temps à limiter l'augmentation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

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

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

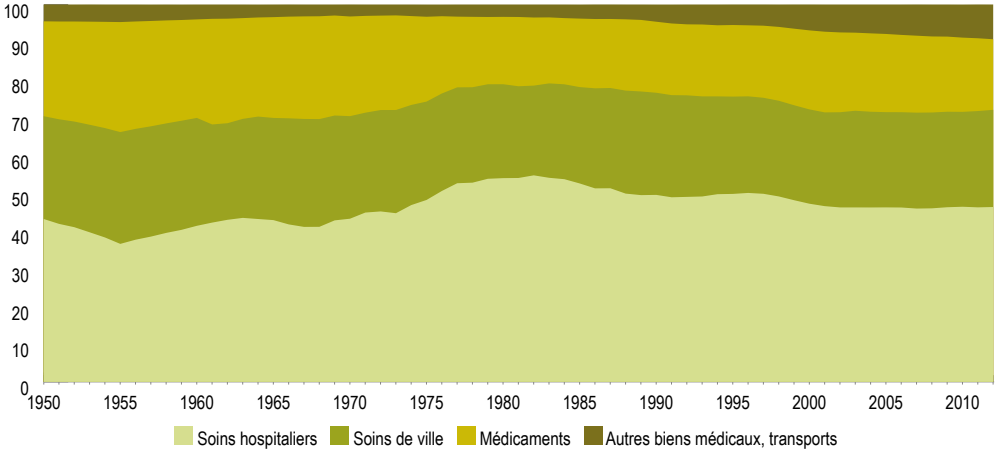
POUR EN SAVOIR PLUS
Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, DREES, nº 831, février 2013.

Principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

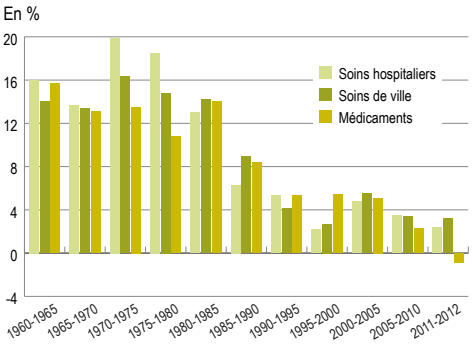
Structure de la Consommation de soins et de biens médicaux en valeur



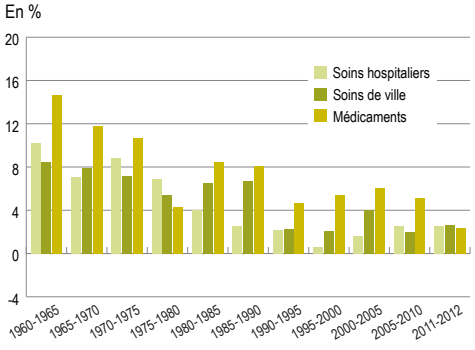
Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

Taux de croissance des principaux postes de la CSBM

En valeur



En volume



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

1.3 ● La consommation de soins hospitaliers

Avec 85,1 milliards d'euros en 2012, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 46,3 % de la Consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 2,4 % en valeur et de 2,7 % en volume en 2012 : +2,4 % en valeur et +2,8 % en volume dans le **secteur public,** +2,6 % en valeur et +2,4 % en volume dans le **secteur privé.** Dans une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les médecins libéraux exerçant dans ce secteur.

Dans les Comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est désormais estimé pour toutes les années (y compris pour le compte provisoire 2012) à partir de l'évolution de l'activité. Un indice de volume de l'activité est directement estimé à partir d'un certain nombre d'indices de quantité, par la méthode dite de l'output.

Dans le **secteur public,** la consommation de soins s'élève à 64,9 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée, exclues du champ de la santé en comptabilité nationale (car intégrées au champ de l'action sociale). Par convention, la consommation de soins du secteur public (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe…) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, supplément chambre particulière, lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

Cette consommation progresse de 2,4 % en valeur en 2012 après +2,2 % en 2011. Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000, principalement en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance en volume, désormais calculée à partir de l'activité selon une méthode dite de l'output, est de 2,8 % en 2012 comme en 2011. L'évolution des prix qui résulte de celle des volumes est négative : -0,4 % en 2012 après -0,6 % en 2011.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2012 à 20,2 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux perçus en établissement privé ainsi que les analyses médicales effectuées sur ce lieu d'exécution. Après avoir ralenti en 2010 puis en 2011, sa croissance en valeur reprend légèrement en 2012 : +2,6 % contre +2 % en 2011, mais reste bien en deçà de celle de 2009 (+4 %). Ce sont les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui tirent la croissance du secteur privé (+5,3 % en 2012), l'**ODMCO** augmentant seulement de 1,7 %.

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). En 2012, l'évolution des prix (+0,3 %) reflète la faible hausse des prix des **séjours** (+0,2 %) conjuguée à l'augmentation limitée des honoraires des praticiens et des analyses (+0,5 %) ; le rythme de croissance des prix est inférieur à celui des années précédentes. La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est en reprise avec +2,4 % en 2012, contre +1,4 % en 2011.

DÉFINITIONS

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral (dits ex-PJP) ayant opté au 1er janvier 1998 pour la dotation globale (également à but non lucratif) ; depuis 2004, ils sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements (à but non lucratif) à prix de journée préfectoral ayant opté au 1er janvier 1998 pour le régime conventionnel ; depuis 2004, ils sont, eux aussi, financés par diverses dotations et par la T2A.

ODMCO : objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Éclairage sur les Comptes des hôpitaux publics, dans cet ouvrage (p. 115) et Annexes 2.3 (p.218) et 3.2 (p.221).

Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble		**54 085**	**59 233**	**65 941**	**71 051**	**73 644**	**76 208**	**79 203**	**81 330**	**83 062**	**85 083**
Évolution (en %)	Valeur	2,9	5,3	5,2	3,7	3,6	3,5	3,9	2,7	2,1	2,4
	Prix	2,3	3,7	3,2	1,5	2,0	0,5	0,8	-0,1	-0,3	-0,2
	Volume	0,6	1,6	1,9	2,2	1,7	3,0	3,1	2,8	w2,4	2,7
Secteur public*		**42 013**	**46 009**	**51 027**	**54 618**	**56 482**	**58 187**	**60 470**	**62 041**	**63 388**	**64 889**
Évolution (en %)	Valeur	3,3	5,0	4,8	3,5	3,4	3,0	3,9	2,6	2,2	2,4
	Prix	2,8	3,6	3,2	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,3	-0,6	-0,4
	Volume	0,5	1,3	1,5	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,8
Secteur privé**		**12 072**	**13 224**	**14 914**	**16 432**	**17 162**	**18 021**	**18 733**	**19 289**	**19 674**	**20 195**
Évolution (en %)	Valeur	1,8	6,6	6,6	4,6	4,4	5,0	4,0	3,0	2,0	2,6
	Prix	0,8	4,0	3,4	0,5	1,5	0,9	0,5	0,5	0,6	0,3
	Volume	1,1	2,5	3,1	4,0	2,9	4,1	3,4	2,4	1,4	2,4

* Y compris consultations externes en base 2005.

** Y compris ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée en base 2005.

Note sur les prix • prix du secteur public : il résulte du calcul des volumes ; il reflète l'évolution des tarifs et des MIGAC ;
prix du secteur privé : indice de tarif (y compris évolution du forfait journalier) pour les frais de séjour, combiné avec l'indice de prix des honoraires perçus en établissement privé.

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

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output » pour le secteur hospitalier

En %

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Méthode « input »	0,5	1,3	1,5	2,0	1,6	1,5	1,6	1,0	0,7	0,9
Méthode « output »	0,5	1,3	1,5	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,8
Écart entre « output » et « input »	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**-0,4**	**-0,3**	**1,1**	**1,4**	**2,0**	**2,1**	**1,9**

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

Dans son rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2012, l'ATIH présente l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé. Les travaux statistiques ont conduit à estimer un intervalle pour ces dépenses. La synthèse présentée est calée sur l'hypothèse haute de l'intervalle pour les hôpitaux publics et l'hypothèse basse pour les cliniques privées.

Les dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2012 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total
ODMCO[1]	37,0	10,2	47,1
MIGAC (hors FIR)	7,6	0,1	7,7
MIGAC du FIR[2]	n.d.	n.d.	0,7
ODAM	15,9		15,9
OQN psy-ssr		2,6	2,6
Total	60,4	12,9	74,0
Autres[3]	n.d.	n.d.	n.d.

Total ONDAM hospitalier
74,5

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

[2] FIR (Fonds d'intervention régional) : 0,7 milliard

[3] Pour hôpitaux publics et privés : FMESPP (0,3 milliard), établissements hors territoire…

Sources • ATIH, Rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2012.

Les Comptes de la santé retracent, quant à eux, la consommation totale de soins hospitaliers, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et non les seules dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Sont ainsi comptabilisées dans les Comptes de la santé les dépenses prises en charge par l'État, le Fonds CMU, les organismes complémentaires et les ménages, ainsi que les dépenses des hôpitaux publics non financées (déficit). Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les dépenses des USLD. En base 2005, les soins du secteur privé comme du public incluent l'ensemble des honoraires des professionnels de santé perçus dans les établissements.

Au total, en 2012, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 77,2 milliards d'euros (*cf.* fiche 4.3), dont 59,7 milliards pour le secteur public (hors USLD) et 17,5 milliards (y compris honoraires des professionnels de santé) pour le secteur privé.

1.4 ● L'offre hospitalière

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale ou hors DG) et non sur leur statut juridique (*cf.* fiche 1.3). En revanche, l'enquête **SAE,** qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les **établissements de santé** en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2011, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte) 2 694 établissements de santé (y compris Service de santé des armées [SSA]) :

- 947 établissements publics ;
- 700 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 047 établissements privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services de HAD).

En court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil continuent à augmenter en 2011 en hospitalisation partielle (+5 %), alors qu'elles se stabilisent en hospitalisation complète (-0,4 %) par rapport à 2010. Cette évolution s'observe quel que soit le type d'établissement.

En psychiatrie (**PSY**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent lentement depuis 2003. La hausse est de 0,5 % en 2011. En hospitalisation complète, les capacités sont quasi stables (-0,5 %) ; on note un léger recul dans le secteur public et une hausse de 2 % dans les cliniques privées.

En soins de suite et de réadaptation (**SSR**), la progression du nombre de lits ralentit : +0,7 % en 2011 après +1,3 % en 2010. La hausse observée les années antérieures était due au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en cinq ans. En revanche, les places d'hospitalisation partielle poursuivent leur croissance à un rythme soutenu : +6,8 % en 2011 après +5,3 % en 2010.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil continuent à diminuer en 2011 (-5,4 %), mais moins vite qu'en 2010 où la baisse constituait plus du quart de la capacité. Cette forte baisse était due à la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à leur sortie du champ sanitaire, à l'hôpital public et dans le secteur privé à but non lucratif (*cf.* fiche 2.2).

En 2011, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé demeure stable avec un effectif qui s'établit à 180 000 (+0,6 % par rapport à 2010). Le nombre d'emplois salariés continue à progresser dans les établissements privés, à but lucratif ou non lucratif, mais stagne dans les établissements publics. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement privé ou de façon non exclusive dans plusieurs établissements. Le nombre de médecins libéraux diminue globalement de 0,6 %, mais augmente dans les cliniques privées, principalement en raison de la diminution du nombre de médecins libéraux non exclusifs au profit de libéraux exclusifs. Dans le secteur public, qui concentre les deux tiers des emplois médicaux, les médecins salariés se stabilisent en 2011 : -0,2 % en effectifs, +0,3 % en ETP.

En 2011, le personnel non médical et les sages-femmes (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) des établissements de santé représentent plus d'un million d'équivalents temps plein, soit une stabilité par rapport à 2010. Avec 7 ETP sur 10, le **personnel soignant** représente le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des ETP non médicaux des établissements de santé sont employés dans les hôpitaux publics (760 000 ETP fin 2011), le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

DÉFINITIONS

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Établissement de santé : dans le secteur public, l'interrogation se fait au niveau des entités juridiques, et dans le secteur privé au niveau des établissements géographiques.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Kranklader E., Minodier C., Fourcade N., « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, DREES, nº 846, juillet 2013.

Kranklader E., « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », E. Kranklader, *Dossier Solidarité et Santé,* DREES, nº 25, DREES, mars 2012.

Le panorama des établissements de santé, édition 2013, Études et Statistiques, DREES, à paraître.

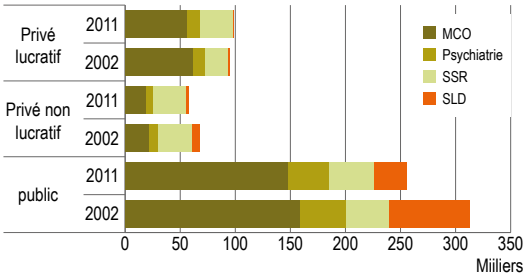
Capacité en lits et places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2011

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Hospitalisation partielle (en places)	**38 862**	**2,9 %**	**11 778**	**3,7 %**	**14 512**	**3,7 %**	**65 152**	**3,2 %**
MCO	14 048	6,2 %	2 741	7,9 %	11 142	3,0 %	27 931	5,0 %
Psychiatrie	22 468	0,6 %	5 030	0,0 %	926	0,7 %	28 424	0,5 %
Soins de suite et de réadaptation	2 346	7,0 %	4 007	5,8 %	2 444	8,3 %	8 797	6,8 %
Hospitalisation complète (en lits)	**258 156**	**-1,0 %**	**57 717**	**-1,2 %**	**98 522**	**0,9 %**	**414 395**	**-0,6 %**
MCO	149 256	-0,4 %	18 262	-1,6 %	55 990	-0,1 %	223 508	-0,4 %
Psychiatrie	37 823	-1,2 %	7 094	-1,7 %	12 040	2,5 %	56 957	-0,5 %
Soins de suite et de réadaptation	41 354	0,6 %	29 928	-0,5 %	29 944	2,2 %	101 226	0,7 %
Soins de longue durée (en lits)	**29 723**	**-5,5 %**	**2 433**	**-5,5 %**	**548**	**0,0 %**	**32 704**	**-5,4 %**

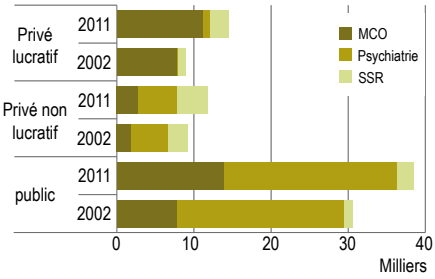
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Services de santé des armées (SSA).
Sources • DREES SAE 2010 et 2011, traitement DREES.

Évolution des capacités entre 2002 à 2011

Lits d'hospitalisation complète

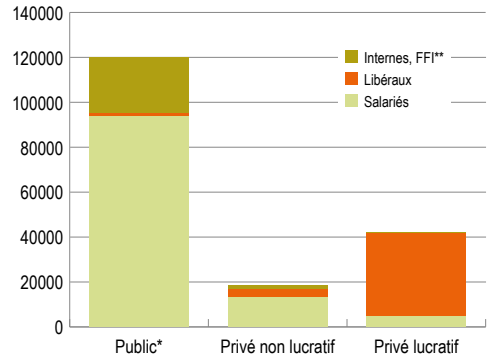


Places d'hospitalisation partielle



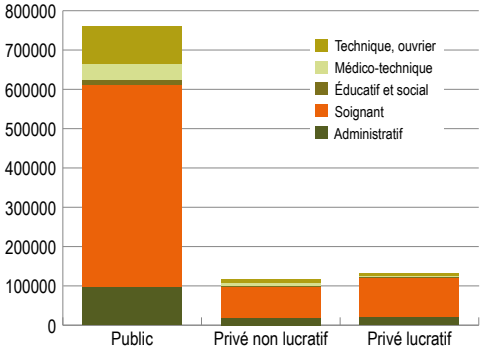
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Services de santé des armées (SSA).
Sources • DREES, SAE 2002 et 2011, traitements DREES.

Personnel médical en 2011



* Pas de libéraux dans le secteur public sauf dans les hôpitaux locaux.
** FFI : faisant fonction d'interne.
Note • Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.
Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

Personnel non médical et sages-femmes en 2011 (en ETP)



Note • Contrairement aux années précédentes, il s'agit du personnel non médical des établissements sanitaires uniquement ; le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est donc exclu.
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.
Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

1.5 ● L'activité hospitalière

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

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

En 2011, les établissements de santé ont comptabilisé 26,4 millions de séjours, soit une hausse de 2 % des volumes d'activité hospitalière par rapport à 2010 (source SAE et PMSI-MCO). L'activité est tirée par l'**hospitalisation partielle** qui continue de se développer (+3,6 %) tandis que l'**hospitalisation complète** stagne (0,3 %).

L'activité de MCO, mesurée en nombre d'entrées et de venues (source PMSI-MCO), est en hausse : + 1,4 % en 2011. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance (+3,3 %), grâce notamment au dynamisme des cliniques privées (+4,1 %).

En hospitalisation complète, en revanche, l'activité stagne (+0,2 %), avec une baisse de l'activité des cliniques privées (-0,7 %) compensée par une légère hausse dans le secteur public (+0,7 %). L'évolution est différenciée selon la discipline : le nombre d'entrées stagne en chirurgie, augmente en médecine (+0,6 %) et diminue en obstétrique.

En psychiatrie, l'hospitalisation partielle progresse en 2011 (+2,4 %), en lien avec l'augmentation de 0,5 % du nombre de places (source SAE). La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète diminue légèrement, passant de 29,2 à 28,8 jours. Elle demeure plus élevée dans les établissements privés à but lucratif (aux alentours de 35 jours) que dans les hôpitaux publics (27 jours).

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) augmente depuis plusieurs années, quels que soient le mode d'hospitalisation et le secteur considéré. Cette évolution est liée à une modification de la dénomination des lits, certains lits de médecine ayant été requalifiés en SSR. En 2011, on comptabilise ainsi 3,6 millions de séjours ou venues (+5 %) et 32 millions de journées (+1,2 %). Le nombre de venues a fortement progressé (+ 6,7 %). En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est identique à celle observée en 2010, soit 32,9 jours.

Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée décroît de 5 % en 2011, selon un rythme comparable à celui de la baisse de la capacité en lits (*cf.* fiche 1.4).

Outre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, la SAE comptabilise par ailleurs des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, en particulier 5,7 millions de séances de dialyse, 4,5 millions de préparations de chimiothérapie et 3,9 millions de séances de radiothérapie. Enfin, les urgences ont accueilli près de 18,4 millions de passages en 2011.

DÉFINITIONS

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

SSR : soins de suite et de réadaptation.

USLD : unités de soins de longue durée.

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Kranklader E., « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », E. Kranklader, *Dossier Solidarité et Santé,* DREES, nº 25, DREES, mars 2012.

Le panorama des établissements de santé, édition 2013, Études et Statistiques, DREES, à paraître.

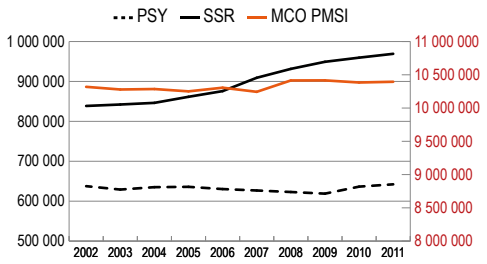
Évain F., « Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études et Résultats*, DREES, nº 854, octobre 2013.

Nombre de séjours (entrées et venues) et de journées selon le statut de l'établissement en 2011

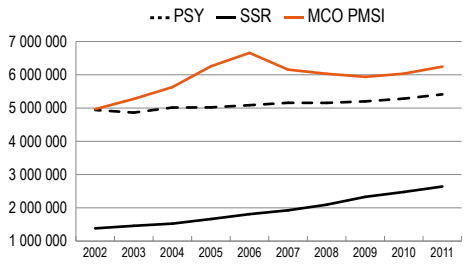
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011	2011	Évolution 2010-2011
Venues en hospitalisation partielle	**7 424 237**	**2,6 %**	**2 670 631**	**2,5 %**	**4 226 231**	**6,2 %**	**14 321 099**	**3,6 %**
MCO	2 641 233	2,5 %	474 443	3,0 %	3 145 345	4,1 %	6 261 021	3,3 %
Psychiatrie	4 097 514	1,8 %	1 043 621	1,6 %	273 642	17,8 %	5 414 777	2,4 %
Soins de suite et de réadaptation	685 490	8,1 %	1 152 567	3,0 %	807 244	11,2 %	2 645 301	6,7 %
Entrées en hospitalisation complète	**7 664 907**	**0,6 %**	**1 164 749**	**-0,1 %**	**3 261 885**	**-0,3 %**	**12 091 541**	**0,3 %**
MCO	6 794 494	0,7 %	825 505	-0,5 %	2 833 137	-0,7 %	10 453 136	0,2 %
Psychiatrie	454 428	0,4 %	71 836	3,8 %	118 998	1,6 %	645 262	1,0 %
Soins de suite et de réadaptation	396 317	0,6 %	266 031	0,0 %	309 400	2,3 %	971 748	1,0 %
Soins de longue durée	19 668	-5,6 %	1 377	-8,0 %	350	-22,6 %	21 395	-6,1 %
Journées en hospitalisation complète	**78 043 692**	**-0,9 %**	**16 695 874**	**-1,0 %**	**27 389 682**	**0,3 %**	**122 129 248**	**-0,7 %**
MCO	42 517 671	-0,6 %	4 727 207	-1,1 %	12 827 807	-2,2 %	60 072 685	-1,0 %
Psychiatrie	12 148 375	-1,0 %	2 209 705	-2,3 %	4 246 246	3,6 %	18 604 326	-0,2 %
Soins de suite et de réadaptation	12 985 947	1,4 %	8 896 098	-0,2 %	10 126 307	2,2 %	32 008 352	1,2 %
Soins de longue durée	10 391 699	-5,0 %	862 864	-4,7 %	189 322	-0,5 %	11 443 885	-4,9 %

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Services de santé des armées (SSA).
Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010-2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2010-2011 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

Entrées en hospitalisation complète entre 2002 et 2011



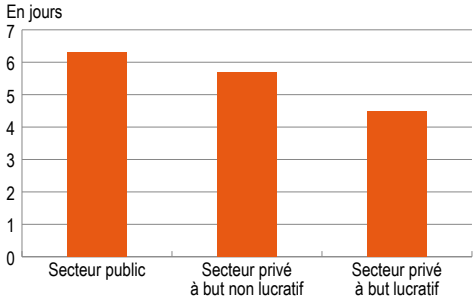
Venues en hospitalisation partielle entre 2002 et 2011



Note • Échelle de gauche : PSY et SSR ; échelle de droite : MCO - PMSL.
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Services de santé des armées (SSA).
Sources • ATIH, PMSI-MCO 2002-2011 traitements DREES, pour l'activité de court séjour ;
DREES, SAE 2002-2011 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

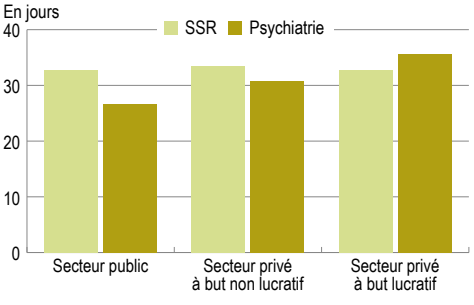
Nota bene • Les séries longues issues du PMSI-MCO doivent être interprétées avec prudence. L'amélioration de l'exhaustivité du recueil, les changements intervenant sur le champ des établissements répondants, ou encore les modifications dans l'algorithme permettant de classer les séjours font qu'il est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

Durée moyenne de séjour en MCO en 2011



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010-2011, traitements DREES.

Durée moyenne de séjour en SSR et en psychiatrie (2011)



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2011, traitements DREES.

1.6 ● La consommation de soins de médecins

En 2012, la consommation de **soins de médecins de ville** (en cabinets libéraux et dispensaires, et y compris soins des sages-femmes) est évaluée à 19,7 milliards d'euros (y compris **ROSP**, qui a remplacé le forfait **CAPI**). Cette rémunération complémentaire, versée aux médecins généralistes en 2013 au titre de l'activité de l'année 2012, est comptabilisée dans la CSBM de 2012, pour un montant estimé à 270 millions d'euros. Au total, la consommation des soins de ville de médecins progresse ainsi de 2,4 % en 2012, après +4,4 % en 2011 et -0,8 % en 2010.

Après une baisse notable de 1,1 % en 2010 due principalement à l'absence d'épisode grippal suivie d'une reprise en 2011 (+2,3 %), la croissance des volumes ralentit légèrement en 2012 : +1,9 %. Plusieurs facteurs expliquent la croissance des volumes :

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

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à celle des tarifs ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (passé de 22 euros à 23 euros au 1er janvier), la croissance des prix est faible en 2012 : +0,5 %. Elle est liée à la revalorisation en mars de plusieurs actes de la **CCAM,** conformément à la convention nationale des médecins, et retrouve la tendance observée en 2009 et 2010 (+0,2 % puis +0,3 %). Hormis l'année 2011, la hausse des prix reste ainsi nettement inférieure à celle du début des années 2000.

Depuis 2009, les principaux facteurs qui ont contribué à la hausse des prix sont la revalorisation de 2011 des actes pour les généralistes, et celle des dépassements pour les spécialistes.

Après une hausse sensible en 2011, l'évolution des honoraires moyens des médecins libéraux en activité complète ralentit en 2012, pour les généralistes comme pour les spécialistes.
Le montant des honoraires moyens (hors ROSP) des omnipraticiens, qui avait progressé de 5,7 % en 2011 sous l'effet de la revalorisation de la consultation, recule de 0,3 % en 2012. Celui des médecins spécialistes, qui avait augmenté de 3,6 % en 2011, ne progresse que de 1,8 % en 2012, soit un rythme proche de celui de 2009-2010.
On observe également en 2012 un ralentissement de la hausse des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 (honoraires libres). Les dépassements des omnipraticiens exerçant en secteur 2 ont augmenté de 1,7 % par an en moyenne entre 2004 et 2011, mais de 1 % en 2012. De même, la hausse des dépassements des spécialistes exerçant en secteur 2 qui est restée très soutenue de 2004 à 2011 avec +4,8 % par an en moyenne, se réduit : elle n'est plus que de 1,7 % en 2012.

Un nouvel accord a été signé en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pour tous. Toutefois, cet accord ne pourra entrer en vigueur qu'avec l'adhésion d'au moins un tiers des médecins éligibles.

DÉFINITIONS

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

CCAM : classification commune des actes médicaux, qui a remplacé en 2005 la Nomenclature générale des activités professionnelles basée sur les lettres-clés, et revalorisé certains actes.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques.

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique, versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, en fonction du degré de réalisation de 29 objectifs (5 objectifs portant sur l'organisation du cabinet et 24 objectifs portant sur la qualité de la pratique médicale).

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rémunération sur objectifs de santé publique : une mobilisation des médecins et de l'Assurance maladie en faveur de la qualité des soins », *Point d'information,* CNAMTS, avril 2013.

Bellamy V., « Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 786, décembre 2011.

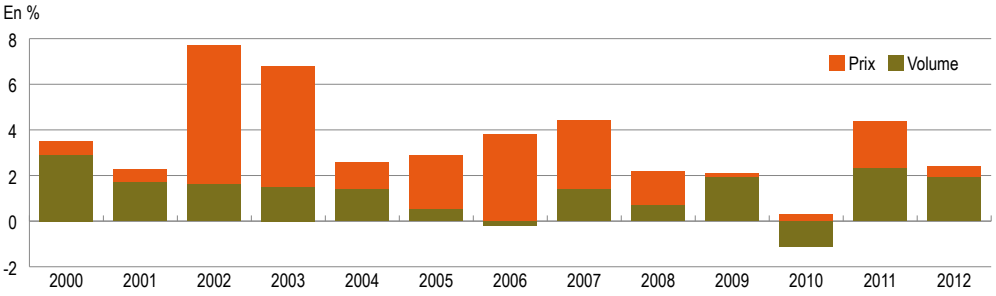
« Les médecins exerçant en secteur 2 », *Point d'information,* CNAMTS, mai 2011.

Consommation de soins de médecins en ville*

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation totale (millions €)		**13 233**	**14 582**	**16 006**	**17 075**	**17 840**	**18 236**	**18 618**	**18 469**	**19 284**	**19 744****
Évolution (en %)	Valeur	3,6	7,8	2,7	3,6	4,5	2,2	2,1	-0,8	4,4	2,4
	Prix	0,6	6,1	1,2	3,8	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5
	Volume	2,9	1,6	1,4	-0,2	1,4	0,7	1,9	-1,1	2,3	1,9

* Y compris honoraires des sages-femmes (187 millions d'euros en 2012).
** Y compris rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).
Sources • DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins en ville



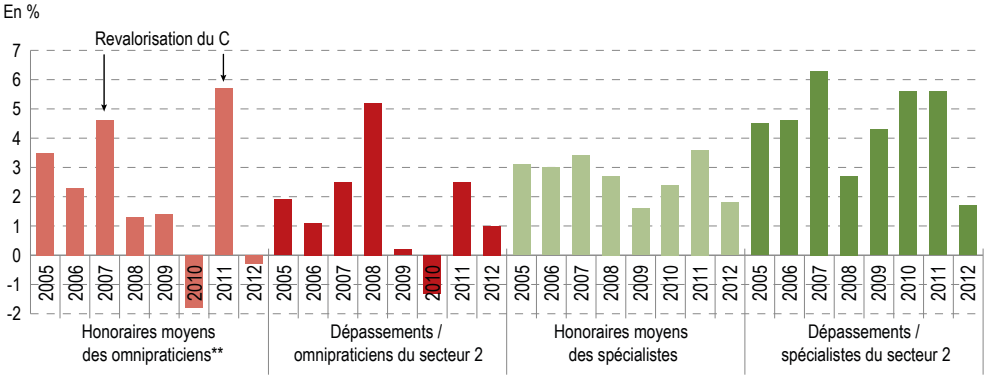
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Généralistes								
Honoraires totaux (millions €/an)	7 463	7 647	8 004	8 097	8 190	8 004	8 367	8 267
Évolution en %	*3,6*	*2,5*	*4,7*	*1,2*	*1,1*	*-2,3*	*4,5*	*-1,2*
Dépassements (millions €/an)	358	364	362	367	358	343	329	317
Évolution en %	*-9,5*	*1,7*	*-0,4*	*1,3*	*-2,4*	*-4,1*	*-4,3*	*-3,5*
Part des dépassements (en %)	4,8	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3	3,9	3,8
Spécialistes								
Honoraires totaux (millions €/an)	11 096	11 709	12 114	12 450	12 632	12 883	13 256	13 406
Évolution en %	*1,4*	*5,5*	*3,5*	*2,8*	*1,5*	*2,0*	*2,9*	*1,1*
Dépassements (millions €/an)	1 561	1 753	1 884	1 961	2 065	2 144	2 273	2 327
Évolution en %	*-1,1*	*12,3*	*7,5*	*4,1*	*5,3*	*3,9*	*6,0*	*2,4*
Part des dépassements (en %)	14,1	15,0	15,6	15,8	16,3	16,6	17,1	17,4

* Honoraires remboursables des médecins libéraux (France métropolitaine) – hors ROSP.
Champ • Honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée.
Sources • CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

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



* APE : activité à part entière ; ** Non compris rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).
Sources • CNAMTS-SNIR, traitement DREES.

1.7 ● Les effectifs de médecins

Au 1er janvier 2013, le Répertoire partagé des professions de santé (**RPPS**) recense 213 200 médecins en France métropolitaine et 5 100 dans les DOM. En Métropole, les médecins libéraux et mixtes (exerçant également une activité salariée) représentent 60 % de l'ensemble des médecins. Le **SNIR** compte 114 600 médecins libéraux, soit 0,3 % de moins qu'en 2012, dont 52 % d'omnipraticiens. Parmi les médecins de secteur 1, le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,1 %) pour la troisième année consécutive ; celui des spécialistes recule de 1 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2003. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 4,6 % des effectifs, qui s'accentue au fil des ans ; le nombre des spécialistes progresse (+1,5 % en 2013), mais à un rythme plus faible qu'en 2005-2008. La part des spécialistes exerçant en secteur 2 atteint 42 % en 2013, alors qu'elle n'est plus que de 10 % chez les généralistes. Au total, un médecin sur quatre peut pratiquer des honoraires libres, soit une proportion globale identique à celle de 2000.

Au 1er janvier 2013, la densité moyenne de praticiens est de 336 médecins pour 100 000 habitants en Métropole (243 dans les DOM). Elle est maximale en région PACA avec 410 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (399). La densité de médecins est plus élevée dans le sud de la France que dans les régions du nord et du centre. Toutefois, ces inégalités de répartition se sont réduites depuis vingt ans : seules 5 régions ont des densités de 15 % inférieures à la moyenne contre 10 régions en 1990. L'offre est variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 61 % de spécialistes pour 39 % d'omnipraticiens en 2013, tandis que les omnipraticiens sont plus nombreux (52 %) que les spécialistes en Franche-Comté, en Picardie ou en Poitou-Charentes.

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

La population des médecins vieillit : l'âge médian est de 52 ans en 2013 contre 40 ans en 1990. Parallèlement, la profession continue de se féminiser : elle compte 42 % de femmes en 2013 contre 30 % en 1990. En 2013, les femmes représentent 27 % des praticiens de 60 ans et plus, mais 59 % des praticiens de moins de 40 ans. Cette tendance va perdurer, car 63 % des nouveaux internes étaient des femmes en 2011. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent le tiers des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés. Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie, médecine du travail, endocrinologie ou génétique (à 70 %), dermatologie ou pédiatrie (à 65 %). Et si 3 chirurgiens sur 4 sont des hommes en 2013, le nombre de femmes chirurgiens augmente parmi les plus jeunes, notamment en obstétrique ou en ophtalmologie : 77 % des obstétriciens et 54 % des ophtalmologues de moins de 35 ans sont des femmes.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2009, puis se sont légèrement tassés en 2010-2011. Si le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2012 n'a pas permis d'analyse de l'évolution 2011-2012, on observe une très légère hausse entre 2012 et 2013 : +0,2 %. Toutefois, avec le fort abaissement du *numerus clausus* dans les années 1980-1990, le nombre de médecins devrait diminuer jusqu'en 2019. Sous l'hypothèse de comportements d'activité constants, les effectifs de médecins croîtraient à nouveau à partir de 2020 en raison du relèvement du *numerus clausus* depuis 2000 et qui s'établit à 7 500 en 2013. En 2030, la France compterait ainsi autant de médecins qu'aujourd'hui.

DÉFINITIONS

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

SNIR : Système national inter-régime élaboré par la Caisse nationale d'Assurance maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

Sicart D., « Les médecins : estimation au 1er janvier 2013 », *Document de travail,* DREES, n° 176, avril 2013.

Fauvet L., Romain O., Buisine S., Laurent P., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 802, mars 2012.

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

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

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

Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

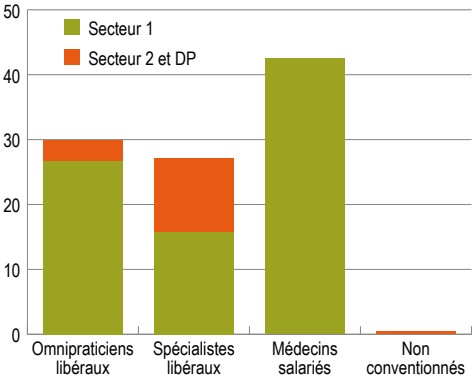
Au 1er janvier

SNIR	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2013/2012
Omnipraticiens libéraux	**60 823**	**60 976**	**60 832**	**60 975**	**61 224**	**61 294**	**61 359**	**61 315**	**60 974**	**60 422**	**60 043**	**-0,6 %**
Secteur 1	51 640	52 094	52 328	52 602	52 994	53 289	53 562	53 734	53 662	53 407	53 331	-0,1 %
Secteur 2	8 536	8 146	7 709	7 552	7 404	7 196	7 010	6 798	6 556	6 279	5 992	-4,6 %
DP*	58	39	31	28	28	24	24	21	16	16	12	-25,0 %
Non conventionnés	589	697	764	793	798	785	763	762	740	720	708	-1,7 %
Spécialistes libéraux	**53 171**	**53 251**	**53 328**	**53 651**	**54 061**	**54 315**	**54 464**	**54 663**	**54 701**	**54 571**	**54 551**	**0,0 %**
Secteur 1	33 164	33 063	32 698	32 597	32 631	32 503	32 303	32 156	31 951	31 586	31 261	-1,0 %
Secteur 2	18 744	19 251	19 900	20 387	20 821	21 262	21 657	22 047	22 322	22 581	22 922	1,5 %
DP*	1 184	854	618	539	476	411	360	316	272	242	209	-13,6 %
Non conventionnés	79	83	112	128	133	139	144	144	156	162	159	-1,9 %
ADELI-RPPS	**2000**	**2002**	**2004**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	
Médecins libéraux et mixtes	117 041	119 136	120 584	121 634	122 103	122 145	122 496	122 778	122 791	126 952	127 244	0,2 %
Médecins salariés	76 959	79 564	82 903	85 643	86 088	86 104	86 647	84 679	85 936	84 868	85 983	1,3 %
dont salariés hospitaliers	55 457	56 518	59 130	61 797	62 850	63 628	63 580	60 697	62 014	57 432	60 433	5,2 %
Ensemble	**194 000**	**198 700**	**203 487**	**207 277**	**208 191**	**208 249**	**209 143**	**207 457**	**208 727**	**211 820**	**213 227**	**0,7 %**

* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.
Sources • CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI 2002-2011 et RPPS 2012-2013.

Effectifs des médecins

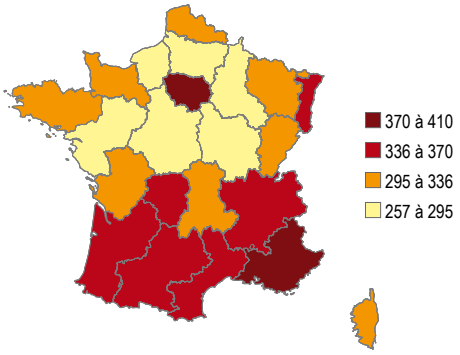
Au 1er janvier 2013, en %



Sources • CNAMTS, SNIR France métropolitaine.

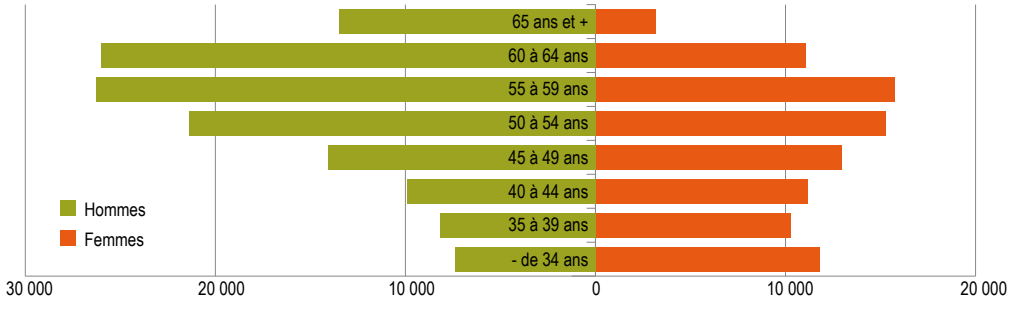
Densité de médecins

Au 1er janvier 2013, pour 100 000 habitants



Sources • DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe



Sources • DREES, RPPS 2013.

1.8 ● Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 10,5 milliards d'euros en 2012, soit une hausse de 2,2 % en valeur par rapport à 2011, et de 1,3 % en volume. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, la croissance de ce poste a tendance à ralentir depuis 2005. Le prix des soins dentaires progresse de 0,9 % en 2012, après avoir augmenté de 1,1 % en 2011 et 1,2 % en 2010.

Les honoraires totaux (soins conservateurs et soins prothétiques) progressent depuis 2006 sur un rythme annuel compris entre 2 % et 3 %, à l'exception des années 2009 et 2012. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50 % en 2009 et atteint 53 % en 2012. À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues est de 46 % contre 17 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les soins conservateurs ne sont pas facturés en dépassement ; les dépassements en soins dentaires sont en effet concentrés sur les prothèses dentaires (SPR) et sur les actes d'orthodontie (TO).
Un nouvel avenant à la convention nationale, signé en 2012, prévoit des revalorisations des soins conservateurs à partir de février 2013.

Au 1er janvier 2013, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux dans le **SNIR** est de 36 000 en Métropole, comme en 2012. Dans le Répertoire partagé des professionnels de santé (**RPPS**), on compte 40 000 chirurgiens-dentistes en Métropole, dont 36 100 en exercice libéral ou mixte. Le ralentissement de la croissance démographique ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 46 ans en 2013) sont consécutifs à la mise en place du *numerus clausus* institué en 1971, qui a fortement réduit le nombre de places pour les étudiants entre 1985 et 1995. La profession devrait cependant rajeunir après 2015.
Plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Cependant, avec les départs à la retraite non compensés, de nombreux cabinets libéraux pourraient disparaître. Avec 40,4 % de femmes au 1er janvier 2013, c'est la moins féminisée des professions de santé réglementées ; ce faible taux de féminisation peut s'expliquer pour partie par le fait que les femmes sont moins enclines à exercer en libéral. Toutefois, comme pour les médecins, on observe un nombre croissant de femmes dans les jeunes générations : ainsi, 60,4 % des praticiens de moins de 30 ans sont des femmes.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe des écarts de densité entre le nord et le sud du pays. Fin 2012, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,1 pour 100 000 habitants. Mais elle est supérieure à 73 pour 100 000 dans le sud de la France (PACA, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) et en Alsace, tandis qu'elle n'atteint que 39 pour 100 000 en Haute-Normandie et en Picardie. On recense 833 chirurgiens-dentistes dans les DOM, soit 44 pour 100 000 habitants.
De même, on observe une plus forte densité de praticiens dans les grandes agglomérations : un chirurgien-dentiste sur deux est installé dans une agglomération de plus de 200 000 habitants ; *a contrario,* seuls 6,3 % des praticiens exercent dans les zones rurales.

DÉFINITIONS

SNIR : Système National inter-régime élaboré par la Caisse nationale d'Assurance maladie.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Sicart D., « Les professions de santé au 1er janvier 2013 », *Document de travail, série Statistiques,* DREES, n° 183, juillet 2013.

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

Collet M., Sicart D., « Les chirurgiens-dentistes en France – Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 594, septembre 2007.

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

Consommation de soins dentaires

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation totale (millions €)		**6 693**	**7 665**	**8 585**	**9 016**	**9 315**	**9 558**	**9 737**	**9 993**	**10 288**	**10 516**
Évolution (en %)	Valeur	4,3	5,2	4,7	3,2	3,3	2,6	1,9	2,6	3,0	2,2
	Prix	1,2	-4,6	0,3	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9
	Volume	3,1	10,3	4,4	1,4	2,0	0,8	0,7	1,4	1,8	1,3

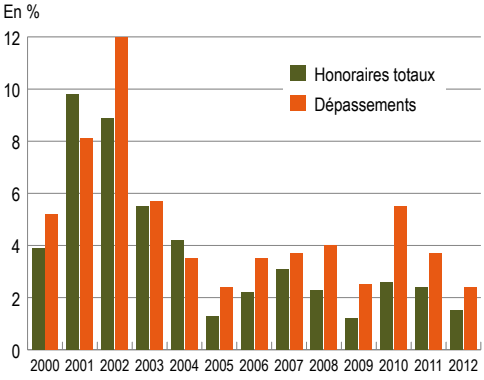
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Honoraires et dépassements des chirurgiens-dentistes libéraux*

SNIR	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Honoraires et soins totaux (millions €/an)	**5 724**	**6 840**	**7 515**	**7 780**	**8 023**	**8 211**	**8 307**	**8 526**	**8 730**	**8 863**
Évolution en %	*3,9*	*8,9*	*4,2*	*2,2*	*3,1*	*2,3*	*1,2*	*2,6*	2,4	1,5
Dépassements/tarif opposable (millions €/an)	**2 699**	**3 266**	**3 575**	**3 792**	**3 930**	**4 087**	**4 191**	**4 423**	**4 585**	**4 698**
Évolution en %	5,2	12,0	3,5	3,5	3,7	4,0	2,5	5,5	3,7	2,4
Part des dépassements (en %)	**47,2**	**47,8**	**47,6**	**48,7**	**49,0**	**49,8**	**50,5**	**51,9**	**52,5**	**53,0**
Honoraires annuels moyens (k€)**	**158,1**	**190,8**	**208,5**	**216,4**	**223,6**	**230,1**	**234,0**	**241,1**	**248,3**	**238,6**

* Honoraires et soins remboursables des dentistes libéraux (France métropolitaine).
** Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).
Sources • CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

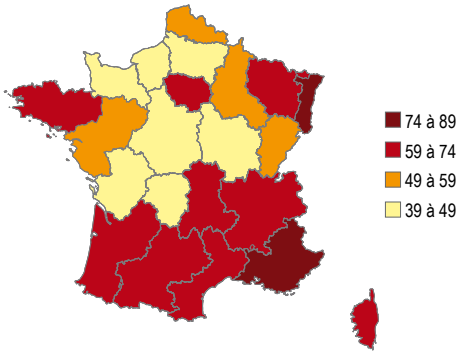
Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources • CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes

Au 1er janvier 2013, pour 100 000 habitants



Sources • DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

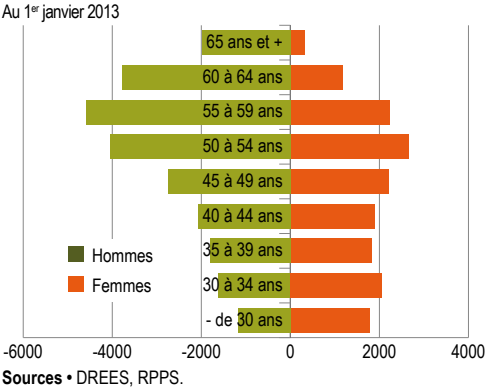
Au 1er janvier

SNIR	2008	2010	2012	2013
Chirurgiens dentistes libéraux	**36 642**	**36 237**	**35 955**	**35 955**
Conventionnés	36 207	35 845	35 609	35 623
DP	331	276	236	228
Non conventionnés	104	116	110	104
ADELI-RPPS	**2008**	**2010**	**2012**	**2013**
Ensemble des chirurgiens dentistes	**41 422**	**40 930**	**39 805**	**40 000**
Dentistes libéraux ou mixtes	37 693	37 078	36 809	36 094
Dentistes salariés	3 729	3 852	3 766	3 906
dont salariés hospitaliers	445	465	349	392

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, ADELI-RPPS ; CNAMTS, SNIR.

Répartition des chirurgiens-dentistes

Au 1er janvier 2013



Sources • DREES, RPPS.

1.9 ● Les infirmiers

La consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à 6,3 milliards d'euros en 2012, soit une hausse de 8,2 % en valeur par rapport à 2011, après +6 % en 2011. Avec la revalorisation des tarifs des actes infirmiers intervenue le 1er mai 2012, le prix des soins infirmiers augmente sensiblement par rapport à 2011 : +1,1 %. La croissance en volume s'établit à +7 % en 2012 après +6 % en 2011 ; on constate ainsi une reprise de la tendance à la hausse des volumes depuis 2010 alors que celle-ci avait ralenti en 2008.

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

Au 1er janvier 2013, le répertoire ADELI recense 579 900 infirmiers en France métropolitaine et 15 700 dans les DOM. Ce chiffre n'a cessé de croître. Les effectifs infirmiers ont progressé de 3,2 % par an en moyenne entre 2000 et 2008, et de 4,9 % en 2013 après +3,6 % en 2012 et +3,7 % en 2011. La baisse apparente des effectifs globaux en 2008 résulte d'une opération qualité menée sur le répertoire ADELI, qui a conduit à revoir à la baisse de 3 % le nombre d'infirmiers salariés en activité.

Les infirmiers salariés représentent 84 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 16 %, mais depuis quatre ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+6,4 % en moyenne) est supérieure à celle des infirmiers salariés (+3,6 %). Le secteur hospitalier emploie la plus grande partie (81 %) des effectifs salariés.
La profession est très féminine puisque 87,2 % des effectifs sont des femmes en 2013. Cette part atteint même 91,1 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. En revanche, les femmes sont moins représentées dans l'exercice libéral de la profession : 83,8 %.

On observe une répartition très inégale des infirmiers libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 5 en 2013. La Corse compte 385 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France n'en recense que 71, pour une moyenne de 146 en Métropole. Les régions du Nord sont moins bien dotées en infirmiers libéraux que les régions du Sud de la France. Dans les 4 régions où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 200 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), la part de la population âgée de 60 ans ou plus (de l'ordre de 26 % selon le recensement 2010) est plus élevée que la moyenne (23 %).
On observe, en outre, que les infirmiers de 50 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux dans la région où la densité d'infirmiers est plus élevée. Des départs à la retraite plus nombreux, conjugués avec des mesures incitatives à l'installation dans les régions actuellement sous-dotées, devraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers dans les prochaines années. La dernière convention nationale signée en 2007 par la profession prévoit ainsi le versement d'une aide financière à l'installation en zone sous-dotée ainsi que la prise en charge d'une partie des cotisations sociales, dispositif renforcé en 2012.

DÉFINITIONS

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Sicart D., « Les professions de santé au 1er janvier 2013 », *Document de travail, série Statistiques,* DREES n° 183, juillet.
Barlet M., Cavillon M., « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », *Études et Résultats*, DREES, n° 760, mai.
Barlet M., Cavillon M., « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 759, mai 2011.

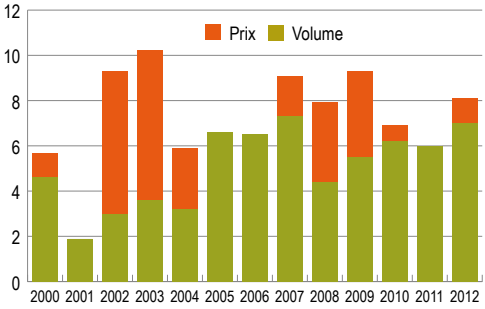
Consommation de soins infirmiers

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins infirmiers* (millions €)		**2 692**	**3 006**	**3 516**	**3 990**	**4 356**	**4 704**	**5 150**	**5 509**	**5 837**	**6 316**
Évolution (en %)	Valeur	5,7	9,5	6,0	6,5	9,2	8,0	9,5	7,0	6,0	8,2
	Prix	1,1	6,3	2,7	0,0	1,8	3,5	3,8	0,7	0,0	1,1
	Volume	4,6	3,0	3,2	6,5	7,3	4,4	5,5	6,2	6,0	7,0
Pour mémoire											
SSAD		602	705	837	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469
Évolution SSAD (en %)		6,9	10,1	9,6	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1

* Hors SSAD (Service de soins à domicile) en base 2005.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des soins infirmiers

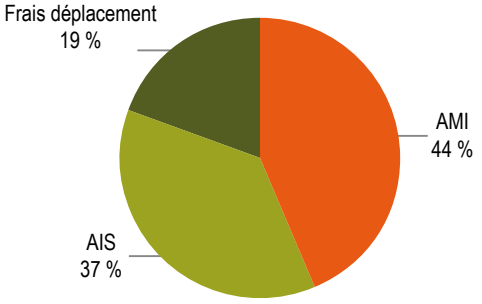
En %



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure des prestations de soins infirmiers (2012)

En %



Sources • CNAMTS, régime général.

Effectifs des infirmiers (France entière)

Au 1er janvier

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution 2012/2013
Ensemble des infirmiers	**338 473**	**418 571**	**446 100**	**478 483**	**487 663***	**507 514**	**528 389**	**547 861**	**567 564**	**595 594**	**4,9 %**
Métropole	**332 469**	**410 859**	**437 525**	**469 011**	**476 897***	**495 834**	**515 754**	**534 378**	**552 908**	**579 866**	**4,9 %**
Salariés hospitaliers	229 470	299 013	322 477	343 528	340 959*	351 728	362 831	371 382	380 315	395 527	4,0 %
Autres salariés	45 985	53 256	54 321	60 261	66 319	70 596	75 733	80 753	85 357	91 536	7,2 %
Libéraux	57 014	58 590	60 727	65 222	69 619	73 510	77 190	82 243	87 236	92 803	6,4 %
DOM	**6 004**	**7 712**	**8 575**	**9 472**	**10 766**	**11 680**	**12 635**	**13 483**	**14 656**	**15 728**	**7,3 %**

* Rupture de série entre 2007 et 2008 : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.
Sources • DREES, ADELI.

Les infirmiers par mode d'exercice

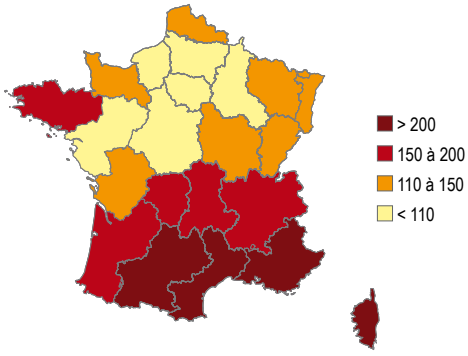
Au 1er janvier 2013

	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	**579 866**	**100,0 %**	**87,2 %**
Infirmiers libéraux	92 803	16,0 %	83,8 %
Salariés hospitaliers du public (y compris ESPIC ex-DG)	332 998	57,4 %	86,5 %
Salariés hospitaliers du privé	62 529	10,8 %	89,9 %
Salariés EHPA-EHPAD	26 447	4,6 %	92,1 %
Salariés établissements pour handicapés	6 327	1,1 %	91,1 %
Autres salariés	58 762	10,1 %	90,6 %

Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES, ADELI.

Densité des infirmiers libéraux

Au 1er janvier 2013, pour 100 000 habitants



Sources • DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

1.10 ● Les autres auxiliaires médicaux

La consommation totale de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 12,4 milliards d'euros en 2012, soit une augmentation de 7,2 % en valeur, après +4,9 % en 2011. Cette forte hausse est en partie due à la revalorisation les tarifs des soins d'auxiliaires intervenue en 2012 : le prix moyen des soins d'auxiliaires augmente ainsi de 1,8 % tandis que la hausse en volume reste soutenue : +5,3 % par rapport à 2011.

La consommation de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élève à 5 milliards d'euros en 2012, soit +6,3 % par rapport à 2011 ; les volumes augmentent de 3,2 % et les prix de 3 %. En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes, qui étaient restés inchangés depuis 2004, ont fait l'objet d'une revalorisation au 1er juillet 2012 : le tarif de l'**AMC-AMK** est passé de 2,04 euros à 2,15 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement de 2,30 euros à 2,50 euros.
Le rythme de progression des volumes de soins de kinésithérapie a sensiblement ralenti à partir de 2008 : alors qu'il progressait entre 6 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, la hausse est inférieure à 4 % depuis 2009. Ce ralentissement est dû en partie aux mesures de maîtrise médicalisée (accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes) ainsi qu'à l'introduction d'une franchise en 2008.

Au 1er janvier 2013, le répertoire **ADELI** recense 75 300 masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine et 2 500 dans les DOM. Depuis 2002, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes augmente de 2,8 % par an en moyenne (+3,5 % en 2013).
La grande majorité des kinésithérapeutes exerce en secteur libéral : c'est le cas pour 78,8 % d'entre eux au 1er janvier 2013. L'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes. Les hommes sont plus nombreux (56 %) que les femmes (44 %) dans l'exercice libéral de la profession. Ils sont encore majoritaires (51 %) dans les effectifs, mais la part des femmes augmente régulièrement puisqu'elle est passée de 42 % en 2000 à 49 % en 2013.

La densité moyenne en métropole en 2013 est de 119 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes s'observent dans les régions du Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Midi-Pyrénées. Mais contrairement aux infirmiers, cette densité est également importante en Île-de-France et en Nord-Pas-de-Calais.

En 2012, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent respectivement 0,9 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros ; ils progressent de 6 % en valeur ; les prix augmentent de 0,7 % et les volumes de 5,3 % par rapport à 2011. Ce rythme de progression des volumes est constant depuis huit ans. En 2012, les actes des orthophonistes ont été revalorisés : le tarif de l'**AMO** est passé de 2,40 euros à 2,50 euros. Les actes des orthoptistes ont également augmenté en 2012, le tarif de l'**AMY** passant de 2,50 euros à 2,60 euros.

Au 1er janvier 2013, on compte 21 900 orthophonistes et 3 800 orthoptistes dans le répertoire ADELI (soit 34 orthophonistes et 6 orthoptistes pour 100 000 habitants). La croissance des effectifs d'orthophonistes est de 3,2 % en 2013 ; les effectifs d'orthoptistes augmentent, quant à eux, de 4,7 % par rapport à 2012.

En 2013, 80,7 % des orthophonistes exercent à titre libéral ; cette proportion est de 69,4 % pour les orthoptistes. Ce sont des professions très féminines : à 96,4 % pour les orthophonistes et à 90,4 % pour les orthoptistes.

DÉFINITIONS

ADELI : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les professionnels de santé.
AMK : actes de kinésithérapie.
AMC : actes de kinésithérapie effectués en établissement.
AMO : actes d'orthophonie.
AMY : actes d'orthoptie.

POUR EN SAVOIR PLUS

Sicart D., « Les professions de santé au 1er janvier 2013 », *Document de travail, série Statistiques,* DREES, n° 183, juillet 2013.
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche 10.2, « Les masseurs-kinésithérapeutes ».

Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

En millions d'euros

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble		**5 787**	**6 626**	**7 615**	**8 553**	**9 273**	**9 856**	**10 439**	**11 007**	**11 547**	**12 383**
Infirmiers		2 692	3 006	3 516	3 990	4 356	4 704	5 150	5 509	5 837	6 316
Kinésithérapeutes		2 584	3 025	3 415	3 809	4 128	4 308	4 409	4 570	4 734	5 032
Orthophonistes		457	531	609	670	701	752	780	822	865	917
Orthoptistes		55	64	75	83	87	92	100	105	111	118
Évolution de l'ensemble (en %)	Valeur	6,2	9,2	6,4	6,0	8,4	6,3	5,9	5,4	4,9	7,2
	Prix	0,2	4,8	1,4	0,0	0,8	1,7	1,8	0,3	0,0	1,8
	Volume	6,0	4,5	4,6	6,0	7,5	4,5	4,0	5,1	4,9	5,3

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Effectifs des autres auxiliaires médicaux

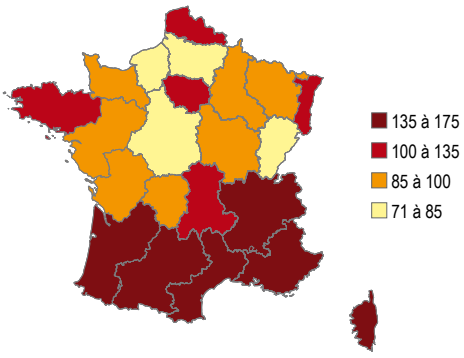
Au 1er janvier

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	Part des femmes en 2013 (%)
Métropole									
Kinésithérapeutes	52 056	55 348	58 642	61 999	64 327	68 923	72 870	75 304	49,1
Orthophonistes	13 483	14 323	15 357	16 551	17 799	19 247	20 611	21 283	96,4
Orthoptistes	2 137	2 309	2 507	2 679	2 900	3 232	3 566	3 736	90,4
dont libéraux									
Kinésithérapeutes	40 329	43 236	46 081	48 919	50 984	54 274	57 370	59 360	44,1
Orthophonistes	10 675	11 405	12 202	13 116	14 129	15 384	16 632	17 176	96,5
Orthoptistes	1 686	1 782	1 901	1 994	2 111	2 304	2 487	2 593	90,4
DOM									
Kinésithérapeutes	903	1 092	1 253	1 432	1 604	1 922	2 294	2 474	46,2
Orthophonistes	264	312	350	395	451	516	609	619	95,6
Orthoptistes	35	46	50	51	65	80	89	90	75,6

Sources • DREES, ADELI.

Densité des masseurs-kinésithérapeutes

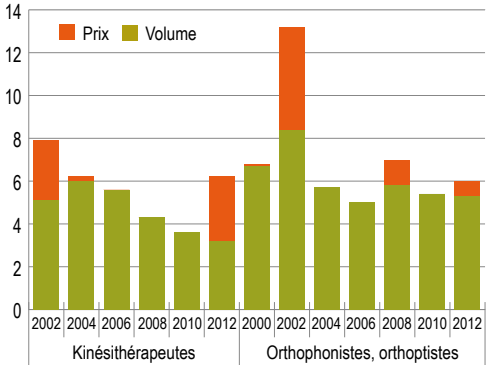
Au 1er janvier 2013, pour 100 000 habitants



Sources • DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

Évolution des soins d'auxiliaires médicaux

En %



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

1.11 ● Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En 2012, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire**, évaluée à 4,3 milliards d'euros, diminue pour la première fois depuis quinze ans. Après plusieurs années de forte hausse (9,4 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2003), le rythme de croissance de la consommation d'analyses et de prélèvements a nettement ralenti, variant entre 2 % et 3 % par an en valeur depuis 2005. En 2012, la consommation recule de 1,8 % en raison d'une nouvelle diminution de cotation portant sur 51 actes, mais elle a également été affectée par le mouvement de grève intervenu dans les laboratoires en février puis en novembre.

Depuis sept ans, plusieurs mesures de maîtrise des dépenses sont intervenues :

- tout d'abord en 2005, avec la mise en place d'une participation forfaitaire de 1 euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- puis en 2007, avec la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire ;
- en 2009 et 2010, avec de nouvelles baisses de cotation d'actes de biologie ;
- en 2011, avec une baisse de 3 % du prix de 146 actes, soit une économie de 100 millions d'euros en année pleine ; celle-ci est toutefois partiellement compensée par une hausse du forfait de prise en charge du patient ;
- enfin, en 2012, la baisse de cotation de 51 actes engendre une économie de 150 millions d'euros en année pleine.

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

Le nombre des laboratoires a diminué depuis la fin des années 1990 : il est passé de 4 132 en 1998 à 3 888 en 2013 (Métropole). On compte 129 laboratoires dans les DOM (y compris Mayotte).

En 2012, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 351 millions d'euros (hors hébergement) : cette consommation progresse ainsi de 6 % en valeur par rapport à 2011 (après +1,3 % en 2011). Depuis 2003, on notait un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes avait ainsi reculé de 10 % en dix ans, passant de 547 000 en 2002 à 486 000 en 2009. Il a repris sa croissance en 2010, où il a dépassé la barre des 500 000. Il continue de progresser : 516 000 curistes en 2011 et 526 000 en 2012, soit 1,9 % de plus qu'en 2011.

La progression en valeur observée entre 2006 et 2007 s'expliquait uniquement par l'augmentation des prix. En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour cinq ans. Conformément à cette convention, les tarifs des forfaits thermaux sont régulièrement revalorisés : ils ont augmenté de 4 % en mars 2012. Ainsi, la croissance observée en 2012 résulte de la hausse des volumes, mais aussi de celle du prix des cures.

En 2012, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, et les soins des voies respiratoires 9 %. Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. Les cures remboursées par l'Assurance maladie représentent 90 % du chiffre d'affaires cumulé des établissements. La durée moyenne de cure est de 18 jours.

Les 105 établissements thermaux sont inégalement répartis sur le territoire. En effet, les deux tiers des villes thermales sont concentrées dans cinq régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. Il s'agit souvent de communes de petite taille pour qui l'activité thermale est essentielle : 71 % des communes thermales ont moins de 5 000 habitants.

DÉFINITIONS

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

POUR EN SAVOIR PLUS

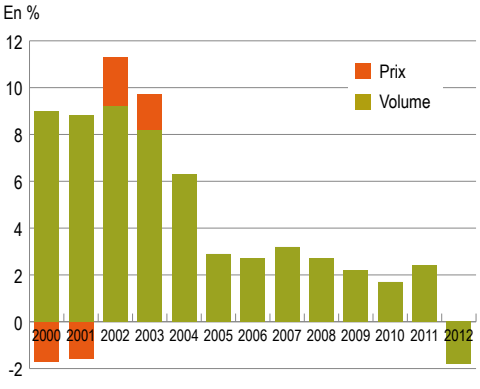
Conseil national des exploitants thermaux (CNETh) : www.cneth.org.

Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Analyses de laboratoires (en M€)		**2 626**	**3 136**	**3 661**	**3 869**	**3 993**	**4 099**	**4 189**	**4 260**	**4 361**	**4 285**
Évolution (en %)	Valeur	7,1	11,5	6,3	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7	2,4	-1,8
	Prix	-1,7	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Volume	9,0	9,2	6,3	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7	2,4	-1,8
Nombre de laboratoires (Métropole)		**4 084**	**3 981**	**3 913**	**3 870**	**3 840**	**3 836**	**3 836**	**3 833**	**3 853**	**3 888**
Évolution (en %)		0,0	-0,8	-0,9	-0,2	-0,8	-0,1	0,0	-0,1	0,5	0,9
Cures thermales (en M€)		**293**	**305**	**308**	**309**	**319**	**317**	**316**	**327**	**331**	**351**
Évolution (en %)	Valeur	-3,4	1,8	-0,4	0,5	3,1	-0,6	-0,1	3,4	1,3	6,1
	Prix	3,0	3,0	1,5	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1	1,7	2,7
	Volume	-6,2	-1,2	-1,9	-2,1	-3,1	-3,7	-2,7	1,3	-0,3	3,3
Nombre de curistes (en milliers)		**542**	**547**	**509**	**493**	**495**	**492**	**486**	**511**	**516**	**526**
Évolution (en %)		-4,6	0,4	-3,8	-2,2	0,4	-0,6	-1,2	5,1	1,1	1,9

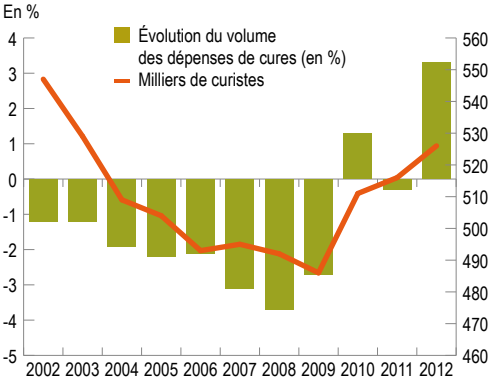
Sources • DREES ; INSEE pour les indices de prix ; Conseil national des exploitants thermaux (CNETh) pour le nombre de curistes.

Taux d'évolution des dépenses d'analyses



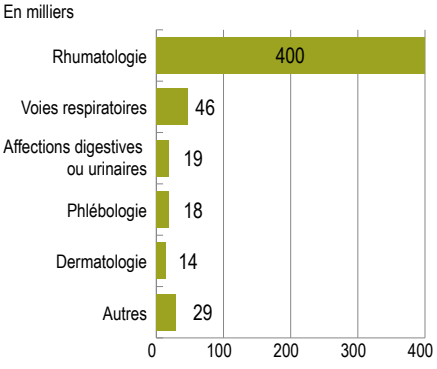
Note • L'indice de prix INSEE (IPC) ne prend pas en compte les baisses de cotations d'actes.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



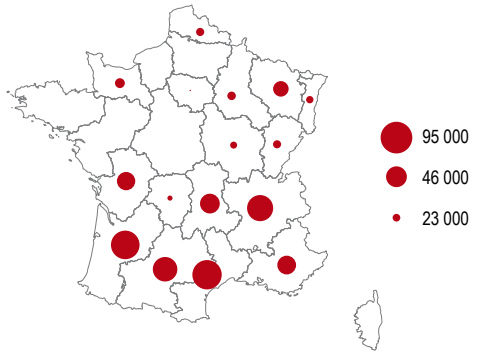
Lecture • Échelle de gauche = évolution du volume des dépenses de cures ; échelle de droite = nombre de curistes.
Sources • DREES ; CNETh pour le nombre de curistes.

Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2012



Sources • CNETh.

Nombre de curistes par région en 2012



Sources • CNETh.

1.12 ● La consommation de médicaments en ville

En 2012, la consommation de médicaments en ville s'élève à 34,3 milliards d'euros. Elle recule pour la première fois en valeur : -0,9 % après +0,5 % en 2011 et +1,1 % en 2010. Ce sont les plus faibles progressions jamais enregistrées. Ce recul affecte principalement les médicaments remboursables, mais aussi les médicaments non remboursables dont les ventes ne progressent que faiblement depuis deux ans.

La croissance des volumes vendus n'a pas cessé de ralentir depuis 2000 : après une accélération à 9 % en 2000-2001, le rythme de croissance en volume est revenu à 6 % par an de 2002 à 2007, pour descendre sous les 5 % depuis 2008 et sous les 3 % depuis 2011. Le ralentissement des volumes est lié à la diminution des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant…

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

- les baisses de prix du **répertoire** des **génériques** et l'instauration des **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR) ;
- les baisses de prix de grande ampleur et des actions ciblées (grands conditionnements…).

En outre, les prix diminuent en raison de l'augmentation du nombre de spécialités génériquées et, pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps.

L'impact sur les prix a atteint un niveau particulièrement élevé en 2012 avec 830 millions d'euros d'économies en baisses de prix ciblées selon la CNAMTS et la générication de spécialités très consommées, assorties du renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques » depuis le 1er juillet.

De ce fait, la baisse du prix des médicaments s'amplifie : -3,2 % en 2012 après -2,0 % en 2011. En 2012, le prix des spécialités non remboursables progresse de 5,8 % par rapport à 2011, tandis que celui des spécialités remboursables recule de 4,2 % suite aux baisses de prix ciblées et à la reprise du taux de pénétration des génériques.

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

En recul en valeur en 2012 (525 euros par habitant contre 532 euros en 2011), la consommation française de médicaments n'est désormais plus la plus élevée par habitant (*cf.* fiche 3.4). Pour autant, la France dispose d'un réseau officinal dense : avec 1,12 pharmacien pour 1 000 habitants, la France vient en 4e position parmi les pays de l'OCDE, derrière la Finlande (1,46), l'Islande (1,19) et le Portugal (1,13).

En France, la structure de la consommation de médicaments se caractérise par un poids marqué des spécialités à la fois plus récentes et plus coûteuses et par un développement du marché des génériques encore relativement limité, quoiqu'en forte croissance depuis plusieurs années. Selon une étude de la CNAM portant sur les 8 classes thérapeutiques les plus consommées en 2011, la France est en 2e position en volumes consommés (mesurés en **unités standards**/habitant) et en tête pour le coût moyen par habitant (112 €) de ces spécialités, pour les 7 pays étudiés.

DÉFINITIONS

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

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

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

« Médicaments de ville : une baisse des dépenses inédite en 2012 », CNAMTS, *Point d'information,* avril 2013.

« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », CNAMTS, Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie, juillet 2013.

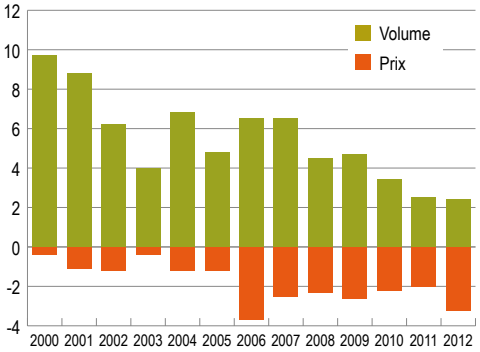
Consommation de médicaments en ville (y compris rétrocession hospitalière)

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation (millions €)		**23 989**	**27 105**	**29 632**	**31 491**	**32 696**	**33 393**	**34 076**	**34 470**	**34 641**	**34 341**
Médicaments remboursables		21 713	24 787	27 060	28 713	29 729	29 961	30 535	30 718	30 813	30 431
Médicaments non remboursables		2 276	2 318	2 572	2 778	2 967	3 432	3 542	3 752	3 828	3 910
Évolution (en %)	Valeur	**9,3**	**5,0**	**5,6**	**2,6**	**3,8**	**2,1**	**2,0**	**1,2**	**0,5**	**-0,9**
	Prix	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,2
	Volume	9,7	6,2	6,8	6,5	6,5	4,5	4,7	3,4	2,5	2,4

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la consommation de médicaments

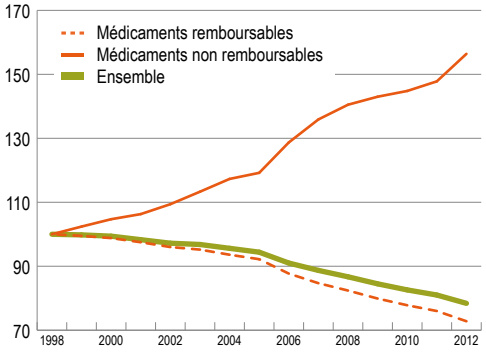
En %



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution des prix des médicaments

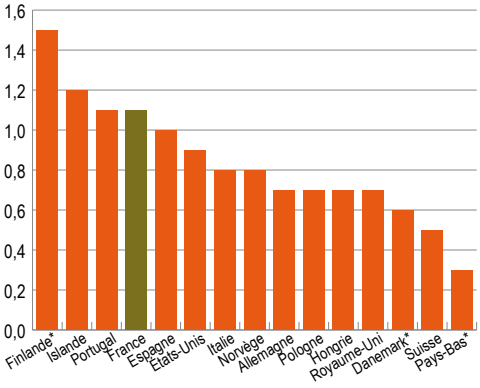
Indice 100 en 1998



Note • L'IPC est calculé chaque année à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est pas retracée dans son évolution.
Sources • INSEE, IPC.

Pharmaciens en activité en 2011

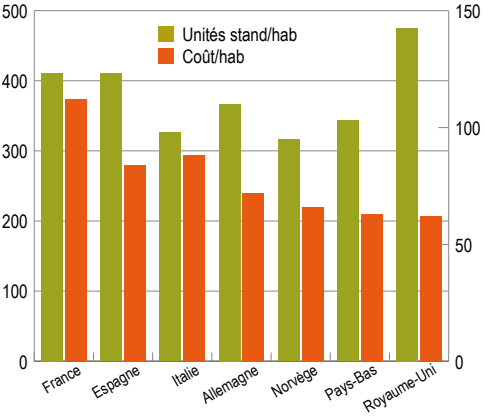
Densité pour 1000 habitants



* Données 2010.
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Consommation et coût moyen/habitant (2011)

8 classes thérapeutiques les plus consommées



Note • Échelle de gauche : unités standards/habitant ;
Échelle de droite : coût en €/habitant.
Sources • Traitement CNAMTS sur IMS Health MIDAS 2011.

1.13 ● Le marché des médicaments

Le nombre total de présentations augmente de 4 % en 2012. Cette augmentation est liée à celle des présentations de médicaments remboursables (+4,1 % par rapport à 2011) et de médicaments non remboursables (+3,6 %). Parmi les spécialités remboursables, ce sont toujours celles qui sont remboursées à 100 % qui contribuent le plus à la croissance en valeur de la consommation ; il s'agit de médicaments irremplaçables particulièrement onéreux, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves.

En 2012, pour la première fois depuis cinquante ans, la valeur des ventes en officine de médicaments remboursables recule en France. Outre les baisses de prix, ce recul est imputable à la hausse de la part des médicaments **génériques**. Le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des médicaments génériques n'a cessé d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 109 en 2012, sur un total de 352 classes thérapeutiques. Lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques voient leur part de marché s'accroître.

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

- du renforcement du dispositif « tiers-payant contre génériques » depuis juillet 2012 et de la mise en œuvre de la convention pharmaceutique nationale (**ROSP** génériques) ;
- de la générication de médicaments très consommés intervenue en 2012 (Tahor®, Inexium®…).

La part des génériques dans les ventes de médicaments remboursables passe ainsi de 13,3 % en 2011 à 15,7 % en 2012 (4,1 % en 2002). En termes de volumes, les génériques, moins chers que les princeps, représentent 24 % du marché des médicaments remboursables en ville. Le taux de substitution des génériques s'établit à 83 % fin 2012 contre 76 % fin 2011. L'élargissement important du répertoire des génériques intervenu en 2011 a contribué à la baisse des prix ; il est renforcé par la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** qui favorise la baisse des prix des princeps.

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

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (rétrocession hospitalière) à des patients non hospitalisés. La valeur des sommes remboursées par le régime général au titre de ces rétrocessions avait plus que doublé de 2000 à 2004. De 2004 à 2010, la valeur des produits rétrocédés s'était stabilisée à 1,2 milliard d'€ (régime général seul). La progression s'accélère avec +7 % en 2011 et +9 % en 2012 (1,4 milliard d'€ pour le régime général). La part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général est ainsi passée de 6,3 % en 2010 à 7,5 % en 2012.

DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

« L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2011 et 2012 », p. 91.

Delcroix-Lopes S., van der Erf S., « Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas », *Points de repère,* CNAM, n° 39, novembre 2012.

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

Le marché global des médicaments

	Nombre de présentations				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble des médicaments	**9 975**	**10 732**	**11 473**	**12 015**	**12 497**
Médicaments non remboursables	2 757	2 673	2 541	2 489	2 578
Médicaments remboursables	7 218	8 059	8 933	9 525	9 919
• au taux de 15 %	0	0	509	481	484
• au taux de 30 % (35 % avant 2011)	1 205	1 308	865	850	838
• au taux de 65 %	5 687	6 416	7 197	7 762	8 148
• au taux de 100 %	326	335	362	432	449

	Part de marché (en %)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble des médicaments	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Médicaments non remboursables	8,8	9,0	9,0	9,4	9,8
Médicaments remboursables	91,2	91,0	91,0	90,6	90,2
• au taux de 15 %	0,0	0,0	3,7	3,1	3,3
• au taux de 30 % (35 % avant 2011)	11,4	11,3	6,6	6,1	5,9
• au taux de 65 %	69,7	68,9	68,4	68,5	67,1
• au taux de 100 %	10,1	10,9	12,2	12,8	13,8

Sources • GERS, traitement DREES.

Part de marché des médicaments génériques

% des ventes

	2009	2010	2011	2012
Ensemble des médicaments remboursables	**100**	**100**	**100**	**100**
Génériques	12	13,3	13,3	15,7
Princeps généricables	23,2	18,2	23,2	18,1
Autres médicaments	64,8	68,5	63,5	66,2

Champ • Médicaments remboursables.
Sources • GERS, ANSM, traitement DREES.

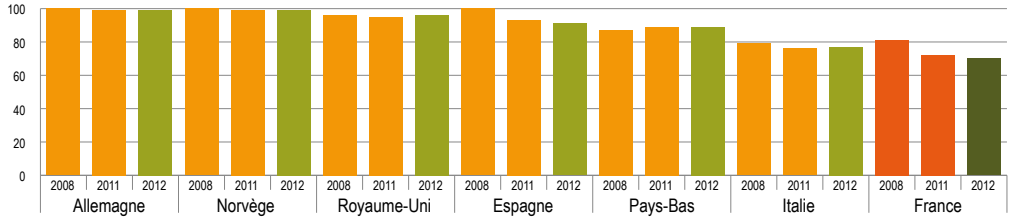
Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

	Part du marché global en valeur (%)			
	2009	2010	2011	2012
Groupes génériques non soumis au TFR	**32,2**	**28,5**	**32,0**	**29,0**
Génériques	10,0	11,3	10,9	12,7
Princeps	22,2	17,2	21,1	16,4
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	**0,5**	**2,5**	**3,8**	**3,4**
Génériques	0,3	1,6	1,8	1,9
Princeps	0,2	0,9	2,0	1,5
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	**2,5**	**0,5**	**0,4**	**0,4**
Génériques	1,6	0,4	0,3	0,3
Princeps	0,9	0,1	0,1	0,1
Groupes génériques pour lesquels le princeps (référent) n'est plus sur le marché	**0,00**	**0,0**	**0,3**	**0,8**

Champ • Médicaments remboursables.
Sources • GERS, ANSM, traitement DREES.

Statines : part de prescription de génériques dans le répertoire des génériques*

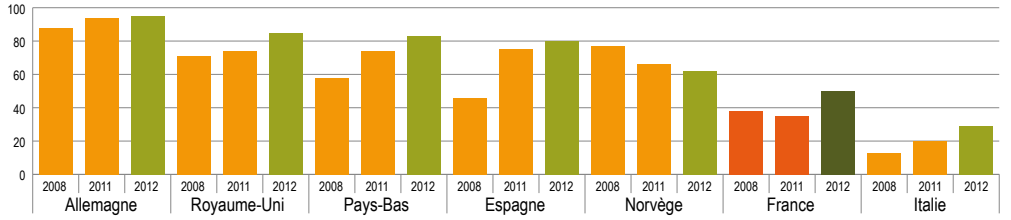
En %



* En unités standards et à répertoire de génériques constant (= répertoire 2012).
Sources • Traitement CNAMTS – données IMS Health MIDAS 2012.

Statines : part de consommation de génériques (en unités standards)

En %



Sources • Traitement CNAMTS – données IMS Health MIDAS 2012.

1.14 ● Les autres biens médicaux

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

La consommation totale des autres biens médicaux en ville est de 12,8 milliards d'euros en 2012 (soit 5,1 % de plus qu'en 2011), dont près de 5,6 milliards d'euros pour l'optique, 2,4 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 4,8 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Le taux de croissance de la consommation d'**optique médicale** est supérieur à 3 % par an depuis trois ans : il s'établit à 4 % en 2012. L'optique médicale est faiblement remboursée par l'Assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge sont 17 fois inférieurs à la consommation. Depuis le 1er janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'Assurance maladie. À partir du 1er mai 2011, le taux de remboursement de l'optique médicale est passé de 65 % à 60 % du tarif opposable.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 1990. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé. Elle est de 6,6 % en valeur en 2012, après +5,9 % en 2011 et +6 % en 2010. Comme pour l'optique, le taux de remboursement des produits de ce poste auparavant remboursés à 65 % est passé à 60 % en mai 2011.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement et inclut également des prestations de services (assistance respiratoire par exemple). De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004, et 9 % par an entre 2005 et 2008. Après un ralentissement ponctuel en 2009, cette dépense reprend un rythme élevé : +5,6 % en 2012 après +5,9 % en 2011. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2012, elle représente 38 % des autres biens médicaux.
Le ralentissement observé en 2009 a fait suite à l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés par exemple) dans le forfait soins des EHPAD le 1er août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'Assurance maladie sur prescription médicale.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, nutriments…) représentent 56 % de la consommation de matériels et pansements en 2011. Leur croissance s'explique en partie par la tendance à la diminution des durées d'hospitalisation et le transfert d'une partie des soins correspondants de l'hôpital vers les soins de ville. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2010, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP était de 12 millions et leur âge moyen de 70 ans.

La hausse résulte également d'une meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition, ou encore des progrès technologiques (prothèses auditives par exemple). Ainsi, les matériels d'assistance respiratoire et d'autosurveillance du diabète (programme SOPHIA) font-ils partie des plus gros contributeurs à la croissance de la dépense en 2012. Différentes mesures ont été prises en 2011 et 2012 afin de ralentir la croissance de ces dépenses : « le forfait bandelettes » pour les dispositifs d'autocontrôle de glycémie et l'entente préalable du forfait « ventilation oxygénothérapie » (*cf.* fiche 2.3 du rapport CSSS de juin 2013).

DÉFINITIONS

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

« Bilan des dispositifs médicaux en ville », fiche 2.3 du Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, DSS, juin 2013.
Vaulont C., Vielfaure N., Rigollot N., *et al.*, « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », *Points de repère,* CNAM, n° 15, mai 2008.

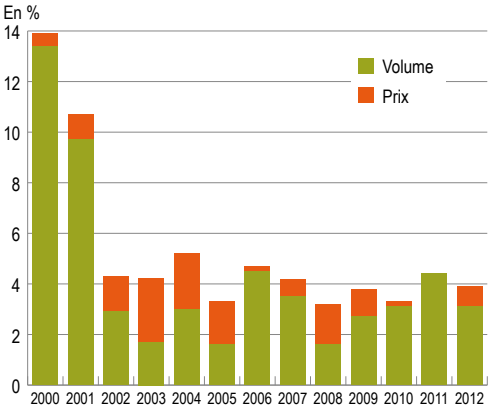
Consommation des autres biens médicaux

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**5 976**	**7 230**	**8 289**	**9 332**	**10 042**	**10 667**	**10 978**	**11 590**	**12 200**	**12 817**
Optique	3 236	3 741	4 106	4 444	4 634	4 783	4 963	5 127	5 355	5 567
Prothèses, orthèses, VHP*	1 144	1 343	1 489	1 681	1 801	1 932	1 994	2 122	2 247	2 396
Petits matériels et pansements	1 597	2 146	2 694	3 207	3 607	3 952	4 020	4 342	4 598	4 854
Évolution en valeur (en %)	**13,7**	**8,9**	**7,6**	**6,6**	**7,6**	**6,2**	**2,9**	**5,6**	**5,3**	**5,1**

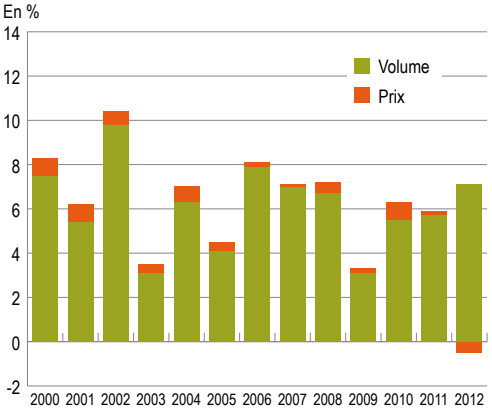
* Véhicules pour handicapés physiques.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique



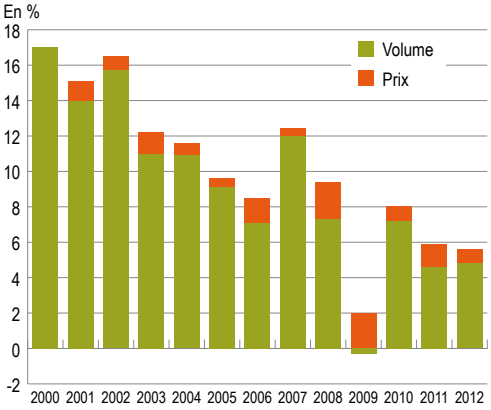
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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



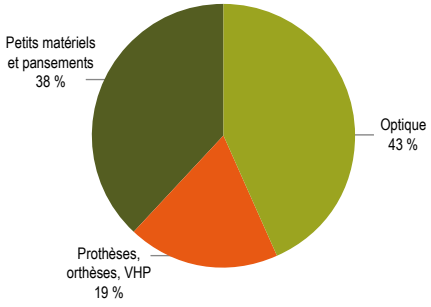
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2012



Sources • DREES, Comptes de la santé.

1.15 ● Les transports de malades

En 2012, la consommation de **transports de malades** s'élève à 4,1 milliards d'euros, soit une hausse de 5,3 % en valeur et de 3,7 % en volume, les prix ayant augmenté de 1,6 % par rapport à 2011. Après avoir repris en 2009 sous l'effet d'une hausse des tarifs et en 2010 avec les volumes, le rythme de croissance des transports ralentit de plus de 2 points en 2011 pour réaugmenter sous l'effet d'une nouvelle hausse de tarif en 2012. En effet, en avril 2012, les trajets courts ont été revalorisés pour les **VSL** (sur le tarif kilométrique) comme pour les ambulances (sur le forfait).

En 2012, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgences (SMUR) se répartissaient ainsi : 41,9 % pour les ambulances, 19,1 % pour les VSL, 35,4 % pour les taxis et 3,6 % pour d'autres moyens de transport (véhicule personnel principalement).
Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé : 93,4 % en 2012. En effet, 91 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % et, en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

Les variations d'évolution des dépenses de transports constatées entre 1997 et 2012 sont dues à un **effet de structure,** celui de la déformation des parts de marché des différents modes de transport utilisés. Ainsi, entre 2000 et 2004, la part de marché des ambulances (très coûteuses) est passée de 34 % à 41 % tandis que celle des VSL passait de 42 % à 30 %, la part des taxis restant stable. La tendance s'est modifiée à partir de 2005, avec une baisse de la part du transport par VSL (moins de 20 % en 2012) au profit des taxis, la part des ambulances se stabilisant.

Les données de la CNAM (régime général) ont permis de mettre en évidence les différences de prix entre les trois types de transport. En 2009, la répartition des dépenses de transport hors SMUR était la suivante : 46 % pour les ambulances, 23 % pour les VSL et 31 % pour les taxis. En nombre de transports, elle était très différente : 24 % pour les ambulances, 40 % pour les VSL et 36 % pour les taxis.

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années : instauration en 2004 de « contrats de bonnes pratiques », puis en 2007 d'un nouveau référentiel médical permettant de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

Des mesures supplémentaires ont été prises depuis 2008 :
- une nouvelle convention nationale entre l'Assurance maladie et les entreprises de taxis, dont les tarifs ont été revalorisés à plusieurs reprises : +3,1 % en 2008 et en 2009, +1,2 % en 2010, +2,1 % en 2011 et +2,6 % en 2012 ;
- pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale a restructuré les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et une hausse des forfaits ; les tarifs des ambulances et des VSL font eux aussi l'objet de revalorisations régulières depuis ;
- un accord pour optimiser l'organisation des transports sanitaires et augmenter le nombre de transports partagés (forfait annuel de 100 euros destiné à financer le matériel embarqué) ;
- la mise en place au 1er janvier 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients. Cette franchise est de 2 euros par trajet ; elle est plafonnée à 4 euros par jour et globalement avec les autres franchises à 50 euros par an ;
- depuis 2011, de nouveaux contrats types d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins doivent être signés entre les **ARS**, les CPAM et les établissements de santé générant des dépenses de transport évoluant à un taux supérieur à l'objectif fixé (+4 % en 2010) : les établissements s'engagent à réduire le taux d'évolution de ces dépenses, faute de quoi ils pourront être pénalisés.

DÉFINITIONS

VSL : véhicules sanitaires légers.

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

ALD : affection de longue durée.

ARS : Agence régionale de santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

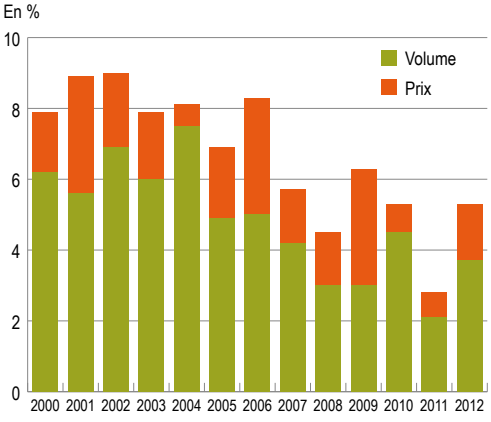
Consommation de transports de malades

En millions d'euros

		2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation de transports		**23 989**	**27 105**	**29 632**	**31 491**	**32 696**	**33 393**	**34 076**	**34 470**	**34 641**	**34 341**
Évolution (en %)	Valeur	8,0	9,1	8,2	8,4	5,8	4,5	6,4	5,4	2,9	5,3
	Prix	1,7	2,1	0,6	3,3	1,5	1,5	3,3	0,8	0,7	1,6
	Volume	6,2	6,9	7,5	5,0	4,2	3,0	3,0	4,5	2,1	3,7

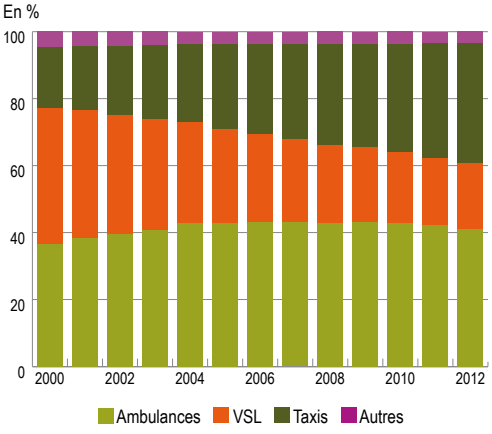
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de transports



Sources • DREES, Comptes de la santé.

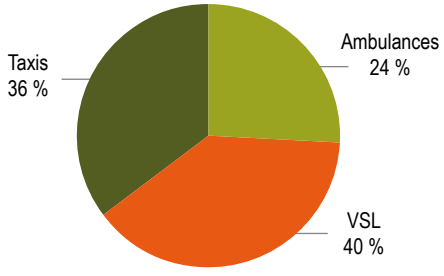
Répartition de la dépense de transport



Sources • DREES, Comptes de la santé.

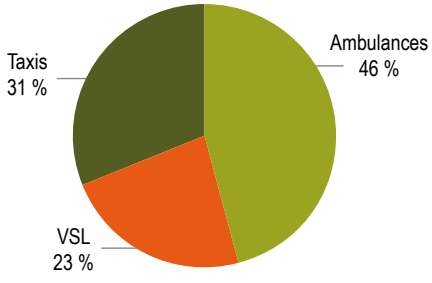
Répartition en 2009

du nombre de transports (hors SMUR)



Sources • CNAMTS (France métropolitaine).

de la dépense de transports (hors SMUR)



Sources • CNAMTS (France métropolitaine).

1.16 ● Les échanges extérieurs

Les Comptes de la santé évaluent la Consommation de soins et de biens médicaux effectuée en France par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'**AME** ou pour des soins urgents. Celle-ci exclut la consommation de soins d'assurés sociaux français soignés à l'étranger et la consommation de soins effectués sur le territoire français par des assurés sociaux étrangers.
En 2011, les dépenses de soins effectuées en France par des assurés sociaux étrangers se montent à 736 millions d'euros, celles effectuées à l'étranger par des assurés sociaux français à 479 millions d'euros.

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

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

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

De façon symétrique, le CLEISS encaisse :

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

Le CNSE rembourse les soins engagés par des assurés sociaux français à l'étranger en dehors des accords européens (sans carte EHIC) et des conventions bilatérales, ainsi que dans les pays hors convention.

Bien que les créances et dettes du CLEISS soient en décalage avec l'année effective des soins, notamment en raison du délai nécessaire pour calculer les forfaits, la structure des échanges de soins est assez stable. La consommation de soins dans les hôpitaux français représente près de 53 % des factures des assurés étrangers en 2011, tandis que celle d'assurés français dans des hôpitaux étrangers représente 49 % des factures réglées par le CLEISS.

En revanche, les paiements effectués par le CLEISS et le CNSE sont très tributaires du rythme de présentation des factures par les pays créditeurs. En 2011, les paiements les plus importants effectués par la France vont vers 4 pays voisins : Belgique, Espagne, Portugal, Suisse, qui totalisent 64 % des factures réglées par le CLEISS et les autres caisses de Sécurité sociale. Notons que 24 % des remboursements de factures sont allés vers la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, qui relèvent de conventions bilatérales.
De même, les remboursements à la France les plus importants proviennent de pays frontaliers : Allemagne, Belgique, Luxembourg et Royaume-Uni. Ces 4 pays totalisent 76 % des créances présentées par le CLEISS en 2011.

DÉFINITIONS

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

CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale. Il rembourse les prestations servies par les institutions étrangères à des assurés du régime français ; il demande aux institutions étrangères le remboursement des prestations servies par les organismes de santé français pour les soins dispensés en France à des assurés de régimes étrangers.

CNSE : Centre national des soins à l'étranger. Pour les pays hors convention.

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

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport statistique – exercice 2011 », CLEISS, disponible sur le site www.cleiss.fr.

Les échanges extérieurs d'activités pour la santé humaine

En millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Soins des assurés sociaux français à l'étranger* (1)	**301**	**340,0**	**309,0**	**336,0**	**427,0**	**448,0**	**479,2**
dont importations (des résidents en France) (2)	258	261,0	195,0	228,0	302,0	269,0	241,0
Soins des assurés sociaux étrangers en France (2)**	**571**	**516,0**	**574,0**	**754,0**	**796,0**	**876,0**	**736,0**

* Soins effectués à l'étranger par des assurés français qu'ils soient résidents en France ou à l'étranger.
** Soins effectués en France par des assurés étrangers qu'ils soient résidents à l'étranger ou en France.
Sources • (1) Direction de la Sécurité sociale – ONDAM ; (2) INSEE, Comptes nationaux.

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

En millions d'euros

	2009	2010	2011
Factures	**174**	**236**	**250**
dont importations	130	187	204
soins inopinés	110	141	138
soins programmés	20	46	66
dont soins aux assurés français résidant à l'étranger*	44	49	46
Forfaits Soins de familles d'assurés français résidant à l'étranger*	109	208	108

* Exclus du champ de la comptabilité nationale.
Sources • CLEISS, Comptes 2009, 2010 et 2011.

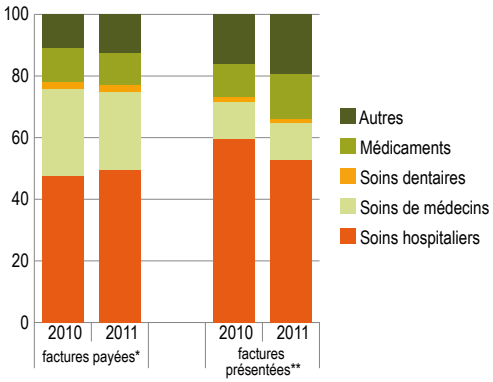
Les créances présentées par le CLEISS

En millions d'euros

	2009	2010	2011
Factures	**446**	**373**	**452**
dont exportations	192	167	131
soins inopinés	152	135	110
soins programmés	40	32	21
dont soins aux assurés français résidant à l'étranger*	254	206	321
Forfaits Soins de familles d'assurés français résidant à l'étranger*	515	154	329

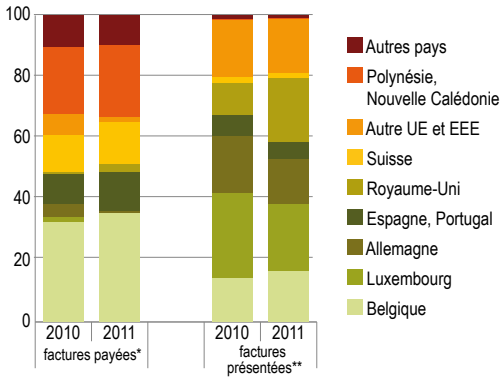
* À ajouter à la CSBM pour évaluer le montant global de la consommation de santé des résidents.
Sources • CLEISS, Comptes 2009, 2010 et 2011.

Répartition des factures par types de soins



* Factures payées par le CLEISS et les organismes de Sécurité sociale (CNSE, MSA…).
** Factures présentées par le CLEISS uniquement.
Sources • CLEISS, Comptes 2010 et 2011.

Répartition des factures par pays



* Factures payées par le CLEISS et les organismes de Sécurité sociale (CNSE, MSA…).
** Factures présentées par le CLEISS uniquement.
Sources • CLEISS, Comptes 2010 et 2011.

2.1 ● La Dépense courante de santé

La **Dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux, à la différence de la DTS (Dépense totale de santé) utilisée en comparaison internationale (*cf.* fiche 3.1).

Plus précisément, la Dépense courante de santé comprend :

- la **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** ;
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA, EHPAD, USLD** des hôpitaux) et à domicile (**SSAD**), les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ;
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective ;
- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, **FIQCS** et aide à la télétransmission), la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé ;
- les coûts de gestion du système de santé.

*L'évaluation des coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) a été revue à la baisse en raison du changement de réglementation intervenu sur la contribution de ces organismes au Fonds CMU (*cf. *fiche 2.7 sur les coûts de gestion). Transformée en taxe à compter du 1er janvier 2011, cette contribution ne doit plus être comptabilisée dans les charges de gestion des OC. Dans un souci d'homogénéité statistique, elle a été retranchée des coûts de gestion sur l'ensemble de la période 2000-2010.*

La DCS est ainsi évaluée pour l'année 2012 à 243 milliards d'euros, soit 3 714 euros par habitant. Compte tenu de la diminution des coûts de gestion mentionnée ci-dessus, la DCS représente 12 % du PIB en 2012 (contre 12,2 % dans son évaluation précédente). La croissance en valeur de la DCS est de 2,1 % en 2012.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+ 2,2 % en valeur en 2012), qui en représente plus des trois quarts. Ce sont les « autres dépenses pour les malades » qui représentent ensuite la part la plus importante (12,8 %), devant les coûts de gestion (5,9 %), les dépenses pour le système de soins (3,4 %) et la prévention institutionnelle (2,4 %).

La structure de la Dépense courante de santé a évolué depuis 2000. Si la part de la CSBM est restée la même, on observe une progression des « autres dépenses en faveur des malades », notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement.

DÉFINITIONS

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

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

EHPA : établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : unités de soins de longue durée.

SSAD : services de soins à domicile.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Annexe 1, p. 212.

Dépense courante de santé

En millions d'euros

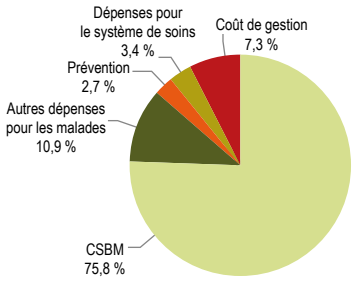
	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépense courante de santé	**151 305**	**169 407**	**187 790**	**201 838**	**210 152**	**218 284**	**226 789**	**232 030**	**238 128**	**242 984**
en % du PIB	**10,2**	**10,7**	**11,1**	**11,3**	**11,2**	**11,4**	**12,1**	**12,0**	**11,9**	**12,0**
CSBM	**114 574**	**128 134**	**142 668**	**153 748**	**160 352**	**165 710**	**171 149**	**175 231**	**179 608**	**183 623**
Autres dépenses pour les malades	**16 412**	**19 066**	**21 453**	**23 490**	**24 722**	**26 673**	**28 555**	**29 652**	**30 653**	**31 030**
SSAD	602	705	837	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469
Soins aux personnes âgées en établissements	2 867	3 337	4 031	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	8 111	8 317
Soins aux personnes handicapées en établissement	4 744	5 322	6 158	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755
Indemnités journalières	8 199	9 703	10 426	10 487	10 803	11 455	11 936	12 398	12 613	12 489
Prévention	**4 095**	**4 744**	**4 970**	**5 263**	**5 467**	**5 720**	**6 477**	**5 770**	**5 788**	**5 791**
Prévention individuelle	2 316	2 511	2 882	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
- Prévention primaire	1 947	2 121	2 430	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
- Prévention secondaire	369	390	452	519	569	588	615	604	622	613
Prévention collective	1 779	2 233	2 088	2 251	2 301	2 424	3 041	2 376	2 368	2 378
Dépenses pour le système de soins	**7 856**	**8 981**	**9 680**	**10 632**	**10 859**	**11 251**	**11 461**	**11 663**	**11 894**	**12 039**
Subventions au système de soins	1 628	1 833	2 103	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 562	2 660
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 275	6 610	7 035	7 243	7 401	7 451	7 421	7 452	7 469
Formation	807	873	967	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 880	1 910
Coût de gestion de la santé*	**11 014**	**11 669**	**12 416**	**12 554**	**12 808**	**13 060**	**13 207**	**13 601**	**14 077**	**14 366**
Double compte (recherche pharmaceutique)	**-2 711**	**-3 187**	**-3 397**	**-3 850**	**-4 056**	**-4 131**	**-4 060**	**-3 887**	**-3 893**	**-3 864**

* Coût de gestion des organismes complémentaires hors contribution au Fonds CMU.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance en valeur de la DCS et du PIB

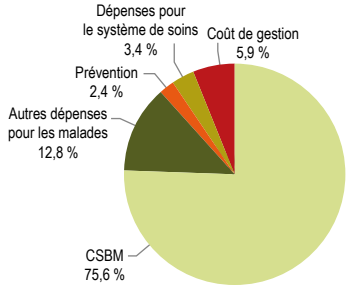
Sources • DREES pour la DCS ; INSEE pour le PIB.

Structure de la DCS en 2000



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de la DCS en 2012



Sources • DREES, Comptes de la santé.

2.2 ● Les soins de longue durée aux personnes âgées

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

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

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

En 2012, 8,3 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit une hausse de 4,4 % par rapport à 2011. Après six années de très forte hausse (12,2 % par an en moyenne) entre 2002 et 2009, le rythme de croissance annuel de cette dépense s'est stabilisé depuis 2 ans aux alentours de 4 %.
On observe même une sous-consommation de l'OGD pour personnes âgées pour la deuxième année consécutive : -189 millions d'euros en 2012 après -245 millions en 2011.

Les soins en EHPA ou EHPAD représentent 7,3 milliards d'euros, soit 4,9 % de plus qu'en 2011. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est lié à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et à la forte expansion des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2012, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 42 500, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à 563 000. En 2012, le taux d'occupation est de 91 % des capacités en EHPA et de 92 % en EHPAD. Le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 60 % fin 2011.

Les EHPA appartiennent très majoritairement au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif : 698 établissements sur 740.
Parmi les 6 889 EHPAD, on compte 3 017 établissements publics, 2 165 privés à but non lucratif et 1 707 privés à but lucratif.
Ainsi, malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes, les établissements publics ou à but non lucratif restent encore largement majoritaires.

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2012, la consommation de soins réalisée dans les USLD s'élève à un peu plus d'un milliard d'euros.

Par ailleurs, les services de soins à domicile (SSAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,5 milliard d'euros en 2012, soit un triplement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 116 000 personnes en 2012 (111 000 en 2011). Les soins dispensés par les SSAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites.

DÉFINITIONS

EHPA : établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

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

GIR : groupes iso-ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

ONDAM : Objectif national de dépenses d'Assurance maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

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

Perrin-Haynes J., « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/2007 », *Document de travail,* DREES, n° 142, février 2010.

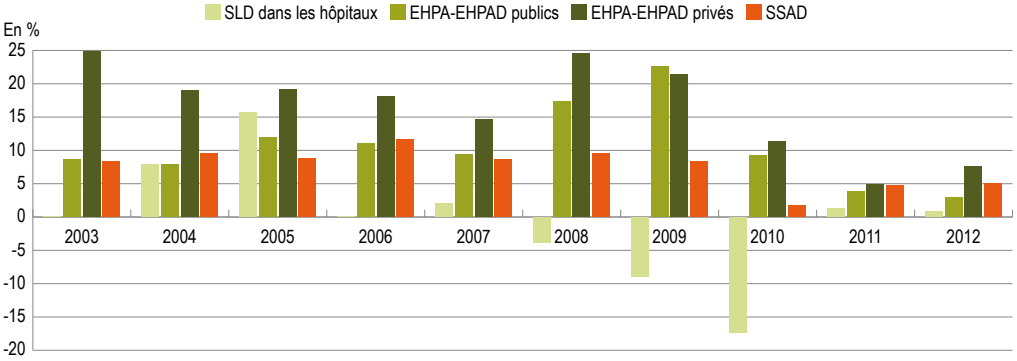
Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

En millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins de longue durée aux personnes âgées	**4 408**	**4 868**	**5 546**	**6 100**	**6 639**	**7 521**	**8 584**	**8 999**	**9 361**	**9 786**
Évolution en %	*9,1*	*10,4*	*13,9*	*10,0*	*8,8*	*13,3*	*14,1*	*4,8*	*4,0*	*4,5*
dont ONDAM personnes âgées	3 301	3 629	4 142	4 367	4 794	5 523	6 267	7 170	7 588	8 045
dont Contribution CNSA				834	888	918	882	896	887	932
Soins en établissements pour personnes âgées	**3 645**	**4 031**	**4 635**	**5 082**	**5 534**	**6 310**	**7 273**	**7 665**	**7 963**	**8 317**
Évolution en %	*9,2*	*10,6*	*15,0*	*9,7*	*8,9*	*14,0*	*15,3*	*5,4*	*3,9*	*4,4*
Soins de longue durée dans les hôpitaux	**1 126**	**1 216**	**1 407**	**1 409**	**1 439**	**1 383**	**1 258**	**1 039**	**1 053**	**1 062**
Évolution en %	*0,1*	*7,9*	*15,7*	*0,1*	*2,1*	*-3,9*	*-9,0*	*-17,4*	*1,3*	*0,9*
Soins en EHPA-EHPAD	**2 518**	**2 815**	**3 228**	**3 673**	**4 095**	**4 928**	**6 015**	**6 626**	**6 910**	**7 254**
Établissements publics	1 632	1 761	1 972	2 190	2 396	2 813	3 448	3 766	3 909	4 023
Évolution en %	*8,7*	*7,9*	*12,0*	*11,1*	*9,4*	*17,4*	*22,6*	*9,2*	*3,8*	*2,9*
Établissements privés à but non lucratif	625	697	790	904	1 004	1 216	1 485	1 669	1 735	1 861
Évolution en %	*10,6*	*11,6*	*13,3*	*14,4*	*11,1*	*21,1*	*22,1*	*12,4*	*3,9*	*7,3*
Établissements privés à but lucratif	261	357	466	579	695	899	1 083	1 191	1 266	1 370
Évolution en %	*80,2*	*36,6*	*30,5*	*24,2*	*20,0*	*29,4*	*20,4*	*10,0*	*6,3*	*8,2*
Services de soins à domicile (SSAD)	**763**	**837**	**911**	**1 017**	**1 106**	**1 211**	**1 311**	**1 334**	**1 398**	**1 469**
Évolution en %	8,3	9,6	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1

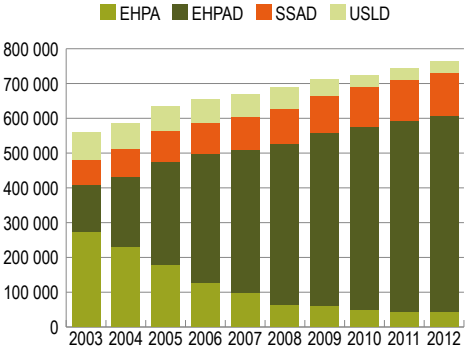
Sources • DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

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



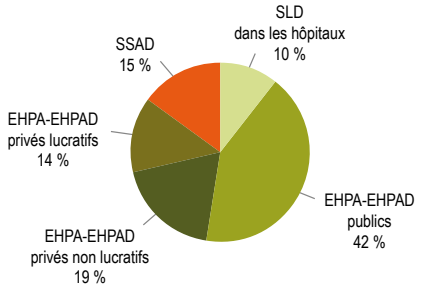
Sources • CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements pour personnes âgées



Sources • CNAMTS, Commission nationale de répartition ;
DREES, SAE pour les USLD.

Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2012



Sources • CNAMTS, Commission nationale de répartition.

2.3 ● Les soins de longue durée aux personnes handicapées

Depuis la base 2005 sont aussi retracés les soins apportés aux personnes handicapées. Ceux-ci sont financés par l'Assurance maladie via l'**ONDAM** médico-social (8,4 milliards d'euros en 2012) et par la **CNSA** (0,3 milliard d'euros), l'ensemble représentant l'**OGD** médico-social personnes handicapées. Les soins aux personnes handicapées s'élèvent ainsi à 8,7 milliards d'euros en 2012, soit une hausse de 2,6 % par rapport à 2011. En 2011, l'ONDAM médico-social pour personnes handicapées s'était établi à 8,3 milliards : 6,3 milliards pour les soins dispensés à des enfants et à des adolescents (85 % dans des établissements accueillant des enfants et des adolescents, avec ou sans hébergement, et 15 % dans les services médico-sociaux) et environ 2,1 milliards pour les soins dispensés à des adultes (93 % pour les établissements et 7 % pour les services).

Selon l'enquête ES-Handicap 2010, les établissements pour enfants et adolescents handicapés offraient 106 000 places fin 2010. Les plus nombreux sont les **IME**, avec près de 70 000 places (dont 31 % en internat et 69 % en externat/accueil de jour) et les **ITEP** avec 15 000 places (dont 56 % en internat). Viennent ensuite les **EJDS** (7 800 places), les **IEM** (7 500 places) et les **EP** (5 600 places dont 51 % en internat). Les enfants accueillis dans ces établissements y sont le plus souvent scolarisés. Les services à l'enfance handicapée **SESSAD** offraient 44 000 places, soit 10 000 de plus qu'en 2006. Ces services assurent un accompagnement personnalisé des enfants ou adolescents pour leur maintien dans leur milieu de vie habituel : 96 % des bénéficiaires sont scolarisés en milieu ordinaire. À l'offre de services des SESSAD s'ajoutent les services de soins ambulatoires qui proposent du dépistage précoce et des suivis en consultation, assurés par les **CAMSP** pour des enfants âgés de moins de 6 ans et par les **CMPP** pour les enfants de moins de 20 ans. En 2010, 65 000 enfants ont été suivis par les CAMSP et 175 000 par les CMPP.

Selon l'enquête ES-2010-handicap, les établissements d'hébergement pour adultes handicapés offraient 140 000 places. Les financements de l'Assurance maladie se dirigent surtout vers les structures médicalisées, qui accueillent les personnes lourdement handicapées ayant besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Les **MAS** (24 000 places) sont entièrement financées par l'Assurance maladie ; elles accueillent des personnes souffrant de déficiences intellectuelles (41 % des personnes accueillies) ou de polyhandicap (30 %). Les **FAM** (20 500 places), financés partiellement par l'Assurance maladie, accueillent majoritairement des déficients intellectuels, psychiques et moteurs. L'âge moyen des personnes accueillies en MAS et en FAM progresse : plus de 30 % d'entre elles ont plus de 50 ans. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés se sont fortement développés entre 2006 et 2010, notamment les **SAVS** – qui accompagnent 38 000 adultes – et les **SAMSAH**. Seuls ces derniers sont financés pour partie par l'Assurance maladie (80 millions en 2011). Leur nombre a été multiplié par 4 depuis 2006 : il s'élève à 250 en 2010 pour 7 300 personnes accueillies.

DÉFINITIONS

ONDAM : Objectif national de dépenses d'Assurance maladie ; **CNSA :** Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
IME : instituts médico-éducatifs ; **ITEP :** instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques.
EJDS : établissements pour jeunes déficients sensoriels ; **IEM :** instituts d'éducation motrice.
EP : établissements pour enfants polyhandicapés ; **SESSAD :** services d'éducation spéciale et de soins à domicile.
CAMSP : centres d'action médico-sociale précoce ; **CMPP :** centres médico-psycho-pédagogiques.
MAS : maisons d'accueil spécialisées ; **FAM :** foyers d'accueil médicalisés.
SAVS : services d'accompagnement à la vie sociale, financés par les départements.
SAMSAH : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

POUR EN SAVOIR PLUS

Makdessi Y., « L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et Résultats,* DREES, n° 832, février 2013.
Mordier B., « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et Résultats,* DREES, n° 833, février 2013.
Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail, Série Statistiques,* DREES, n° 177, mars 2013.
Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail, Série Statistiques,* DREES, n° 180, juin 2013.

Dépenses de soins de longue durée aux personnes handicapées

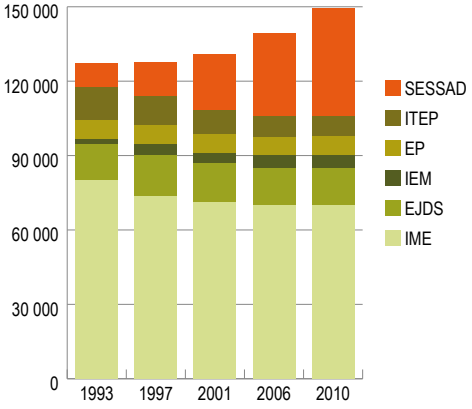
En millions d'euros

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Objectif global de dépenses	**4 491**	**4 744**	**5 322**	**6 158**	**6 904**	**7 279**	**7 697**	**8 035**	**8 255**	**8 531**	**8 755**
Évolution en %					*3,6*	*5,4*	*5,7*	*4,4*	*2,7*	*3,4*	*2,6*
dont ONDAM pers. handicapées	4 491	4 744	5 322	6 158	6 638	6 996	7 376	7 727	7 941	8 251	8 444
dont Contribution CNSA					266	283	321	309	314	280	311

Sources • DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

Accueil pour enfants handicapés

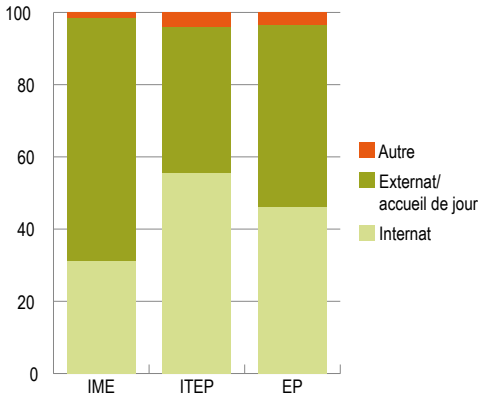
Nombre de places au 31/12/2010



Sources • DREES, Enquêtes ES 1993 à 2010.

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

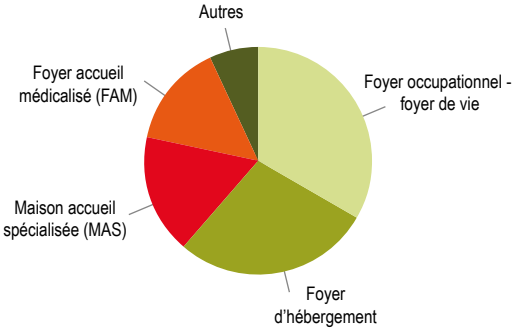
Au 31/12/2010



Sources • DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

Répartition des places d'hébergement pour adultes handicapés*

Au 31/12/2010



*** 90 % du financement ONDAM sur MAS et FAM.**

Sources • DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

Accompagnement d'adultes handicapés

Nombre de places au 31/12/2010

Seuls les SAMSAH sont financés sur l'ONDAM.

Sources • DREES, Enquête ES-Handicap 2010.

2.4 ● Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques maladie, accident du travail et maternité versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique). En 2012, elles s'élèvent à 12,5 milliards d'euros. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (+8 % par an en moyenne), leur rythme de croissance a nettement ralenti entre 2004 et 2006 et de nouveau depuis 2011 (+1,7 % seulement). En 2012, les indemnités journalières (IJ) diminuent de 0,8 % par rapport à 2011. Cette baisse résulte :

- de la dégradation du marché du travail qui vient limiter le recours aux arrêts maladie ;
- de l'atteinte d'objectifs de maîtrise médicalisée, avec une baisse des volumes prescrits ;
- de la modification du mode de calcul des IJ : depuis le 1er janvier 2012, le plafond de calcul des IJ maladie a été abaissé à 1,8 SMIC.

On observe une modification significative de la structure des indemnités journalières selon les différents risques : si les IJ « maladie » représentent toujours une bonne moitié de la dépense, la part des IJ « accident du travail » a augmenté, passant de 18,5 % en 2000 à 21,6 % en 2012.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont gardé un rythme de croissance de 3 % à 4 % par an en moyenne jusqu'en 2010. Elles sont stables en 2011 et augmentent légèrement en 2012 : +0,8 %.

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

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

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

- une forte progression de 2001 à 2003, qui s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Au cours de ces trois années, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée aux alentours de 10,4 milliards d'euros ;
- une reprise de la hausse du volume des dépenses d'indemnités journalières rapporté à l'emploi à partir de 2007 ;
- une chute depuis la mi-2011, qui s'explique principalement par la hausse du chômage.

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

À partir du 1er décembre 2010, le calcul des indemnités journalières versées par la CNAM, la MSA et le RSI est effectué sur une base de 365 jours au lieu de 360, ce qui représente une économie de 110 millions d'euros en année pleine. Enfin, l'abaissement à 1,8 SMIC du salaire maximal pris en compte pour le calcul des IJ maladie en 2012 doit permettre une économie de 150 millions d'euros en année pleine.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Ali Ben Halima M., Debrand T., Regaert C., « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », *Questions d'économie de la santé,* IRDES, n° 177, juin 2012.

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

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

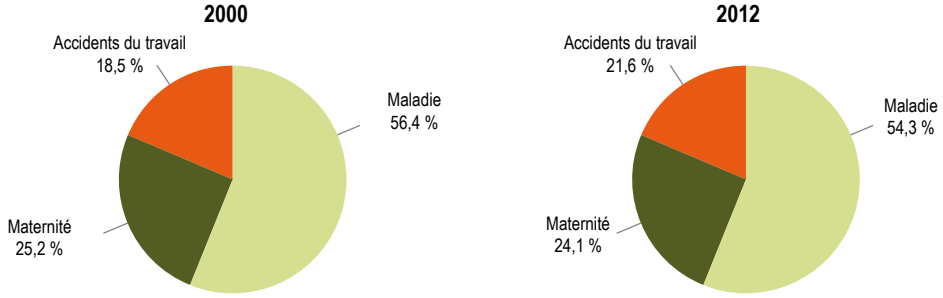
Dépenses d'indemnités journalières

En millions d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**9 703**	**10 386**	**10 426**	**10 412**	**10 487**	**10 803**	**11 455**	**11 936**	**12 398**	**12 613**	**12 516**
Maladie	5 519	5 924	5 892	5 802	5 691	5 845	6 215	6 458	6 731	6 838	6 730
Maternité	2 254	2 360	2 421	2 498	2 619	2 644	2 784	2 891	2 989	2 982	3 007
Accidents du travail	1 929	2 102	2 113	2 113	2 176	2 315	2 455	2 587	2 678	2 792	2 779
Évolution (en %)	**9,8**	**7,0**	**0,4**	**-0,1**	**0,7**	**3,0**	**6,0**	**4,2**	**3,9**	**1,7**	**-0,8**

Sources • DREES, ensemble des régimes de base d'Assurance maladie.

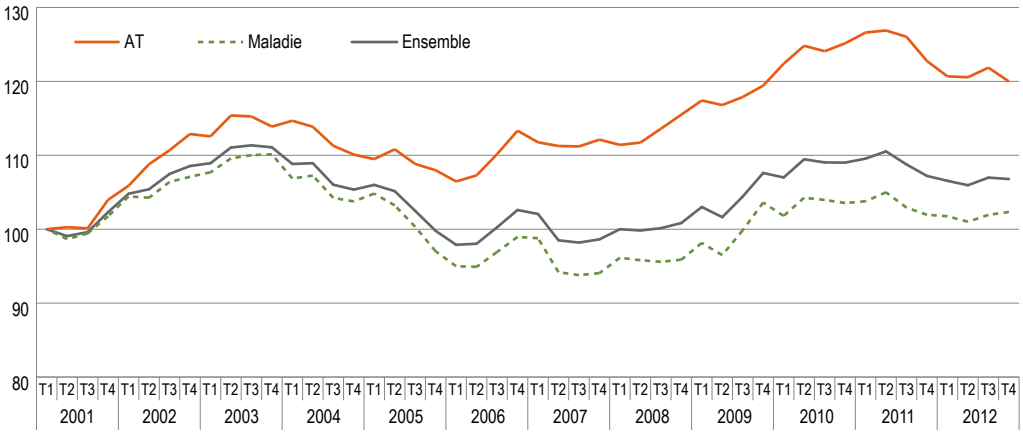
Répartition des indemnités journalières selon le risque



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi, pour les salariés du régime général

Base 100 au premier trimestre 2001



Sources • CNAMTS (régime général des salariés) pour les IJ, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

2.5 ● La prévention institutionnelle

La consommation de services de **prévention institutionnelle** (ou organisée) s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2012 comme en 2011, dont 3,4 milliards pour la prévention individuelle et 2,4 milliards pour la prévention collective.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes, et dont la totalisation ne contient pas de double compte avec la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

La **prévention individuelle primaire** vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La **vaccination** en est l'exemple type. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à 624 millions d'euros en 2012, mais sont présentées ici les seules dépenses de vaccination « organisée », financées par les collectivités locales et le **FNPEIS** (107 millions en 2012) ; le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM. La prévention primaire comprend également les actions de la Protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, ainsi que la médecine scolaire et la médecine du travail. Notons que cette dernière représente à elle seule 24 % de l'ensemble des dépenses de prévention institutionnelle.

La **prévention individuelle secondaire** tend à repérer les maladies avant leur développement, ce qui exclut les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le sida et les hépatites. Avec les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 M€ en 2003 à 184 M€ en 2012. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a presque triplé entre 2003 et 2012 (51 M€), avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes : en 2012, le taux de participation des jeunes à qui ce programme s'adresse atteint 35 %.

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

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

Avec 5,8 milliards d'euros en 2012, les dépenses de prévention institutionnelle s'élèvent à près de 89 euros par habitant. Elles représentent 2,4 % de la Dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales ont financé 58 % de ces dépenses en 2012 (59 % en 2011), la Sécurité sociale 17 % (16 % en 2011) et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, comme en 2011). Entre 1995 et 2012, cette structure a peu évolué, sauf en 2009 en raison de la part exceptionnelle prise par la Sécurité sociale dans la prévention de la grippe H1N1.

DÉFINITIONS

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

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES (*Études et Résultats,* n° 504, juillet 2006) ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

« M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance maladie », CNAM, *Point d'information,* mai 2013.

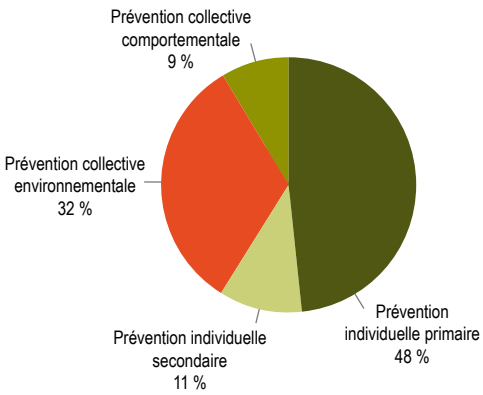
Dépenses de prévention institutionnelle

En millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**5 025**	**4 970**	**5 055**	**5 261**	**5 467**	**5 720**	**6 477**	**5 770**	**5 788**	**5 791**
Évolution en %	4,8	-1,8	1,1	4,1	3,4	2,7	13,2	-10,9	0,3	0,0
PRÉVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	**2 281**	**2 430**	**2 412**	**2 491**	**2 597**	**2 707**	**2 822**	**2 790**	**2 798**	**2 799**
Vaccins*	93	104	97	101	104	107	132	108	109	107
PMI – Planning familial	599	683	619	630	653	677	693	688	683	668
Médecine du travail	1 272	1 311	1 334	1 370	1 407	1 465	1 508	1 512	1 536	1 527
Médecine scolaire	316	332	362	390	434	458	488	482	470	498
PRÉVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	**427**	**452**	**502**	**519**	**569**	**588**	**615**	**604**	**622**	**613**
Dépistage des tumeurs	91	112	143	143	159	172	182	173	193	184
Dépistage – lutte contre les maladies infectieuses	140	140	149	164	189	174	178	180	179	177
Autres pathologies	13	13	12	15	14	18	21	21	21	21
Examens de santé	165	166	173	170	175	177	184	181	179	181
Bilans bucco-dentaires	18	21	25	27	32	48	51	49	50	51
PRÉVENTION COLLECTIVE	**2 316**	**2 088**	**2 141**	**2 251**	**2 301**	**2 425**	**3 041**	**2 376**	**2 368**	**2 378**
À visée comportementale	***397***	***436***	***444***	***462***	***507***	***474***	***514***	***513***	***499***	***498***
Campagne en faveur des vaccinations	25	28	29	27	27	26	26	25	26	26
Lutte contre les addictions	67	72	69	74	90	91	103	104	104	106
Information, promotion, éducation à la santé	306	337	346	361	390	357	386	383	369	366
À visée environnementale	***1 919***	***1 652***	***1 697***	***1 789***	***1 795***	***1 951***	***2 526***	***1 862***	***1 869***	***1 880***
Hygiène du milieu**	402	460	471	489	492	514	522	523	527	515
Prévention des risques professionnels	363	363	377	380	394	417	419	423	436	439
Prévention et lutte contre la pollution	250	245	202	181	145	156	157	225	198	172
Observation, veille, recherche, règlements***	85	106	129	104	117	129	137	139	137	218
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	6	7	10	32	93	97	580	-28	26	42
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	471	508	601	553	638	712	582	546	494

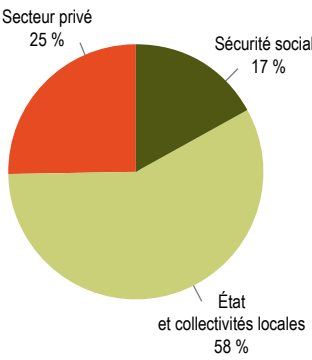
* Selon l'ANSM, les dépenses totales de vaccination s'élèvent à 624 millions d'euros en 2012.
** Y compris lutte anti-vectorielle.
*** Rédaction, mise en application des réglements concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention sanitaire.
Sources • Calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention 2012



Sources • Calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention 2012



Sources • Calculs DREES.

2.6 ● Les dépenses en faveur du système de soins

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :
- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les **subventions au système de soins** s'élèvent à 2,7 milliards d'euros en 2012. Elles comprennent :
- la prise en charge par l'Assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé, soit 2,3 milliards d'euros en 2012. Mise en place en 1960 pour les médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements, sauf exception). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes…) ;
- la dotation versée par l'Assurance maladie au **FIQCS** qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville, soit 220 millions d'euros en 2012 ;
- l'**aide à la télétransmission,** soit 128 millions d'euros en 2012.

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

La **recherche médicale et pharmaceutique** a été évaluée à 7,45 milliards d'euros en 2011, soit 114 euros par habitant. Pour le compte provisoire de l'année 2012, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élèverait à 7,47 milliards d'euros.

En 2000, les financements publics et privés étaient équivalents ; la place du secteur privé a progressé et atteint 57 % en 2007, pour revenir à 52 % en 2012. Ces dépenses comprennent :
- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la Mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (MIRES) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), institut Pasteur, institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc. ;
- la part liée à la santé dans les financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;
- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives).

En 2012, les **dépenses de formation des personnels médicaux** s'élèvent à 1,9 milliard d'euros, soit 1,6 % de plus qu'en 2011. Leur rythme de croissance ralentit depuis trois ans, après plusieurs années de forte hausse due principalement à :
- une augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire ;
- une hausse des coûts des formations sanitaires observée après la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation (près de 90 %). La Sécurité sociale contribue au financement de la formation continue des médecins et au financement des Instituts de formations aux soins infirmiers (IFSI) (budgets annexes des hôpitaux). Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes, tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'institut Pasteur, autofinancent la formation qu'ils dispensent.

DÉFINITION

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

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

Aide à la télétransmission : elle a figuré dans les charges de gestion courante de la CNAM jusqu'en 2009 ; elle a donc été retranchée jusqu'en 2009 des coûts de gestion de la CNAM figurant dans la fiche 2.7.

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

Les dépenses en faveur du système de soins

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**7 856**	**8 981**	**9 680**	**10 632**	**10 859**	**11 251**	**11 461**	**11 663**	**11 894**	**12 039**
Évolution en %	*6,7*	*8,4*	*4,0*	*6,6*	*2,1*	*3,6*	*1,9*	*1,8*	*2,0*	*1,2*
Subventions au système de soins*	1 628	1 833	2 103	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 562	2 660
dont PAM	*1 613*	*1 719*	*1 957*	*2 086*	*1 863*	*1 880*	*1 958*	*2 040*	*2 165*	*2 312*
dont FIQCS et aide à la télétransmission	*15*	*114*	*146*	*191*	*211*	*310*	*268*	*357*	*397*	*348*
Recherche médicale et pharmaceutique**	5 422	6 275	6 610	7 035	7 243	7 401	7 451	7 421	7 452	7 469
Formation des personnels médicaux	807	873	967	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 880	1 910

* Prise en charge par l'Assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé, FICQS et aide à la télétransmission.
** Y compris « double compte » des tableaux de financement par type de financeur.
Sources • DREES, ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Recherche médicale et pharmaceutique

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**5 422**	**6 275**	**6 610**	**7 035**	**7 243**	**7 401**	**7 451**	**7 421**	**7 452**	**7 469**
Évolution en %	*8,9*	*8,9*	*2,1*	*6,3*	*3,0*	*2,2*	*0,7*	*-0,4*	*0,4*	*0,2*
Financements budgétaires	**2 662**	**3 049**	**3 171**	**3 097**	**3 116**	**3 191**	**3 344**	**3 498**	**3 523**	**3 568**
Budget civil de recherche et développement	1 708	1 994	2 001	1 961	1 924	1 851	1 890	1 948	1 937	1 982
Universités et hôpitaux*	954	1 055	1 170	1 136	1 192	1 340	1 454	1 550	1 586	1 586
Autres financements	**2 760**	**3 226**	**3 439**	**3 938**	**4 127**	**4 210**	**4 108**	**3 923**	**3 929**	**3 901**
Industries pharmaceutique et de matériel médical**	2 641	3 108	3 311	3 810	4 012	4 084	3 992	3 815	3 822	3 793
Secteur associatif	119	118	128	128	115	126	116	108	108	108

* Y compris PHRC repris dans la ligne « double compte » des tableaux de financement par type de financeur.
** Ligne reprise dans la ligne « double compte » des tableaux de financement par type de financeur.
Sources • ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

2.7 ● Les coûts de gestion du système de santé

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 14,4 milliards d'euros en 2012. Ils comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (y compris les contributions versées aux **ARS**) ;
- des organismes complémentaires : mutuelles, assurances, institutions de prévoyance et Fonds CMU ;
- de l'**ONIAM** ;

ainsi que :

- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (y compris celui des ARS) ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (**HAS, ATIH, CNG, ANAP**).

Concernant l'Assurance maladie sont comptabilisés les coûts de gestion des différents régimes (hors aide à la télétransmission retracée avec les subventions au système de soins). Ces coûts s'élèvent à 7,2 milliards d'euros en 2012.

Depuis le passage à la LOLF en 2005, il n'existe plus de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins), hors subventions à la HAS, à l'ATIH et au CNG. Au total, le montant retenu pour le ministère chargé de la Santé est de 0,8 milliard d'euros en 2012.

Pour les opérateurs publics (HAS, CNG, ATIH, ANAP), le montant des financements publics ou de leurs frais de gestion (ONIAM) s'élève à 0,15 milliard d'euros en 2012. Les autres opérateurs publics tels que l'INPES, l'InVS ou l'EPRUS sont déjà comptabilisés dans les dépenses de prévention (fiche 2.5).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) ont été évalués à partir des données recueillies par l'**Autorité de contrôle prudentiel (ACP)**. Par rapport à l'estimation présentée l'an dernier, les coûts de gestion des OC diminuent en raison du changement de réglementation comptable intervenu au 1er janvier 2011. En effet, jusqu'en 2010, la **contribution au Fonds CMU** des OC était comptabilisée dans leur compte de charges de gestion courante ; à partir de 2011, cette contribution devient une taxe comptabilisée en compte de tiers, ainsi exclue des charges de gestion. Ainsi, pour l'année 2011, les coûts de gestion des OC ont été évalués à 6 milliards d'euros : 3 milliards pour les mutuelles, 2,2 milliards pour les sociétés d'assurances et 0,8 milliard pour les institutions de prévoyance (*cf.* « Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, 2012).
Dans un souci d'homogénéité, la série des coûts de gestion des OC a été recalculée pour les années 2000-2010 hors contribution versée par les OC au Fonds CMU.

DÉFINITIONS

ARS : Agence régionale de santé.
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
HAS : Haute Autorité de santé.
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance.
EPRUS : Établissements de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.
InVS : Institut de veille sanitaire.
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
Autorité de contrôle prudentiel (ACP) : créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACP recueille des états de contrôle prudentiel ainsi que des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire.
Contribution au Fonds CMU : jusqu'en 2010, cette contribution est comptabilisée par les organismes complémentaires dans leurs charges de gestion (classe 6 du plan comptable des organismes d'assurances) ; à partir de 2011, elle se transforme en taxe comptabilisée en compte de tiers (classe 4 du plan comptable).

POUR EN SAVOIR PLUS

Jacod O., Zaidman C., « Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – 2012 », DREES, décembre 2012.

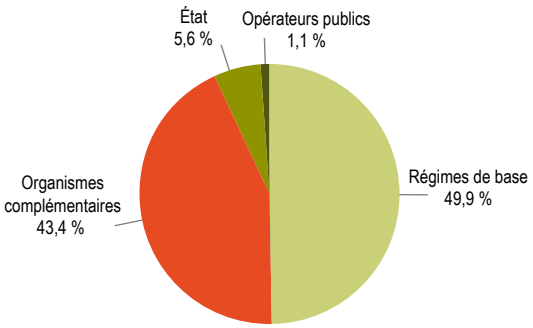
Coûts de gestion du système de santé

En millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	**11 014**	**11 669**	**12 416**	**12 554**	**13 060**	**13 207**	**13 601**	**14 077**	**14 366**
Principaux organismes gérant le risque maladie*	*6 659*	*6 926*	*7 215*	*7 052*	*7 190*	*7 216*	*7 215*	*7 137*	*7 166*
Organismes complémentaires**	3 843	4 150	4 542	4 776	5 076	5 156	5 513	6 012	6 239
- Mutuelles	*2 231*	*2 362*	*2 507*	*2 620*	*2 664*	*2 662*	*2 873*	*3 046*	*3 113*
- Sociétés d'assurance	*1 117*	*1 235*	*1 452*	*1 566*	*1 792*	*1 868*	*1 970*	*2 196*	*2 304*
- Institutions de prévoyance	*495*	*552*	*582*	*589*	*620*	*625*	*669*	*769*	*821*
- Fonds CMU	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*
Ministère chargé de la Santé	491	567	580	632	683	702	729	772	810
Opérateurs publics (HAS, ATIH, CNG, ANAP et ONIAM)***	21	27	78	94	111	134	144	157	152

* CNAMTS, MSA, RSI, autres régimes : frais de gestion (avant 2009, hors aide à la télétransmission comptée en subvention au système de soins).
** Coût de gestion des organismes complémentaires **hors contribution au Fonds CMU.**
*** Les financements des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (INPES, INVs, ABM, INTS, ANSM, EPRUS).
Sources • DREES, Comptes de la protection sociale ; DSS, comptabilité des organismes de sécurité sociale ;
calculs DREES à partir des données ACP et Fonds CMU pour les organismes complémentaires.

Structure des coûts de gestion du système de santé en 2012



Sources • DREES, Comptes de la santé.

3.1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé

La **Dépense totale de santé** (DTS) est le principal agrégat utilisé pour les comparaisons internationales entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2003.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DTS progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE était de 7,8 % du PIB en 2000. Elle est passée à 8,9 % en 2008, puis 9,6 % en 2009 et recule légèrement depuis : 9,5 % en 2010 et 9,3 % en 2011. La forte progression observée en 2009 résulte de la diminution du PIB intervenue cette année-là dans les pays de l'OCDE. En 2010 et 2011 en revanche, la part du PIB consacrée à la santé a diminué légèrement dans la plupart des pays.

La DTS de la France représente 11,6 % du PIB en 2011 (données établies sur un compte 2011 provisoire), ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. La France se place ainsi en 3e position derrière les États-Unis (17,7 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et devant l'Allemagne (11,3 %), le Canada (11,3 %), le Danemark (11,1 %) et la Suisse (11,0 % hors FBCF).
Lorsque l'on considère la **Dépense courante de santé** au sens de l'OCDE (égale à la DTS hors dépense en capital), les positions se resserrent : la France passe en 2e position avec 11,2 % du PIB, juste devant les Pays-Bas (11,1 %), l'Allemagne et la Suisse (11 %).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la Dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (**PPA**) plutôt que la dépense en points de PIB. Pour cet indicateur, la France se situe au 10e rang, à un niveau un peu supérieur à la moyenne de l'OCDE. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse et Norvège.

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car le passage de la dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, Eurostat et à l'OMS) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux). Certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse) ne comptabilisent pas de FBCF dans leur DTS.

Pour la France, la DTS est évaluée à partir de la Dépense courante de santé (DCS) diminuée des dépenses d'indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et de certaines dépenses sociales liées à la dépendance et au handicap (dépenses des départements liées à l'accueil des personnes handicapées).

DÉFINITIONS

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé ainsi que les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) au sens de l'OCDE : elle est égale à la DTS diminuée des dépenses d'investissement (formation brute de capital fixe [FBCF]).

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer lors de la conversion les différences de niveau des prix entre pays.

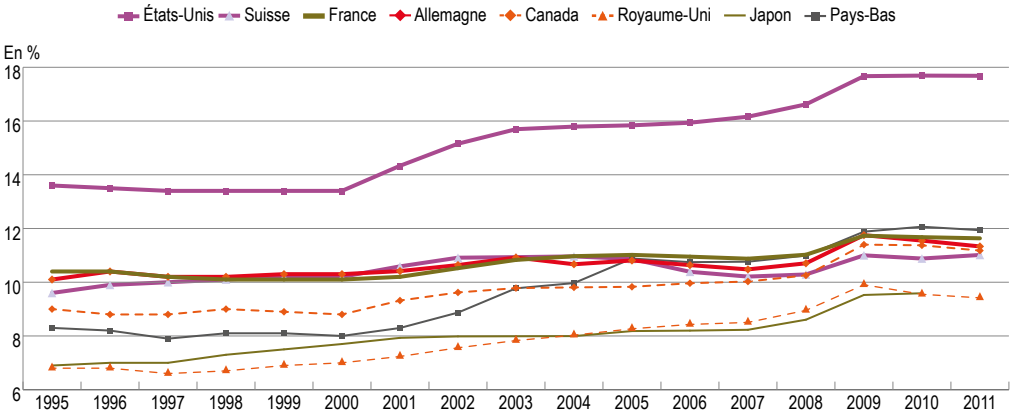
POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données « Éco-Santé 2013 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/health/sha.

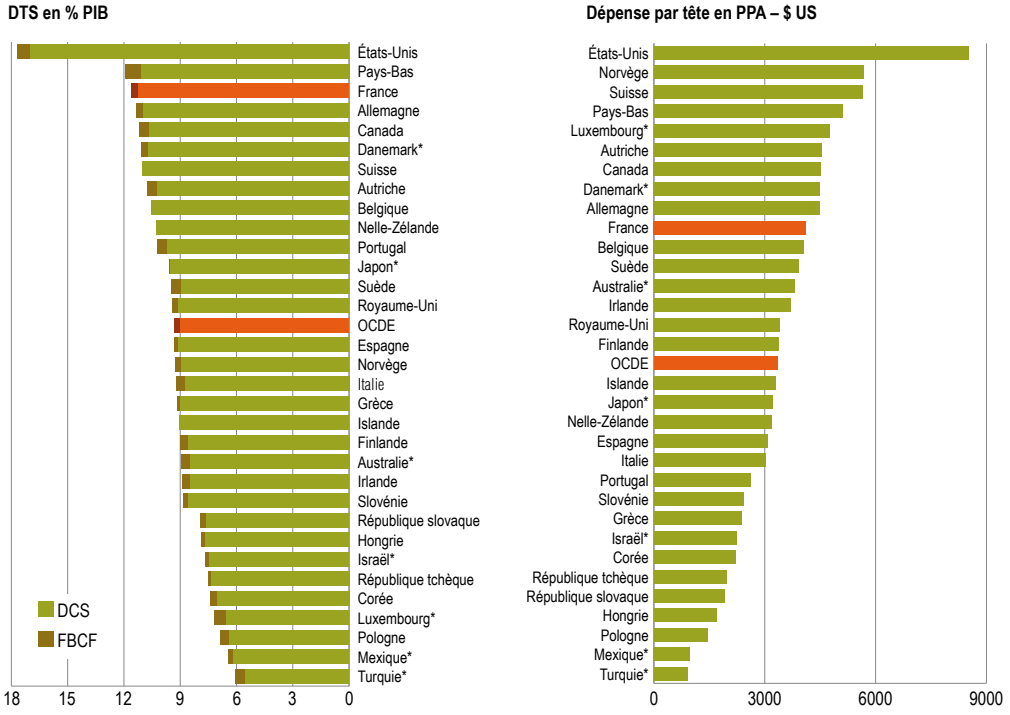
« Health at a glance – Europe 2012 », OCDE, décembre 2012.

Part de la Dépense totale de santé dans le PIB



Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Dépense totale de santé en 2011



* Données 2010 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

3.2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 83,6 milliards d'euros en 2011, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 46,4 % de la consommation individuelle de soins et de biens médicaux française, ce qui place la France en 2e position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière l'Australie et au même niveau que la Norvège.

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : en effet, elles dépendent étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. La chirurgie ambulatoire est, par exemple, restée interdite en Allemagne jusqu'en 1990, alors qu'elle se développait rapidement en France, d'où les écarts importants entre les deux pays. Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour de l'analyse des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe pour la France à 38,4 %, ce qui la place en 7e position.

Dans le système international des Comptes de la santé, deux approches sont utilisées concernant l'analyse des dépenses, celle par type de soins et celle par type de producteurs, comme l'illustre le cas des établissements hospitaliers.

***L'hôpital en tant que producteur** correspond à l'entreprise qui assure les soins : ainsi les montants des cliniques privées ne concernent que les dépenses de l'établissement et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant. Ces derniers sont producteurs de soins de médecins.* A contrario *les consultations externes des hôpitaux publics sont dans cette approche classées avec l'hôpital.*

***L'hôpital sous l'angle des soins** correspond aux montants dépensés en hospitalisation complète : ainsi les consultations externes des hôpitaux publics sont reclassées en ambulatoire, les soins de moins de 24 h publics et privés en soins de jour et les honoraires des médecins libéraux exerçant en hospitalisation complète réintégrés à l'hôpital privé.*

L'approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et de biens médicaux (y compris les soins de longue durée) est de 35,5 % pour la France en 2011, mais les niveaux des autres pays peuvent également varier de façon significative. La France se place alors à un niveau proche de celui de ses voisins européens.

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour les équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus.** En 2011, ce nombre s'élève à 3,43 lits pour 1 000 habitants en France pour 3,38 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits, passé de 4,7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3,38 en 2011. Le nombre important de lits de soins aigus observé en Allemagne ou en Autriche est lié au moindre développement de l'hospitalisation de jour dans ces deux pays.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme indicateur d'efficience du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier plus élevé. En 2010, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,2 jours contre 6,2 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette durée moyenne de séjour a baissé dans tous les pays : elle est passée de 8,7 jours en 1995 à 7,2 jours en 2000, puis 6,2 jours en 2010.

DÉFINITIONS

La Consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

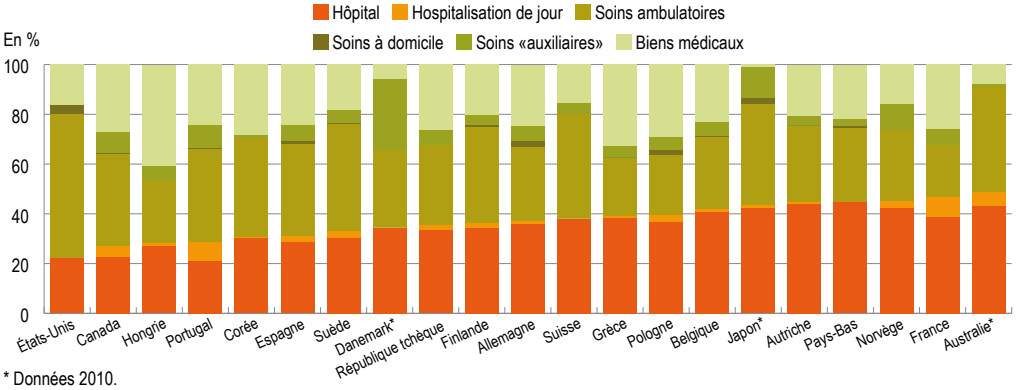
Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.

POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données Éco-Santé 2013 de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

« Panorama de la santé 2011 », OCDE, décembre 2011.

Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2011 (hors soins de longue durée)

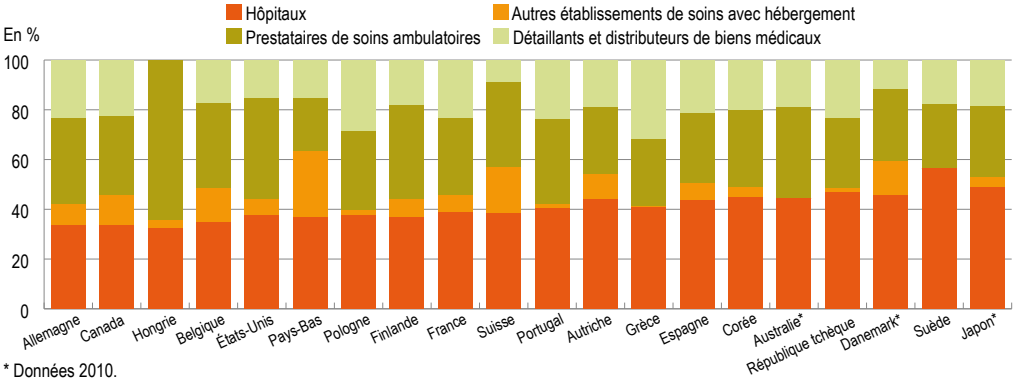


* Données 2010.

Note de lecture • la structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2011 (y compris soins de longue durée)

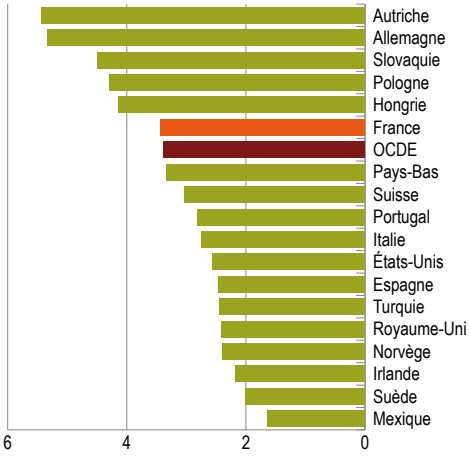


* Données 2010.

Note de lecture • la structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée).

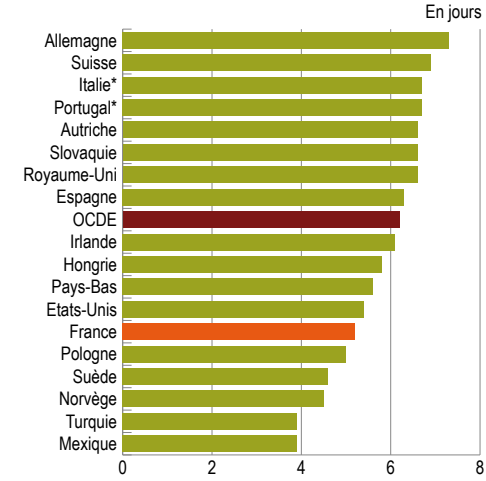
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2011



Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2010



* Données 2009.

Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

3.3 ● Comparaisons internationales sur les médecins

En 2011, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant, est de 3,2 pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays puisqu'elle va de moins de 2 médecins pour 1 000 habitants en Turquie à plus de 4,2 médecins pour 1 000 habitants en Espagne, Allemagne et Norvège et 6,1 en Grèce. La France se situe un peu au-dessus de la moyenne, avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

Cette densité de médecins a fortement augmenté durant les trente dernières années, mais son rythme de croissance se ralentit nettement depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, son rythme de croissance est devenu inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2010 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période, ainsi que les pays à faible densité de médecins (Mexique, Turquie). En revanche, la densité n'a que très peu progressé dans les pays qui, comme la France, ont mis en place un *numerus clausus* dans les années 1980-1990.

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes/généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 1,8 en 2011, avec toutefois une grande hétérogénéité entre les pays. En France, on compte presque autant de spécialistes que de généralistes, comme au Portugal, au Canada ou aux Pays-Bas. Mais en Suisse, au Royaume-Uni, aux États-Unis, dans les pays scandinaves ou d'Europe centrale, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les omnipraticiens. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la catégorie « autres ».

Dans plusieurs pays (Australie, Canada, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste. Dans d'autres (Suède par exemple), d'autres professionnels de santé (infirmiers spécialisés par exemple) jouent un rôle important dans les soins primaires, évitant ainsi le recours à un médecin.

En 2011, le nombre de **consultations** par habitant est de 6,6 par an en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette moyenne recouvre des disparités très importantes : moins de 3 consultations par an en Suède ou au Mexique, pour plus de 11 en Hongrie, en République tchèque, en Corée ou au Japon. La France se situe légèrement au-dessus de la moyenne, avec 6,8 consultations par an en 2011.
Parmi les pays européens, les pays où les médecins sont principalement payés à l'acte (Allemagne, Espagne) ont des taux de consultation supérieurs à ceux que l'on observe dans les pays où les médecins sont majoritairement salariés (Finlande, Suède).

En 2011, le nombre de consultations par médecin est de 2 400 en moyenne par an (2 000 en France). Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de médecins ayant augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

DÉFINITIONS

Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la France, la Grèce, les Pays-Bas et la Turquie incluent le nombre de médecins non pratiquants, mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

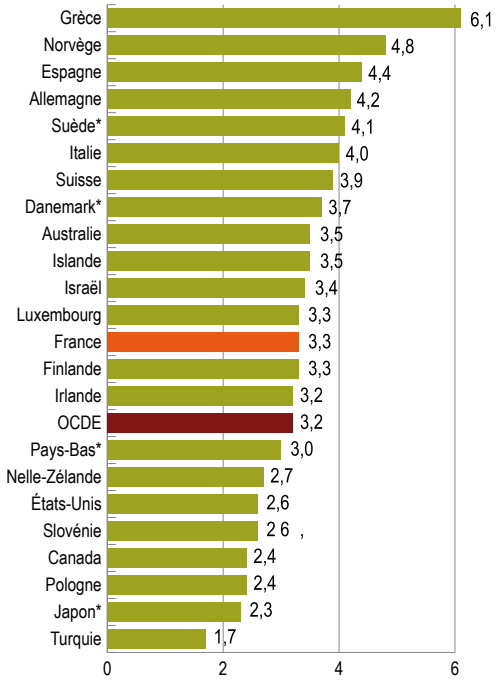
Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

POUR EN SAVOIR PLUS

« Health at glance – Europe 2012 », OCDE, décembre 2012.
Base de données « Éco-Santé 2013 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

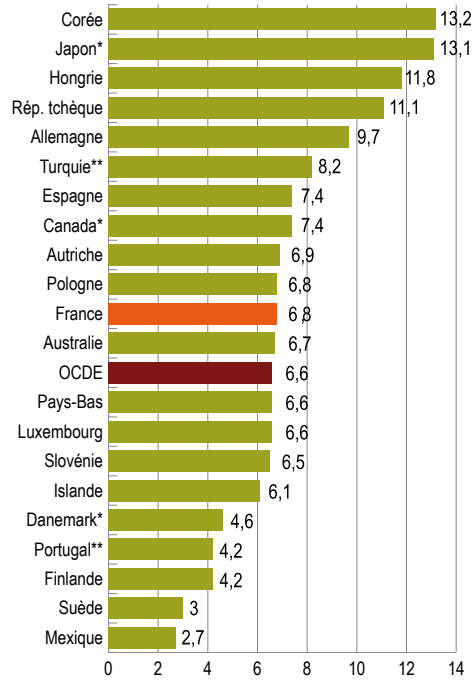
Médecins en activité en 2011

Densité pour 1 000 habitants



* Données 2010 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

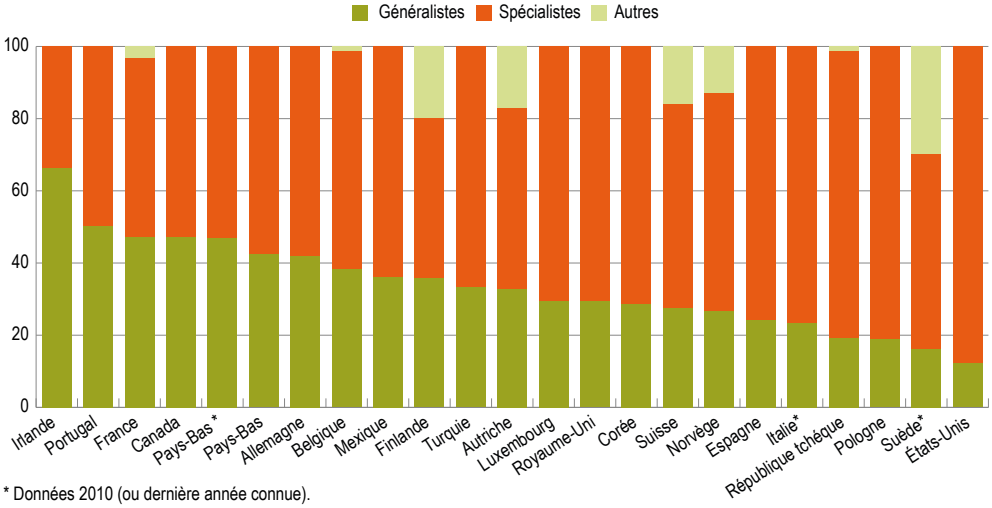
Nombre de consultations par habitant en 2011



* Données 2010 (ou dernière année connue).
** Hors visites des médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Répartition des généralistes et des spécialistes en 2011

En %



* Données 2010 (ou dernière année connue).
Spécialistes : y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.
Autres : internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins.
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

3.4 ● Comparaisons internationales sur les médicaments

Selon l'OCDE, en 2011, la dépense française de produits pharmaceutiques (médicaments et pansements) rapportée au nombre d'habitants se situe désormais au 6e rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada, de la Grèce, du Japon et de l'Irlande et à un niveau très proche de celui de l'Allemagne et de la Belgique. Mesurée en part de PIB, la dépense pharmaceutique française se situe au 8e rang mondial.

Dans les pays de l'OCDE, les fonds publics couvrent en moyenne 60 % des **dépenses pharmaceutiques.** Les assurances privées en prennent en charge près de 7 %, laissant un peu plus d'un quart de la dépense à la charge des ménages, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'Assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France, les financements publics représentent 68 % de la dépense, les financements des complémentaires santé 14,7 % et le reste à charge des ménages 17,3 %.

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2011, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a doublé en moyenne en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été nettement supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période.

Les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations concernent les médecins prescripteurs (complément de rémunération en cas de respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des médicaments **génériques** sur celles des médicaments **princeps**). À noter que la rémunération sur objectifs de santé publique (**ROSP**) introduite en 2012 pour les médecins généralistes français (*cf.* fiche 1.6) comporte des objectifs de prescriptions de médicaments génériques.

En 2011, la France reste l'un des tout premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en **unités standards** (SU) par habitant. Avec 1 350 SU par habitant, bien qu'elle ait nettement ralenti, la consommation française est encore de 22 % supérieure à celle observée dans les pays voisins. En la mesurant en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant, la consommation française de médicaments s'avère encore nettement supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Espagne, Italie, Royaume-Uni), mais inférieure à celle de l'Allemagne.

La structure de la consommation pharmaceutique française se caractérise par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, y compris pour les génériques. Des analyses de la CNAMTS montrent que les prix français des génériques pour des classes importantes comme les statines (anticholestérol), les IPP (antiulcéreux) et les IEC (antihypertenseurs) sont plus élevés que ceux pratiqués dans sept pays voisins : Allemagne, Espagne, Finlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, et Royaume-Uni.

DÉFINITIONS

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments délivrés sur ordonnance, l'automédication, mais aussi les achats d'autres produits médicaux non durables tels les pansements.

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

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique, mise en place en 2012.

Unités standards (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée…).

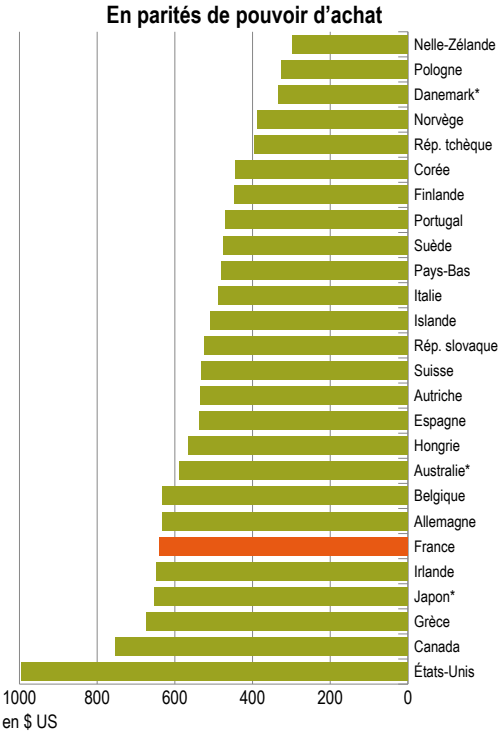
POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données « Éco-Santé 2013 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Delcroix-Lopes S., van der Erf S., « Coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, en Angleterre et aux Pays-Bas », *Points de repère,* CNAM, nº 39, novembre 2012.

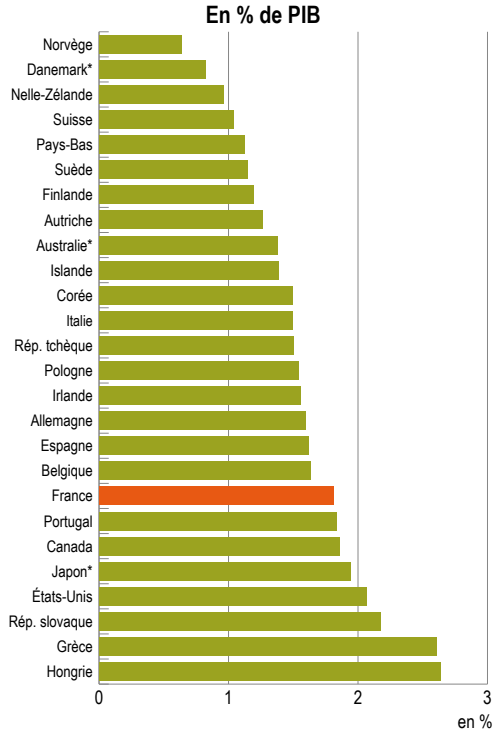
« Rapport de l'Assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2013 », partie 3, CNAMTS, juillet 2012.

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2011



* Données 2010 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Dépenses de produits pharmaceutiques en 2011



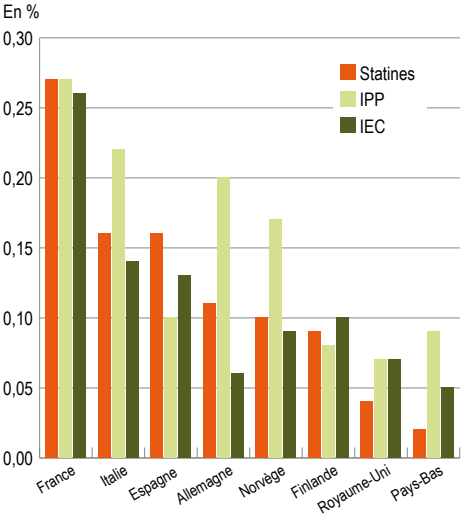
* Données 2010 (ou dernière année connue).
Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2011

	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standards par boîte	Nb d'unités standards par hab.
Ensemble des 8 pays	**254**	**28**	**39**	**1 103**
Allemagne	341	18	61	1 107
Espagne	226	30	37	1 111
Finlade	258	17	61	1 069
France	**323**	**45**	**30**	**1 350**
Italie	192	30	25	774
Norvège	212	17	53	882
Pays-Bas	187	17	40	695
Royaume-Uni*	167	27	48	1 288

* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.
Sources • DREES – données IMS Health ;
Éco-Santé 2012 OCDE pour la population.

Prix moyen par unité standard des génériques en 2011



Sources • CNAMTS - IMS Health MIDAS 2011.

3.5 ● Les soins de longue durée (Long-Term Care)

La définition des soins de longue durée (Long-Term Care) utilisée dans SHA (*system of health accounts*) est la suivante : « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante, car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Elle s'applique aux personnes âgées dépendantes, mais aussi aux personnes handicapées, en longue maladie, etc.
Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long-Term Health Care – HC.3) et les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long-Term Health Care Related – HCR.6.1).

L'OCDE note la difficulté de distinguer dans les Comptes de la santé et de l'action sociale ce qui relève de l'aide spécifique aux personnes âgées dépendantes ou handicapées. Il s'agit, en effet, de pouvoir distinguer, au sein des dépenses de santé et d'action sociale, les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) et les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ, classées en santé (Long-Term Health Care − HC.3), correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Les AIVQ, classées en services sociaux connexes à la santé (Long-Term Health Care Related – HCR.6.1), correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur). L'OCDE estime que l'erreur qui résulte de cette difficulté d'identification peut modifier de 10 % le montant des dépenses de soins de longue durée.

En France, dans l'état actuel de l'information statistique, il est impossible d'alimenter de façon exhaustive tant le poste HC.3 (soins et aide à la personne − AVQ) que le poste HCR.6.1 (aide-ménagère − AIVQ) dans le cas d'une personne gardée à domicile. De même, si cette personne est hébergée en institution, la ventilation des dépenses entre HC.3 et HCR.6.1 est difficile. En institution, le poste HCR.6.1 comprend également les frais d'hébergement.

Parmi les prestataires de SLD (nomenclature HP), on distingue les hôpitaux publics (**USLD**), les établissements pour personnes âgées (**EHPA, EHPAD**) ou handicapées (**MAS, FAM**), et les prestataires de services à domicile (infirmiers, kinésithérapeutes, **SSAD**).

Parmi les dépenses de services à domicile, on recense : les soins infirmiers (approximés par les **AMI** et **AIS** de ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les **AMK** et **AMS** de ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en SSAD, l'**APA**, l'**ACTP**, la **PCH** et l'action sociale complémentaire des collectivités territoriales et des caisses de retraite (aide-ménagère notamment). Les dépenses de soins de longue durée (y compris action sociale liée à la santé) en France s'élèvent ainsi à 35,6 milliards d'euros en 2011, soit 15,9 % de la Dépense courante de santé au sens de l'OCDE (224,4 milliards d'euros en 2011).

Étant donné l'insuffisance des sources, peu de pays de l'OCDE parviennent à isoler précisément les dépenses de soins de longue durée ; en outre, les délimitations entre le volet sanitaire et le volet social peuvent varier entre les pays, ce qui rend ces données difficilement comparables. Compte tenu de ces restrictions, la part des dépenses totales de soins de longue durée (HC.3) dans la Dépense courante de santé varie de 5 % à 30 % en 2011 selon les pays (11,2 % pour la France). Elle est souvent élevée dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Norvège, Pays-Bas), mais très faible dans les pays d'Europe de l'Est.

DÉFINITIONS

USLD : unités de soins de longue durée des hôpitaux.
EHPA − (EHPAD) : établissements d'hébergement pour les personnes âgées (dépendantes).
MAS : maisons d'accueil spécialisées ; **FAM :** foyers d'accueil médicalisés.
SSAD : services de soins à domicile, assurés par des infirmiers (15 %) ou des aides-soignantes (85 %).
APA : aide personnalisée à l'autonomie
AMI-AIS : actes de soins infirmiers ; **AMK-AMS :** actes de kinésithérapie.
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; **PCH :** prestation de compensation du handicap.

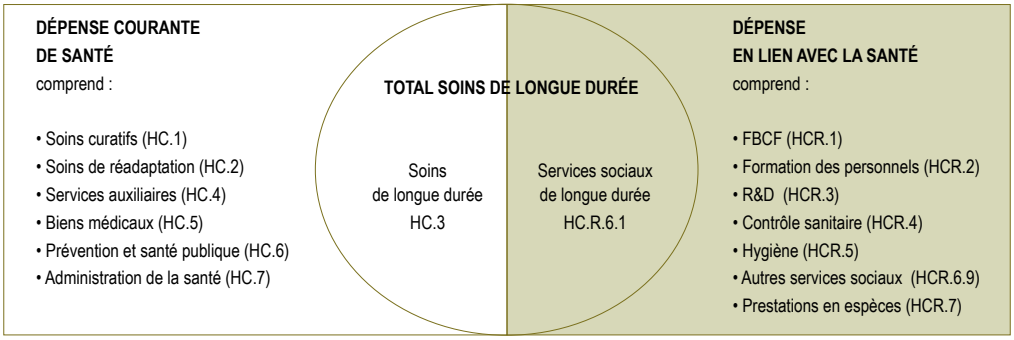
POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données « Éco-Santé 2012 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.
« Panorama de la santé 2011 », chapitre 8 – Soins de longue durée, OCDE, décembre 2011.

Nomenclature des dépenses de soins de longue durée

HC.3		**Services de soins de longue durée (Long-Term Health Care)**
	HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier
	HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
	HC.3.3	Soins de longue durée à domicile
HC.R		**Services en rapport avec la santé (Health Care Related)**
dont	HCR.6.1	**Services sociaux de longue durée (Social Services of LTC)**

Sources • OCDE, SHA 1.0 – Health Accounts System Guidelines.



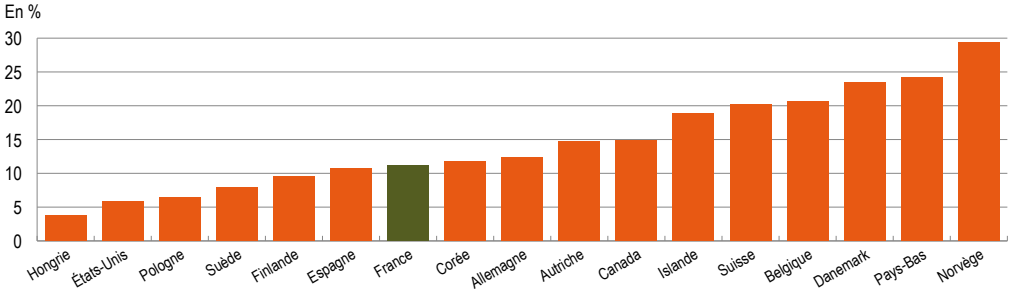
Dépenses de soins de longue durée en 2011

En millions d'euros

		HP.1 - Hôpital	HP.2 - Autres établissements		HP.3 - Ambulatoire		TOTAL
		HP.1.1 Hôpitaux généraux	HP.2.1 Établissements de soins	HP.2.3 EHPA - EHPAD	HP.3.3 Auxiliaires médicaux	HP.3.6 Services de soins à domicile	
HC.3	**Soins de longue durée**						
HC.3.1	SLD en établissements	**2 856**	**10 638**	**3 673**			**17 166**
	- USLD, EHPA, EHPAD	2 856	2 106	3 001			7 963
	- APA en établissement pour AVQ			671			671
	- Établissements pour personnes handicapées		8 531				8 531
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile	**148**			**3 796**	**3 907**	**7 850**
	- Soins à domicile aux personnes âgées	148			3 796	1 250	5 194
	- APA à domicile pour AVQ					995	995
	- Personnes handicapées et personnes âgées (ACTP + PCH)					1 662	1 662
HCR.6.1	**Action sociale liée à la santé**		**3 602**	**3 562**		**3 461**	**10 625**
	- Aide sociale aux personnes âgées			2 219		853	3 072
	- APA pour AIVQ			1 343		2 321	3 663
	- Aide sociale aux personnes handicapées		3 602			287	3 889
TOTAL		**3 004**	**14 240**	**7 234**	**3 796**	**7 368**	**35 641**

Sources • DREES, Comptes de la santé, Comptes de la protection sociale pour SHA.

Part de la dépense de soins de longue durée (HC.3) dans la Dépense courante de santé en 2011



Sources • Éco-Santé OCDE 2013.

3.6 ● Comparaisons des besoins de soins non satisfaits

Dans la plupart des pays de l'Union européenne (UE), la majorité de la population accède aux soins sans difficulté. On peut appréhender d'éventuelles difficultés d'accès à travers les indicateurs **SILC/ SRCV** : ceux-ci permettent en effet de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen médical ou de traitement dentaire pour plusieurs motifs (coût, délai d'attente, éloignement) et selon plusieurs critères : niveaux de revenus, d'activité ou d'éducation.

Les comparaisons entre pays de besoins de soins non satisfaits doivent être prises avec prudence, car la formulation des questions peut varier d'un pays à l'autre. En outre, il s'agit de « déclarations » des personnes interrogées sur leurs éventuelles insatisfactions, qui peuvent être influencées par des facteurs socioculturels ou des réactions à des débats nationaux sur les politiques de santé.

En 2011, 94,5 % des Français déclarent ne pas avoir eu de besoin de **soin médical** non satisfait, pour 93,3 % en moyenne dans l'UE (93,5 % en Allemagne, 92,8 % en Italie). Tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût est plus faible en France que dans l'ensemble de l'UE : 1,9 % contre 2,3 %. Dans le quintile des plus bas revenus (Q1), il est de 4,9 % en France, extrêmement proche du taux moyen européen (4,8 %) ; dans les autres quintiles de revenus, il est toujours inférieur en France à la moyenne européenne. Lorsque le motif du renoncement à un soin médical est une durée d'attente trop longue, la France est un peu moins bien classée avec un taux de renoncement moyen de 1,2 % contre 0,9 % pour l'ensemble de l'UE. En revanche, on n'observe aucun besoin non satisfait pour cause d'éloignement en France.

Il existe de grandes disparités entre les pays : les taux de renoncement à des soins médicaux les plus importants sont déclarés en Italie, en Grèce et en Pologne ; ils sont, en revanche, très faibles au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves. Et l'éloignement ne constitue un obstacle important qu'en Norvège.

Si l'on considère le statut d'activité, ce sont les chômeurs qui ont le plus de besoins non satisfaits, en France (12,4 %) comme dans l'ensemble de l'UE (10,1 %). En revanche, les retraités français sont nettement moins nombreux (2,7 %) à déclarer renoncer à des soins médicaux que la moyenne des retraités européens (7,6 %). Enfin, si l'on s'intéresse au niveau d'éducation, les personnes des niveaux 0-2 (enseignement primaire et secondaire de premier cycle) renoncent aux soins en raison de leur coût, tandis que les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur y renoncent davantage en raison des délais d'attente.

S'agissant des **soins dentaires,** les taux de renoncement aux soins sont plus importants que pour les soins médicaux, en particulier pour des raisons financières. En 2011, 92 % des Français se déclarent satisfaits en matière de soins dentaires, pour 92,8 % en moyenne dans l'UE (96,1 % en Allemagne mais 88,5 % en Italie). Comme pour les soins médicaux, ce sont les personnes aux plus faibles revenus (Q1) qui sont les plus nombreuses à renoncer à des soins dentaires en raison de leur coût : 9,6 % en France pour 8,2 % en moyenne dans l'UE. Quant aux Français aux revenus élevés (Q5), 1,5 % d'entre eux y renoncent en raison du coût, mais également 1,5 % à cause de délais d'attente trop importants.

Parmi les chômeurs de l'UE, 13,8 % déclarent des besoins de soins dentaires non satisfaits. Ils sont nombreux, notamment en Suède (20,7 %), en Italie et au Portugal (plus de 18 %) ou en France (16,8 %). Enfin, 9 % des Français (9,5 % en moyenne dans l'UE) ayant un niveau d'éducation inférieur renoncent à des soins dentaires, dont 5,6 % en raison du coût (6,6 % pour l'UE). Avec un niveau d'éducation plus élevé, le renoncement indiqué est plus faible (7 % en France, 4,6 % pour l'UE) ; il tient au coût, mais également aux délais d'attente excessifs.

DÉFINITION

SILC (Statistic on Income And Living Conditions) ou **SRCV** (Statistique sur les revenus et conditions de vie) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne ; elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres. Certains indicateurs ont trait aux besoins non satisfaits de soins médicaux ou dentaires, tels que rapportés par les personnes interrogées ; ils sont déclinés suivant 5 quintiles de niveaux de revenu, 3 classes de niveau d'éducation et 4 catégories d'activité de la population.

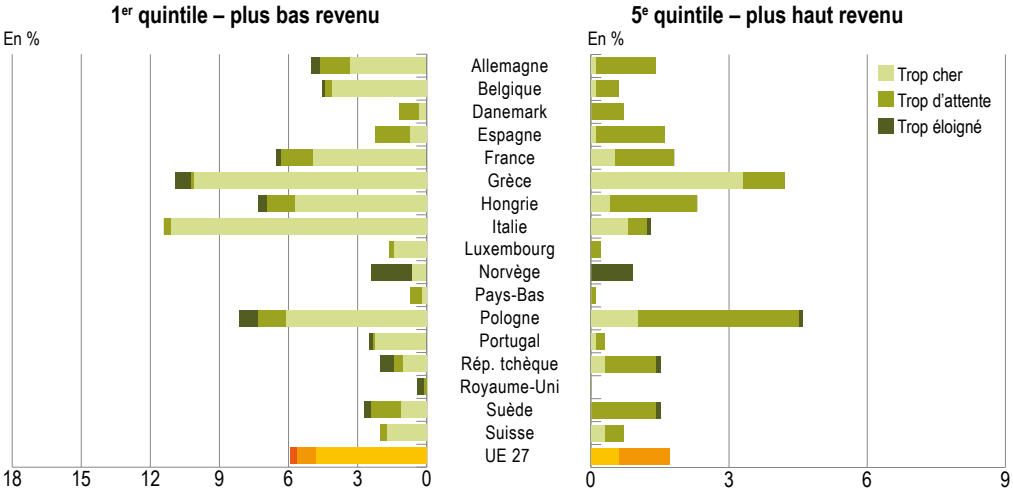
POUR EN SAVOIR PLUS

Base de données « SILC 2004-2011 » d'Eurostat, consultable sur www.ec.europa.eu.

« Panorama de la santé 2011 – chapitre 6 : accès aux soins », OCDE, décembre 2011.

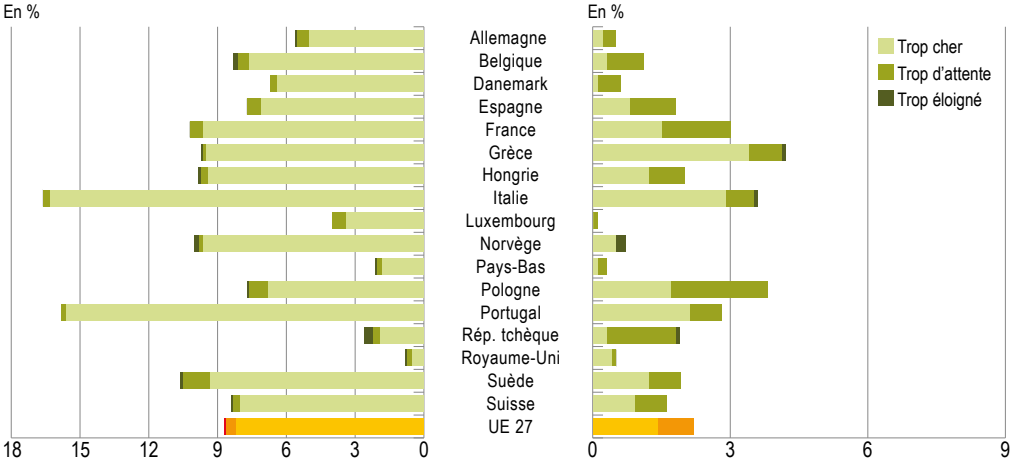
Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé,* IRDES, n° 170, novembre 2011.

Besoins non satisfaits de soins médicaux, tels que déclarés par l'enquêté, par motif et pour les quintiles extrêmes de revenu



Sources • Eurostat, SILC 2011.

Besoins non satisfaits de soins dentaires, tels que déclarés par l'enquêté, par motif et pour les quintiles extrêmes de revenu



Sources • Eurostat, SILC 2011.

Besoins non satisfaits de soins médicaux, par statut d'activité et par niveau d'éducation

En %

Motif de renoncement		Statut d'activité				Niveau d'éducation *			Ensemble de la population
		Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	Niv.0-2	Niv.3-4	Niv.5-6	
Trop cher	UE 27	1,4	4,9	3,0	3,0	3,9	1,9	0,8	2,3
	France	1,6	6,1	1,1	2,8	2,3	2,0	1,3	1,9
Trop d'attente	UE 27	1,5	0,5	0,1	0,4	0,5	1,0	1,2	0,9
	France	2,0	0,6	0,1	0,8	0,4	1,2	2,1	1,2
Autres motifs	UE 27	2,9	4,7	4,5	3,4	3,8	3,6	2,9	3,5
	France	2,5	5,7	1,5	2,3	2,6	2,3	2,4	2,4
Pas de besoin non satisfait	UE 27	94,2	89,9	92,4	93,2	91,8	93,5	95,1	93,3
	France	93,9	87,6	97,3	94,1	94,7	94,5	94,2	94,5

* Niveaux 0-2 : Enseignement primaire et secondaire de premier cycle ;
Niveaux 3-4 : Enseignement secondaire de 2e cycle et post-secondaire non supérieur.
Niveaux 5-6 : Enseignement supérieur de premier et deuxième cycles.

Sources • Eurostat-SILC-2011.

4.1 ● Le financement de la CSBM depuis 1950

En 2012, la Sécurité sociale reste l'acteur majeur du financement de la **CSBM** avec 75,5 % de la dépense. Entre 2000 et 2012, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM a diminué de 1,2 point. Après avoir progressé jusqu'en 2004, elle a diminué de 0,5 point entre 2005 et 2006 (participation forfaitaire de 1 € sur les consultations et analyses, déremboursement de nombreux médicaments). Elle a à nouveau baissé de 0,6 point en 2008 (instauration de franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports de malades) et n'a que faiblement évolué depuis.
Sur la même période, le reste à charge des ménages a connu une évolution contraire : il a reculé de 9,7 % en 2000 à 8,8 % en 2004, puis a recommencé à croître en 2005 pour s'établir à 9,6 % en 2009 ; il reste à ce niveau en 2012. Enfin, la part des **organismes complémentaires** a augmenté de façon continue, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2012, compensant ainsi le recul de la Sécurité sociale.

Entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est passée de 50 % à 80 %. La couverture maladie s'est généralisée au cours des années 1960-1970 et la quasi-totalité de la population en bénéficie en 1980. La Sécurité sociale rembourse alors 80 % des dépenses. Cette prise en charge publique connaît ensuite une légère érosion, sous l'effet de plusieurs facteurs :

- l'évolution de la structure de consommation vers les produits moins remboursés (optique, prothèses auditives, orthèses…) ;
- la croissance continue des dépassements depuis la mise en place du secteur 2 ;
- les mesures de déremboursement et ce, malgré les facteurs structurels qui poussent à l'accroissement de la prise en charge comme la progression du nombre de personnes en **ALD**.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM recule ainsi de 80 % en 1980 à 77 % en 1990, et se stabilise à ce niveau jusqu'en 2005. Depuis 2005, la part de la Sécurité sociale s'est à nouveau légèrement réduite, pour s'établir à 75,5 % depuis deux ans.

Entre 1950 et 1980, l'Assurance maladie complémentaire se développe lentement : elle couvre 31 % des assurés en 1960, 49 % en 1970 et 69 % en 1980. À cette date, ce sont encore principalement les salariés des grandes entreprises et les salariés aux plus hauts revenus qui en bénéficient. À partir de 1980, la couverture complémentaire s'impose comme un étage à part entière du financement du système de soins. Un partage des rôles s'opère graduellement entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC) : l'AMO prend en charge les risques les plus lourds (soins hospitaliers, soins des pathologies lourdes ou chroniques) tandis que l'AMC se concentre sur le petit risque. Cette organisation rend économiquement viable l'activité des organismes complémentaires sans que ceux-ci recourent à la sélection de leurs adhérents, expliquant leur large diffusion auprès des Français. L'AMC a été étendue en 2000 avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C. Ainsi, l'assurance complémentaire couvre 95 % de la population depuis 2003 et finance 13,7 % de la CSBM en 2012.

Supérieure à 30 % entre 1950 et 1959, la participation des ménages et des organismes complémentaires autres que les mutuelles (sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) au financement de la CSBM a diminué régulièrement jusqu'à 12 % en 1980, pour remonter autour de 15 % en 1990.
Depuis 1992, il est possible de distinguer la part prise par les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance du reste à charge des ménages. Bien qu'elle reste encore modeste, la contribution des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance s'accroît : 6,3 % de la CSBM en 2012 contre 3,8 % en 1992. Cette augmentation de la prise en charge complémentaire entraîne une diminution du reste à charge des ménages qui passe, quant à lui, de 13,2 % en 1992 à 9,6 % en 2012.

DÉFINITIONS

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

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

ALD : affections de longue durée.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

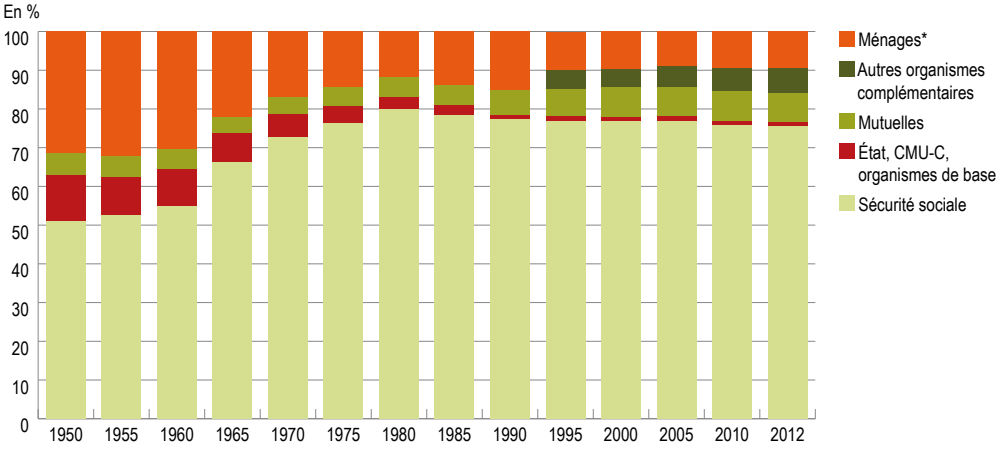
Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

En %

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sécurité sociale	76,7	76,8	77,0	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5	75,5
État, CMU-C org. de base	1,2	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
Organismes complémentaires	12,4	12,6	12,9	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7
- Mutuelles	7,6	7,4	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4
- Sociétés d'assurance	2,6	2,7	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7	3,8
- Institutions de prévoyance	2,1	2,5	2,5	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,7	9,3	8,8	9,4	9,3	9,7	9,6	9,5	9,6	9,6

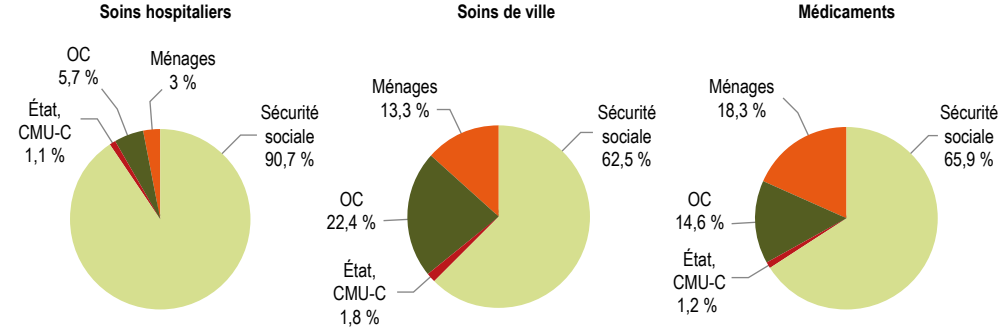
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement de la Consommation de soins et de biens médicaux



* Ménages, y compris autres organismes complémentaires (assurances et inst. de prévoyance) jusqu'en 1994.
Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2012



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.2 ● Le financement des principaux types de soins

Parmi les quatre grands postes de la **CSBM**, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée : 90,7 % en 2012. Représentant 92 % en 2000, cette part recule légèrement depuis. Cette diminution s'est reportée sur la part des organismes complémentaires qui a augmenté de 1,6 point entre 2000 et 2012. Cette évolution résulte notamment de la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 13 euros en 2004 à 16 euros en 2007, puis à 18 euros en 2010), de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place en 2007 du forfait de 18 euros par acte « lourd » (de plus de 91 euros). Le seuil d'application de cette participation forfaitaire de 18 euros a été relevé de 91 euros à 120 euros en 2011.

Entre 2000 et 2006, la part des **soins de ville** prise en charge par la Sécurité sociale était orientée à la baisse tandis que, symétriquement, le reste à charge des ménages progressait. En particulier, en 2006, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point (participation forfaitaire de 1 € sur les consultations et analyses) et à nouveau en 2008 avec la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. En 2010, le reste à charge des ménages en soins de ville avait légèrement diminué en raison d'une consommation particulièrement faible ; il progresse très légèrement depuis. La part des organismes complémentaires reste quasi stable. En 2012, la part de la Sécurité sociale pour les soins de ville s'établit à 62,5 %, celle des organismes complémentaires à 22,4 % et le reste à charge des ménages à 13,3 %.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale avait fortement augmenté entre 1995 et 2005 en raison de l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel au traitement des affections de longue durée (ALD). Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, la prise en charge par la Sécurité sociale passant de 68 % en 2005 à 65,4 % en 2008 ; elle revient à 65,9 % en 2012.
Symétriquement, le reste à charge des ménages sur le médicament avait augmenté de 4,2 points sur 2005-2008, passant de 13 % à 17,2 %, notamment en raison de l'instauration en 2008 d'une franchise de 0,50 euro par boîte vendue. Après avoir reculé en 2009, il reprend sa croissance dès 2010 et atteint 18,3 % en 2012. La part des médicaments prise en charge par les organismes complémentaires (14,6 % en 2012) a en revanche diminué de 3 points entre 2000 et 2010, sous l'effet mécanique des déremboursements et de la franchise. Le recul s'est accru d'un point entre 2010 et 2012, certains organismes complémentaires ne prenant plus en charge les médicaments à faible service médical rendu (remboursés au taux de 15 %).

Enfin, bien qu'elle ait presque triplé entre 1950 et 2012, c'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale reste la plus faible : 41,7 % de la dépense totale en 2012. Ce taux moyen recouvre un taux très faible pour l'optique (4 % de la dépense totale), mais nettement plus important pour les autres matériels. Entre 1950 et 1990, la part de la Sécurité sociale était passée de 15 % à 22 %. Depuis les années 1990, une meilleure prise en charge des pathologies chroniques et par conséquent des matériels nécessaires (lits médicalisés, matériels d'assistance respiratoire, d'autocontrôle du diabète…) a entraîné une hausse de près de 20 points de la part couverte par l'Assurance maladie, qui demeure toutefois relativement faible.

Les biens médicaux constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge près de 39 % de cette dépense. L'optique y tient une place prépondérante : en effet, sur les 5 milliards versés par ces organismes pour des biens médicaux en 2012, 4 milliards étaient consacrés à l'optique.

DÉFINITIONS

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

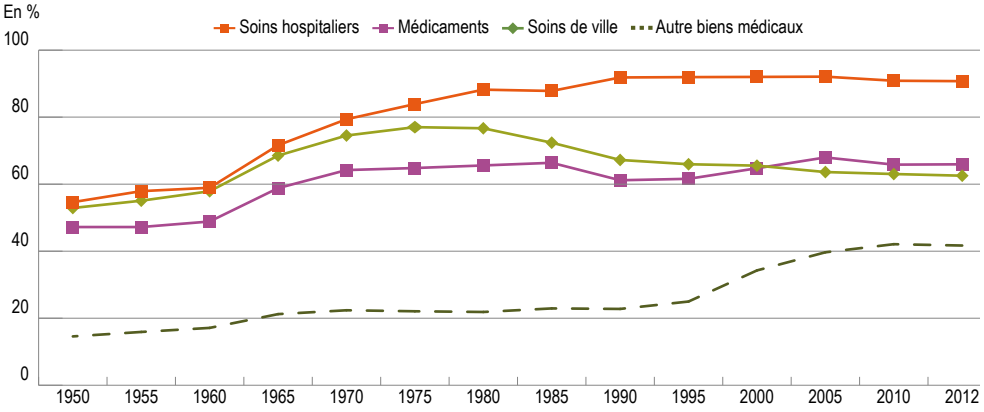
Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

En %

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins hospitaliers										
Sécurité sociale	92,0	92,1	92,4	91,5	91,4	91,3	91,3	90,9	90,7	90,7
État, CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
Organismes complémentaires	3,6	3,8	3,8	4,3	4,6	4,7	4,7	5,1	5,2	5,2
Ménages	3,3	3,0	2,7	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Soins de ville										
Sécurité sociale	65,5	65,0	64,5	63,1	63,6	63,0	62,8	63,0	62,5	62,5
État, CMU-C org. de base	1,4	1,7	1,7	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	21,3	21,6	21,9	21,6	21,4	22,1	22,1	22,2	22,5	22,4
Ménages	11,8	11,6	11,9	13,3	13,1	13,1	13,2	13,1	13,2	13,3
Médicaments										
Sécurité sociale	64,7	66,6	67,4	67,2	67,5	65,4	65,7	65,8	65,7	65,9
État, CMU-C org. de base	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	18,7	17,7	17,7	16,7	16,5	16,2	16,3	15,7	15,1	14,6
Ménages	15,1	14,1	13,4	14,6	14,6	17,2	16,8	17,3	18,0	18,3
Autres biens médicaux										
Sécurité sociale	34,3	36,7	38,6	40,0	41,1	42,1	41,5	42,1	41,9	41,7
État, CMU-C org. de base	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Organismes complémentaires	26,2	28,1	31,4	33,4	33,6	34,4	35,3	36,0	37,1	38,7
Ménages	38,8	34,4	29,2	25,8	24,4	22,8	22,4	21,1	20,3	18,8

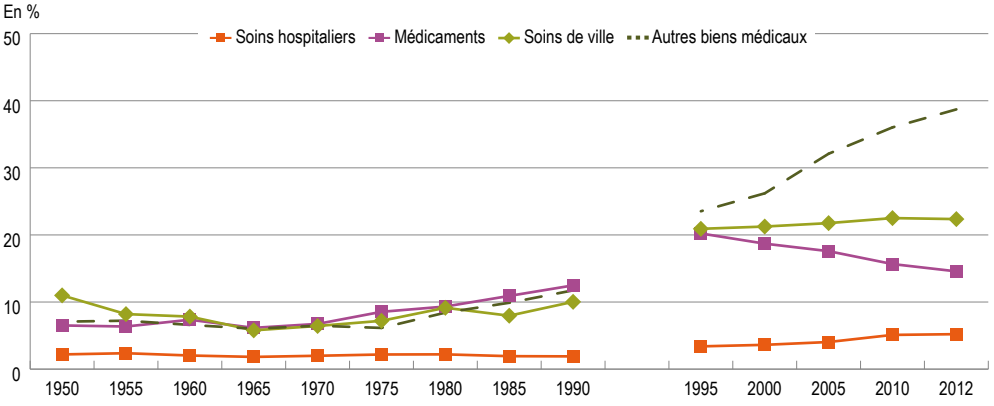
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Part de la Sécurité sociale dans les principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

Part des organismes complémentaires* dans les principaux postes de la CSBM



* Mutuelles seules jusqu'en 1990 ; mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance à partir de 1995.
Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

4.3 ● Les financements publics

En 2012, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,5 %, soit 138,6 milliards d'euros.
Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2012. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (*cf.* annexe 2.2). Viennent ensuite les soins de ville (21,3 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent presque également entre médecins et « autres soins de ville ». Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3e poste important des dépenses de l'Assurance maladie : 16,3 % en 2012.

La Sécurité sociale finance 74,3 % de la Dépense courante de santé (DCS) en 2012, soit 180,6 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements ou en **SSAD**, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que les coûts de gestion de la Sécurité sociale elle-même.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM, il a une part nettement plus importante dans le financement de la Dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État, collectivités locales et **CMU-C** organismes de base » représente en effet 11,8 milliards d'euros en 2012, soit 4,9 % de la DCS.

Parmi ces 11,8 milliards, 28 % sont consacrés aux dépenses de prévention (soit 3 % de moins qu'en 2009 en raison du recul des dépenses de prévention de la grippe H1N1) et 30 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15 % et les coûts de gestion du système de santé 7 %. Ceux-ci ont été revus à la baisse en base 2005, car ils comprennent désormais la seule part « Santé » et non plus la part « Action sociale » (incluse en base 2000).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.
Pour bénéficier de l'AME, il faut, en outre, disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2012, on comptait 252 000 bénéficiaires de l'AME, dont 231 000 en France métropolitaine et 21 000 dans les DOM. Le nombre de bénéficiaires a reculé en 2011 avec une baisse des effectifs à Paris et en Guyane du fait de l'instauration d'un droit de timbre annuel de 30 euros pour l'accès à l'AME. Logiquement, on observe un recul du montant des prestations versées par l'État au titre de l'AME en 2012 : 582 millions d'euros (450 millions d'euros au titre de l'année 2012 auxquels s'ajoutent 132 millions au titre des années antérieures), soit 4,5 % de moins que l'an dernier.

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base, le Fonds CMU étant classé en Comptabilité nationale en organismes divers d'administration centrale (ODAC). Leur montant s'est élevé à 1,66 milliard d'euros en 2012.

DÉFINITIONS

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

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

SSAD : Services de soins à domicile.

CMU-C : la CMU complémentaire est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'Assurance maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

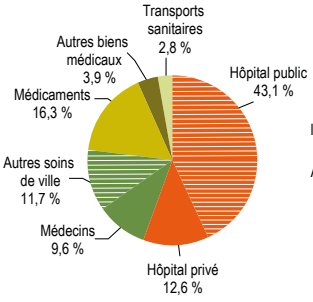
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2012, prévisions 2013 », juin 2013.
Boisguérin B., « Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », *Dossier Solidarité et Santé,* DREES, n° 19, 2011.

Financements publics en 2012

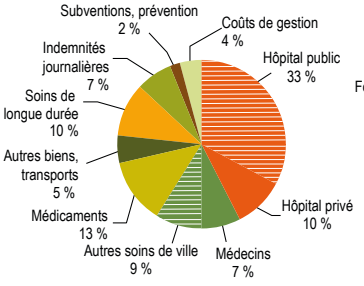
Dépenses par poste	Total 2012	Sécurité sociale		État, collectivités locales, CMU-C org. de base	
	en millions €	en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Hôpitaux du secteur public	64 889	59 689	92,0	811	1,2
Hôpitaux du secteur privé	20 195	17 529	86,8	88	0,4
Sous-total : Soins hospitaliers	**85 083**	**77 218**	**90,8**	**899**	**1,1**
Médecins	19 814	13 353	67,4	334	1,7
Auxiliaires	12 664	9 893	78,1	101	0,8
Dentistes	10 516	3 313	31,5	318	3,0
Laboratoires d'analyses	4 285	2 990	69,8	77	1,8
Sous-total : Soins de ville	**47 279**	**29 548**	**62,5**	**829**	**1,8**
Médicaments en ville	34 341	22 642	65,9	418	1,2
Autres biens médicaux en ville	12 817	5 343	41,7	100	0,8
Transports de malades	4 102	3 832	93,4	34	0,8
CSBM	**183 623**	**138 583**	**75,5**	**2 280**	**1,2**
Soins de longue durée	**18 541**	**18 541**	**100,0**	**0**	**0,0**
dont SSAD	1 469	1 469	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	8 317	8 317	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	8 755	8 755	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	**12 516**	**12 516**	**100,0**	**0**	**0,0**
Prévention	**5 791**	**992**	**17,1**	**3 342**	**57,7**
dont Prévention individuelle	*3 413*	*480*	*14,1*	*1 525*	*44,7*
dont Prévention collective	*2 378*	*512*	*21,5*	*1 817*	*76,4*
Subventions au système de soins	**2 660**	**2 660**	**100,0**	**0**	**0,0**
Recherche médicale et pharmaceutique	**7 469**	**0**	**0,0**	**3 568**	**47,8**
Formation	**1 910**	**17**	**0,9**	**1 794**	**93,9**
Coût de gestion de la santé	**14 410**	**7 272**	**50,6**	**828**	**5,8**
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ *	**243 011**	**180 581**	**74,3**	**11 813**	**4,9**

* Corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

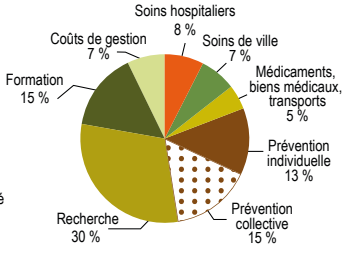
CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2012)



DCS : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2012)



DCS : structure de la dépense de l'État, des collectivités locales et CMU-C org de base (2012)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.4 ● La CSBM, la DCS et l'ONDAM

La Consommation de soins et de biens médicaux (**CSBM**) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées ;
- la consommation de soins de ville ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les assurés français pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci relèvent de la Sécurité sociale, de l'État, des organismes complémentaires ou des ménages eux-mêmes. Elle s'élève à 183,6 milliards d'euros en 2012.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM).

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

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSAD ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS**, **FMESPP**, **FAC**...) ;
- des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes en situation précaire, des dotations à certains fonds et des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la Dépense courante de santé (DCS) des Comptes de la santé. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation est évaluée, à titre provisoire, à 170,3 milliards en 2012 lors de la CCSS de juin 2013.

L'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville (plus larges au sens de l'ONDAM qu'à celui de la CSBM) : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité, prestations diverses ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé ; dotation au FAC (dont aide à la télétransmission) ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;
- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au FMESPP ;
- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'Assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et celle pour personnes handicapées ;
- les autres prises en charge : soins pour les assurés français à l'étranger, dotation nationale en faveur du FIQCS, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

DÉFINITIONS

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.
FAC : Fonds d'action conventionnelle.
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.
FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2012, prévisions 2013 », juin 2013.

Dépense courante de santé

En millions d'euros

	2012	dont Sécurité sociale
CSBM	**183 623**	**138 583**
Soins hospitaliers	**85 083**	**77 218**
Secteur public (1)	64 889	59 689
Secteur privé	20 195	17 529
Autres soins et biens médicaux	**98 540**	**61 366**
Soins de ville	47 279	29 548
Médicaments	34 341	22 642
Autres biens médicaux	12 817	5 343
Transports de malades	4 102	3 832
Dépense courante de santé (DCS)	**243 011**	**180 581**
CSBM	**183 623**	**138 583**
Autres dépenses pour les malades	**31 057**	**31 057**
SSAD	1 469	1 469
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	8 317	8 317
Soins aux pers. handicapées en établissement (2)	8 755	8 755
Indemnités journalières (3)	12 516	12 516
Prévention institutionnelle	**5 791**	**992**
Dépenses pour le système de soins	**12 039**	**2 677**
Subventions au système de soins (4)	2 660	2 660
Recherche médicale et pharmaceutique	7 469	
Formation des professionnels de santé	1 910	17
Coût de gestion de la santé	**14 366**	**7 272**
Double compte : recherche pharmaceutique	**-3 864**	

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.
(2) Comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD ou encore en MAS et FAM. Ces soins sont financés pour partie par l'Assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1,2 milliard d'euros en 2012).
(3) En soins de ville dans l'ONDAM (sauf les IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).
(4) Dont prise en charge des cotisations PAM.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

ONDAM

En millions d'euros

	2012
ONDAM Ville – Hôpital	**152 600**
Soins hospitaliers	**74 500**
Y compris FMESPP	240
Y compris USLD (1)	1 000
Soins de ville	**78 100**
Y compris indemnités journalières maladie et AT (1)	10 100
Y compris cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2 300
Y compris Fonds d'action conventionelle (FAC)	200
ONDAM médico-social	**16 500**
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établ. et services pour personnes âgées (1) (2)	8 050
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes handicapées (1)	8 450
Autres prises en charge	**1 200**
FIQCS (1)	
+ Soins des ressortissants français à l'étranger	
+ Établissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)	
ONDAM Assurance maladie	**170 300**

(1) Dans la DCS pour les Comptes de la santé.
(2) Contribution de l'Assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSAD.
(3) Structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.
Sources • Rapport de la CCSS de juin 2013.

Passage de la CSBM à l'ONDAM

En milliards d'euros

	2012
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	**138,6**
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,1
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	9,1
+ ONDAM personnes handicapées	8,5
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,3
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,5
+ Autres prises en charge (3)	1,2
Total	**170,4**
Écart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	**-0,1**
ONDAM	**170,3**

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.
(2) Uniquement la partie financée sur l'ONDAM.
(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.
Sources • DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2013 pour l'ONDAM.

4.5 ● Le financement par les organismes complémentaires

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux est orientée à la hausse en raison de la diffusion régulière de la couverture complémentaire au sein de la population (96 % des ménages disposaient d'une couverture complémentaire en 2010 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES). Cette part atteint 25,2 milliards d'€ en 2012, soit 13,7 % de la CSBM comme en 2011. Sa progression est imputable aux soins hospitaliers, aux soins de ville (notamment dépassements des médecins et des dentistes) ainsi qu'à la dynamique de croissance des biens médicaux qui sont particulièrement bien pris en charge par les OC. En 2012, les versements des mutuelles représentent 53,9 % des versements des OC (61 % en 2000), ceux des sociétés d'assurances 27,7 % et ceux des institutions de prévoyance 18,4 %.
Entre 2005 et 2012, la part des OC dans le financement des dépenses de santé est passée de 13 % à 13,7 %. Cette progression résulte de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments.

La part des OC dans les dépenses hospitalières est passée de 3,6 % en 2000 à 5,2 % en 2012. Entre 2005 et 2007, elle avait progressé en raison de la hausse annuelle du forfait journalier hospitalier et de celle des tarifs des hôpitaux publics. Elle a augmenté en 2008 avec de la prise en charge par les OC de la participation de 18 € sur les actes lourds (de plus de 91 €), puis en 2010 avec l'augmentation de 2 € du forfait journalier au 1er janvier. À noter l'alourdissement du ticket modérateur « acte lourd » en 2011 avec le relèvement du seuil de 91 € à 120 €. À cette augmentation sur les soins hospitaliers s'est ajoutée une forte hausse des prestations des OC sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, matériels…) ; depuis mai 2011, les produits de la LPP sont remboursés à 60 % au lieu de 65 %. C'est le type de dépenses pour lequel la participation des OC a le plus progressé : 39 % en 2012 contre 26 % en 2000. La hausse de ces deux postes dans les prestations des OC a plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des OC dans la dépense de médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 15,1 % en 2011 puis 14,6 % en 2012.
Parmi les prestations versées par les OC, la 1re place revient aux soins de ville avec 42 % de leur contribution (dont 16,4 % de soins dentaires et 15,3 % de soins de médecins). Viennent ensuite les médicaments, qui en représentent encore 19,9 % malgré le passage de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments à **SMR** modéré et malgré la non-prise en charge par certains OC des médicaments à SMR faible (remboursés à 15 %). Mais les autres biens médicaux atteignent désormais un niveau équivalent : 19,7 % en 2012. Enfin, les soins hospitaliers représentent 17,6 % des prestations des OC.
La structure de prestations par type d'OC montre le poids important des soins hospitaliers et des médicaments dans les versements des mutuelles et des sociétés d'assurances. Les institutions de prévoyance offrent, quant à elles, une prise en charge sensiblement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux tels que l'optique.

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,6 milliard d'€ en 2012 – *cf.* fiche 4.7), la part des OC dans le financement de la CSBM passe de 13,7 % à 14,5 %.
Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour…) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acuponcture, primes de naissance…). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,7 milliard d'€ en 2012.

DÉFINITIONS

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

SMR : service médical rendu.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

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

Sites Internet : www.mutualite.fr, www.ffsa.fr et www.ctip.fr ; www.irdes.fr, ESPS.

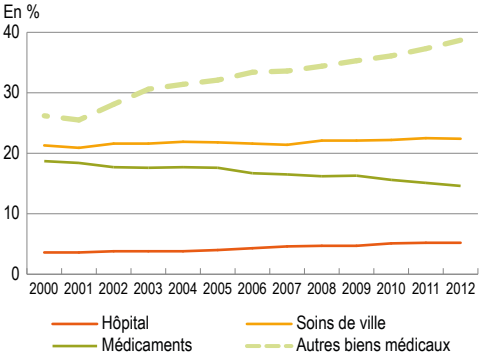
Financements des organismes complémentaires en 2012

En millions d'euros

Dépenses par poste	Mutuelles*	Assurances*	Institutions de prévoyance*	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	**13 548**	**6 980**	**4 628**	**25 156**	**13,7**
Soins hospitaliers	**2 448**	**1 339**	**650**	**4 437**	**5,2**
Soins de ville	**5 603**	**2 910**	**2 058**	**10 571**	**22,4**
Médecins	2 048	1 092	714	3 854	19,5
Dentistes	2 064	1 121	939	4 123	39,2
Auxiliaires médicaux	894	378	228	1 499	11,8
Laboratoires d'analyses	598	320	177	1 094	25,5
Médicaments	**2 935**	**1 345**	**723**	**5 002**	**14,6**
Autres biens médicaux**	**2 450**	**1 333**	**1 179**	**4 961**	**38,7**
Transports de malades	**112**	**54**	**19**	**184**	**4,5**
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	**917**	**507**	**284**	**1 707**	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour…)	643	377	162	1 182	
Prestations diverses	273	130	122	526	

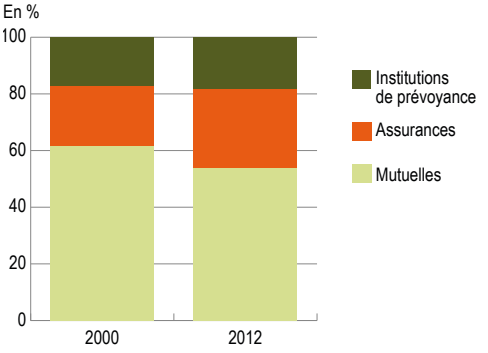
* Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
** Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Part des OC pour les principaux postes de la CSBM



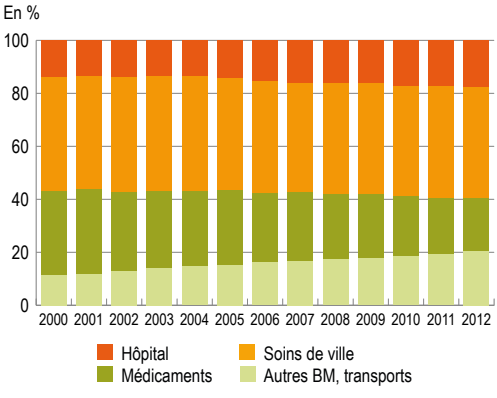
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Parts relatives des OC en 2000 et en 2012



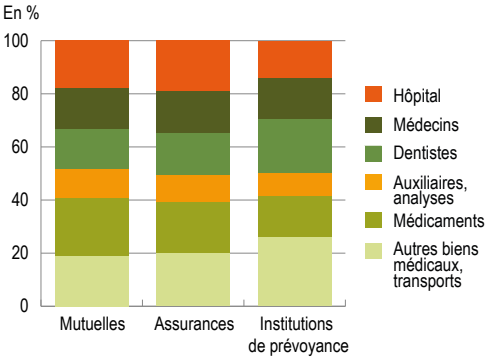
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la structure des prestations des OC



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure des prestations par type d'OC en 2012



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.6 ● Le reste à charge des ménages

En 2012, le **reste à charge** des ménages est évalué à 17,7 milliards d'euros, soit 9,6 % de la **CSBM,** comme en 2011.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse, en lien notamment avec la croissance rapide des effectifs en ALD et la création de la CMU-C en 2000. De 2005 à 2008, elle a crû sensiblement, passant de 9,0 % à 9,7 % de la CSBM en 2008. Cette progression a résulté de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. Depuis 2009, cette progression s'est interrompue : la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages s'est stabilisée à 9,6 %.

Depuis 2005, une participation forfaitaire de 1 euro est déduite des remboursements de consultations et d'analyses médicales. En 2006, les taux de remboursement pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectaient ou non le parcours de soins. Cette mesure a alourdi le reste à charge des ménages : en effet, les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, les déremboursements de médicaments de 2006 ont généré 350 millions d'euros d'économies pour l'Assurance maladie, alourdissant d'autant le reste à charge.
En 2007, le plafond de la participation forfaitaire, qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros et la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est passé à 50 % (au lieu de 70 %) pour les soins effectués hors du cadre du parcours coordonné, puis à 30 % en 2009.
En 2008, l'instauration de franchises sur les médicaments (0,50 euro par boîte), sur les actes des auxiliaires médicaux (0,50 euro par acte) et sur les transports sanitaires (2 euros par transport), dont le montant total est plafonné à 50 euros par patient et par an, a constitué une économie de 890 millions pour l'ensemble des régimes.
En 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 euros, tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à faible service médical rendu passait de 35 % à 15 % ; en outre, le taux de remboursement des médicaments à 35 % est passé à 30 % en mai 2011. Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, certains d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15 %, ce surcoût se reportant alors intégralement sur les ménages.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages par grand poste de la CSBM. Cette part est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 3 %, pour l'hôpital. Pour les soins de ville, elle a augmenté de 11,8 % en 2000 à 13,3 % en 2006 ; elle se maintient à ce niveau depuis, s'établissant à 13,4 % en 2012. Pour les médicaments, en revanche, la part des ménages qui avait reculé entre 2000 et 2005 (de 15,1 % à 13 %), a nettement augmenté entre 2005 et 2008 avec les déremboursements et la franchise. Hormis un léger recul en 2009, le reste à charge sur les médicaments continue de croître sous l'effet de nouveaux déremboursements, de la baisse du taux de prise en charge et de la progression de l'automédication : il atteint 18,3 % en 2012.
Enfin, pour les autres biens médicaux (optique, matériels, orthèses…), la part des ménages a diminué de 20 points entre 2000 et 2012 en raison de l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 %, conjuguée à une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses.

Au sein du reste à charge, soins de ville et médicaments sont désormais à égalité (36 %), tandis que le poids des autres biens médicaux s'est nettement réduit en douze ans, passant de 21 % en 2000 à 14 % en 2012.

Au total, la France reste l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible (*cf.* graphique 14 de la vue d'ensemble).

DÉFINITIONS

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « total des dépenses de soins et de biens médicaux » diminué de la « somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

POUR EN SAVOIR PLUS

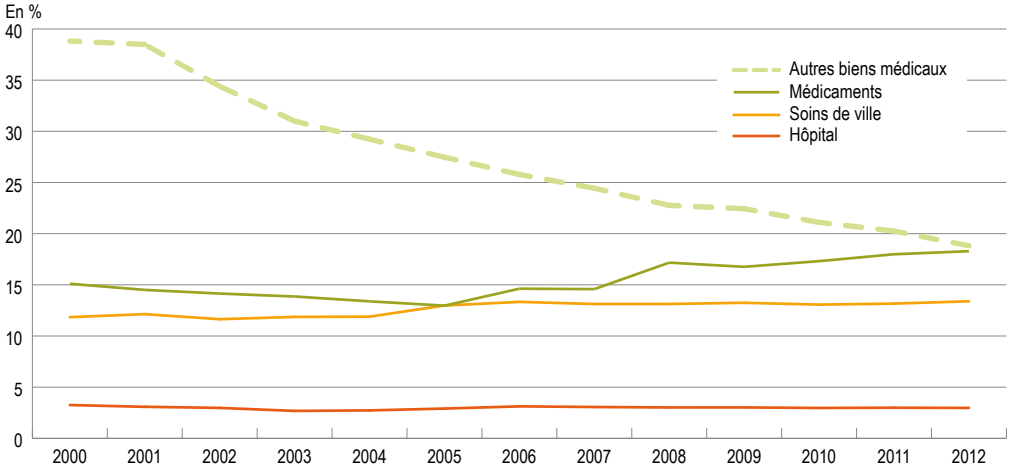
Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats,* n° 831, DREES, février 2013.

Reste à charge des ménages

	2000		2005		2009		2010		2011		2012	
	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense
Ensemble	**11 113**	**9,7**	**13 292**	**9,0**	**16 403**	**9,6**	**16 677**	**9,5**	**17 271**	**9,6**	**17 604**	**9,6**
Hôpital	1 759	3,3	1 992	2,9	2 391	3,0	2 416	3,0	2 485	3,0	2 530	3,0
Soins de ville	3 391	11,8	4 850	13,0	5 744	13,2	5 756	13,1	6 032	13,2	6 330	13,4
Médicaments	3 623	15,1	3 979	13,0	5 711	16,8	5 969	17,3	6 231	18,0	6 280	18,3
Autres biens médicaux	2 320	38,8	2 405	27,5	2 463	22,4	2 446	21,1	2 471	20,3	2 412	18,8
Transports de malades	20	1,1	66	2,4	93	2,6	91	2,4	53	1,4	52	1,3

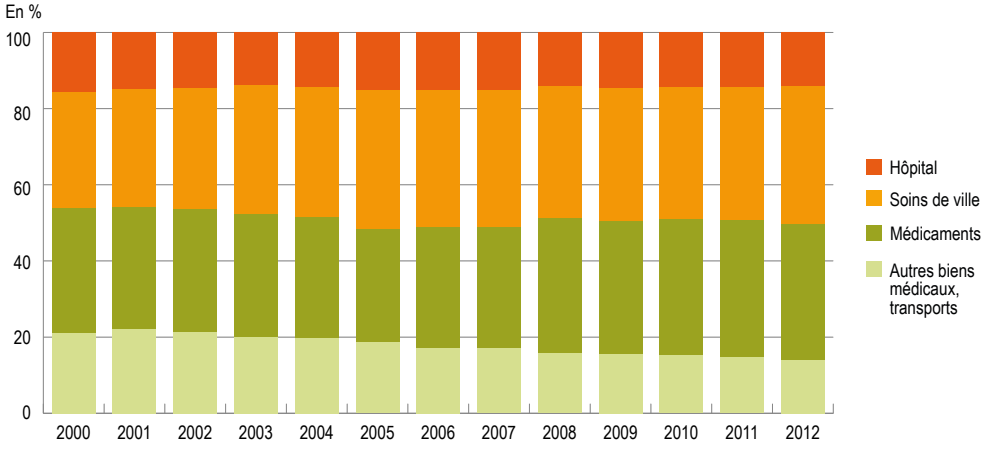
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la structure du reste à charge des ménages



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.7 ● Le financement du Fonds CMU

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1er janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes. Elle offre la prise en charge complémentaire des soins à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'Assurance maladie, du forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou certains dispositifs médicaux.
Sa gestion est assurée par les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires santé. En 2012, 15,3 % des bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire (15,6 % en 2011).

La CMU-C est attribuée sous condition de ressources. Ce dispositif a été complété en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus un peu supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C.

Fin 2012, on compte 4,5 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 2,7 % de plus qu'en 2011, et un peu plus de 1 million de bénéficiaires d'attestations ACS soit 30 % de plus qu'en 2011 en raison du relèvement du plafond de ressources (désormais fixé au seuil CMU-C plus 35 %).

Depuis 2009, les organismes complémentaires (OC) constituaient l'unique source de financement du Fonds CMU. L'année 2011 a vu la transformation de la contribution des OC en taxe. Pour être neutre financièrement, le taux est passé de 5,9 % à 6,27 %, son assiette étant constituée du montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par les OC. En 2012, les OC ont ainsi versé 2 milliards d'euros au Fonds CMU.
Fin 2012, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a réattribué une fraction (3,15 %) des taxes sur le tabac au Fonds CMU : un produit à recevoir de 42 millions d'euros a été comptabilisé dès l'exercice 2012.

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires sous la forme d'un forfait fixé depuis le 1er janvier 2009 à 370 euros par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. Les dépenses constatées dépassent ce montant pour les bénéficiaires gérés par le régime général avec, en 2012, une dépense moyenne par bénéficiaire de 445 euros. Le montant moyen de dépense par bénéficiaire est équivalent au forfait pour le régime agricole, et inférieur pour le régime des indépendants. De fait, la CNAMTS supporte une charge de 261 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2012. C'est la raison pour laquelle depuis 2009, le Fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS : ce versement s'élève à 126 millions d'euros en 2012.

Les organismes complémentaires cotisant au Fonds CMU déduisent du montant dû au titre des taxes sur les contrats de couverture complémentaire santé ce forfait de 370 euros par bénéficiaire, soit un total de 263 millions d'euros en 2012. Ils déduisent également depuis 2005 le crédit d'impôt lié à l'aide à l'ACS : 195 millions d'euros en 2012, soit 18 % de plus qu'en 2011 (165 millions d'euros).

Au final, la contribution nette des organismes complémentaires s'élève à 1,6 milliard d'euros en 2012. La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,5 % au lieu de 13,7 %.

Le traitement de la CMU-C dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Les dépenses liées à la CMU-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'Assurance maladie figurent dans la colonne « État, collectivités territoriales et CMU-C organismes de base » soit 1,66 milliard d'euros en 2012 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurances » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations versées par ces organismes complémentaires.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2012 », mai 2013, consultable sur www.cmu.gouv.fr.
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2012, prévisions 2013 », juin 2013.
« Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique », CNAMTS, *Points de repère,* n° 37, février 2012.

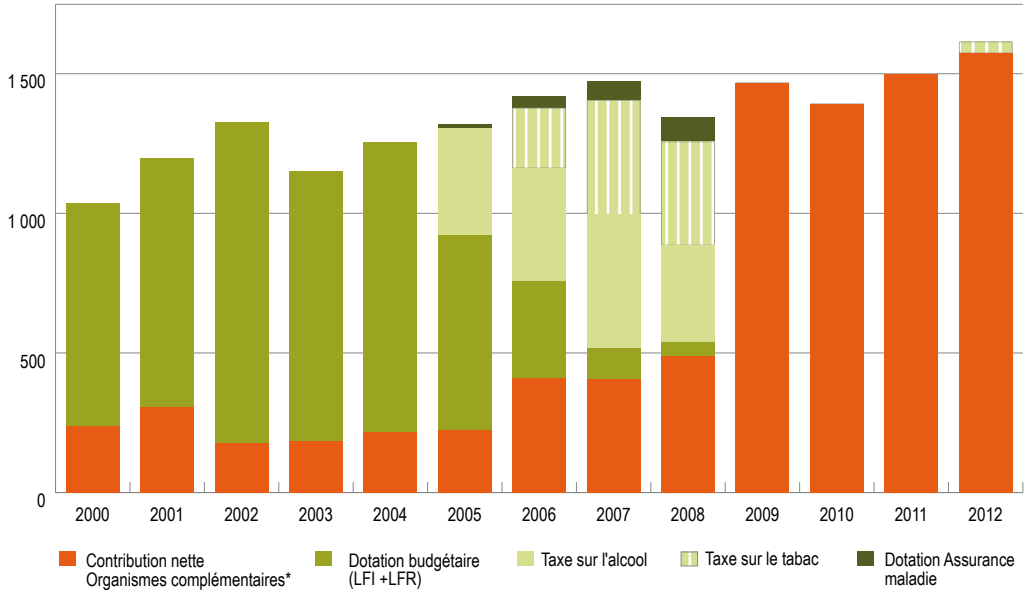
Compte du Fonds CMU en 2012

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	**1 879**	**Total produits**	**2 084**
Versements aux régimes de base	1 403		
Déductions « Contrats CMU-C » (1)	263	Taxe CMU versée par les OC	2 031
Déduction « ACS » (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) (2)	195	Taxe sur le tabac	42
Dotation aux provisions	17	Reprise sur provisions	11
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (excédent)	**205**		

(1) Avoirs accordés aux organismes complémentaires pour les bénéficiaires CMU-C qu'ils gèrent (370 € par bénéficiaire).
(2) Avoirs accordés aux organismes complémentaires pour les bénéficiaires ACS qu'ils gèrent.
Sources • Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2012.

Évolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2012



* Contribution des OC nette des reversements du Fonds CMU (forfaits et ACS).
Sources • Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2012.

ANNEXES

1 • Les agrégats des Comptes de la santé
2 • La production des établissements de santé
3 • Des indices spécifiques au secteur de la santé
4 • Liste des sigles utilisés

1 • Les agrégats des Comptes de la santé

1.1 La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'Aide médicale d'État (AME) ou pour des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement et les SSAD en sont exclus.

La CSBM regroupe :
- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés ;
- les consommations de soins de ville ;
- les consommations de transports de malades ;
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, petits matériels et pansements).

1.2 Les autres dépenses courantes de santé

Ces autres dépenses comprennent :
- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, SSAD et indemnités journalières ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

1.3 La Dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La Dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Une partie des dépenses de recherche est déjà comptabilisée dans la CSBM : le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. Afin d'éliminer les doubles comptes, ces dépenses sont retranchées du total des dépenses courantes de santé.

La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe : FBCF). Plus précisément, la Dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades, les dépenses en faveur du système de soins (hors double compte sur la recherche) et les coûts de gestion.

1.4 La Dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépense totale de santé/PIB ».

La définition internationale de la Dépense totale de santé inclut la Dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, pré-

Tableau 1 ● **Passage de la Dépense courante de santé à la Dépense totale de santé OCDE**

	Valeur (en milliards d'euros)			Évolution (en %)
	2010	2011	2012	2012/2011
CSBM	**175,2**	**179,6**	**183,6**	**2,2**
DCS (Dépense courante de santé)	**232,0**	**238,0**	**243,0**	**2,1**
- Indemnités journalières	-12,4	-12,6	-12,5	-0,8
- Prévention environnementale et alimentaire	-1,3	-1,2	-1,2	3,7
- Recherche nette	-3,5	-3,6	-3,6	1,3
- Formation	-1,8	-1,9	-1,9	1,6
+ FBCF	8,1	8,3	8,4	0,6
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	3,3	3,3	3,4	3,2
DTS (Dépense totale de santé)	**224,3**	**230,4**	**235,6**	**2,2**
PIB	**1 936,7**	**2 001,4**	**2 032,3**	**1,5**
DTS en % de PIB	**11,58 %**	**11,51 %**	**11,59 %**	**0,0**

Remarque • Le ratio DTS/PIB de l'année 2011 a été revu par rapport à celui de la base Éco-Santé OCDE 2013 en raison de la modification intervenue sur le calcul des coûts de gestion.
Sources • DREES, Comptes de la santé (campagne de comptes 2011 semi-définitif – 2012 provisoire).

vention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs public et privé (FBCF), ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses de l'APA[1] correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).
Le passage de la CSBM à la DTS est présenté dans le tableau 1.

1.5 La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année n-3 révise le compte semi-définitif.
Ainsi, en 2013, on estime un compte provisoire pour 2012, un compte semi-définitif pour 2011 et on arrête un compte définitif pour 2010.
Pour le compte provisoire 2012, les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2013.

1.6 Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux

Les Comptes nationaux élaborés par l'INSEE font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; à l'occasion de la publication, en 2011, de la « base 2005 », le niveau du PIB a été revu légèrement à la baisse.

Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, ont également fait l'objet de plusieurs modifications lors du passage à la base 2005, intervenu également en 2011. Le contour et l'évaluation des

1 • APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie.

deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été revus. 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 des coefficients de passage entre le régime général et le total « tous régimes » ;
- 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.

Les données relatives à la base 2005 présentées dans ce rapport portent sur la période 2000-2012, mais une rétropolation des Comptes de la santé sur plus longue période a été présentée dans la revue *Études et Résultats*[2].

1.6.1 Révisions de la CSBM

En base 2005, les consultations externes des médecins sont intégrées aux soins hospitaliers, ce qui modifie la frontière entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Plusieurs autres modifications, de moindre ampleur, sont apportées aux autres soins de ville.

a – 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 + Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires médicaux essentiellement, mais aussi d'autres prestataires) + Médicaments et LPP	Statistiques mensuelles CNAM
Médecins en ambulatoire	Honoraires totaux - Honoraires perçus lors d'une hospitalisation privée complète + Consultations externes des hôpitaux du secteur public	Statistiques mensuelles CNAM

En base 2005, c'est l'optique « Lieu d'exécution des soins » qui est retenue pour la construction des Comptes de la santé.

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public	Production non marchande de santé des hôpitaux (y compris consultations externes)	INSEE-DGFIP
Secteur hospitalier privé	Frais de séjour y compris Médicaments et LPP en sus des GHS + Total des Honoraires perçus en étab. privé	Statistiques mensuelles CNAM
Médecine de ville	Honoraires perçus dans les cabinets libéraux et les centres de santé	Statistiques mensuelles CNAM

Au moment du changement de base, l'impact de ces modifications a été évalué sur le compte semi-définitif, c'est-à-dire sur le compte SD2009.

Les consultations externes de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2009 effectuées dans les hôpitaux publics ne sont plus retranchées des soins hospitaliers comme elles l'étaient en base 2000.

2 • « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », M.A. Le Garrec, M. Koubi, A. Fenina, *Études et Résultats,* n° 831, DREES, février 2013.

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 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 plus de 3 milliards en 2099 par rapport au niveau de la base 2000.

b – 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 en 2009 par rapport à la base 2000, celui des médecins augmentant *a contrario* du même montant.

Le niveau de la consommation de soins d'infirmiers diminue de 1,3 milliard en 2009 par rapport à la base 2000 en raison du rattachement des services de soins à domicile (SSAD) aux soins de longue durée aux personnes âgées comptabilisés dans la Dépense courante de santé.

Le niveau de la consommation de médicaments diminue de 1,4 milliard en 2009 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.

Enfin, le niveau de la consommation des « autres biens médicaux » augmente de 370 millions d'euros en 2009 par rapport à la base 2000 avec une révision à la hausse du coefficient de dépassement de tarif pour les dépenses de prothèses-orthèses.

Globalement, le niveau de la CSBM de l'année 2009 a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros entre la base 2000 et la base 2005. Cette baisse résulte principalement du transfert des dépenses de SSAD et des révisions des coefficients « tous régimes ».

1.6.2 Révision des autres dépenses courantes de santé

Les modifications conceptuelles relatives au passage à la base 2005 concernent le traitement des soins de longue durée. Les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé ont également bénéficié de nouvelles évaluations.

a – Les autres dépenses pour les malades

Les indemnités journalières (IJ) n'ont pas été révisées par rapport à la base 2000. Elles comprennent seulement les indemnités versées par les régimes d'assurance sociale au titre de la maladie, de la maternité et des AT/MP (hors fonction publique) ; sont ainsi exclues les indemnités versées par les organismes complémentaires.

Les soins de longue durée ont en revanche été revus en base 2005. En effet, 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 en effet intégrés dans la Dépense courante de santé (DCS) en base 2005 : ils représentent 8,8 milliards d'euros en 2012.

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. En effet, ces soins sont effectués à plus de 85 % par des aides-soignants et à moins de 15 % par des infirmiers. Il y a donc un transfert de 1,5 milliard d'euros à ce titre de la CSBM vers la DCS en 2012.

Ces choix, qui assurent un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permettent cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé au sein des dépenses de soins. Dans l'optique plus large retenue au

niveau international de soins de longue durée (Long-Term Health Care[3]), 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 (AVQ[4]) et qui doivent être rattachés au Long-Term Healh Care, de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ) et qui doivent être rattachés au Health Care Related (*cf.* fiche 3.5).

b – Les dépenses de prévention institutionnelle

Il s'agit des seules dépenses de prévention « institutionnelle » : elles ne comprennent pas les dépenses de prévention réalisées par chacun lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Leur niveau n'est pas notablement revu en base 2005.

c – Les dépenses en faveur du système de soins

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

Les subventions ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en base 2005, à la suite de la création de nouveaux fonds par rapport à la base 2000.
Outre la prise en charge par l'Assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (2,3 milliards d'euros en 2012), les subventions au système de soins comprennent désormais la dotation versée par l'Assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville (220 millions d'euros en 2012), ainsi que l'aide à la télétransmission (128 millions d'euros en 2012).
Ne sont pas comprises dans ce poste la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), qui est affectée pour l'essentiel à l'investissement et non à la dépense courante, ni les dotations à d'autres organismes tels que l'INPES, l'InVS, l'EPRUS ou encore l'ANAP, l'ATIH, le CNG déjà comptabilisées dans les dépenses de prévention institutionnelle ou dans les coûts de gestion.

Les dépenses de formation et de recherche conservent leur niveau de la base 2000.

d – Les coûts de gestion du système de santé

L'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État : ceux-ci sont évalués à 0,8 milliard d'euros pour l'année 2012.
Les coûts de gestion de l'Assurance maladie (CNAM) représentent 7,2 milliards d'euros en 2012.
Ont également été pris en compte les financements d'opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou encore les frais de gestion de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Ces financements ou frais de gestion s'élèvent à 0,2 milliard d'euros pour l'année 2012.
Enfin, l'exploitation de données sur les organismes complémentaires recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) pour le compte de la DREES a conduit à une révision des coûts de gestion des sociétés d'assurance. Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont évalués à 6,2 milliards d'euros pour l'année 2012 compte tenu du changement de réglementation comptable intervenu au 1er janvier 2011 (transformation de la contribution des organismes complémentaires au fonds CMU en taxe, exclue par nature des frais de gestion, voir fiche 2.7).

En base 2005, le montant total des coûts de gestion du système de santé s'élève ainsi à 14,4 milliards d'euros pour l'année 2012.

---

3 • 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.

4 • 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).

1.6.3 Impact sur la DCS

Entre la base 2000 et la base 2005, le niveau de la DCS a été revu à la hausse de 5,7 milliards d'euros en 2009. Cette révision résulte de deux effets contraires : la diminution de la CSBM et l'intégration des soins aux personnes handicapées.

2 • La production des établissements de santé

2.1 Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et la nature de leur activité (commerciale ou pas), et non sur leur statut juridique.

- Le **secteur hospitalier public** regroupe l'ensemble des hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (dont les centres chargés de la lutte contre le cancer – CLCC) et quelques établissements privés antérieurement à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1er janvier 1998, eux aussi à but non lucratif, mais ne participant pas au service public hospitalier. En 2011, le secteur hospitalier public est composé de 947 hôpitaux publics et de 632 établissements privés à but non lucratif (ESPIC ex-DG[5]). Ces établissements étaient financés par une dotation globale hospitalière de 1983 à 2004 (**établissements ex-DG**) avant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation, qui en est l'exacte contrepartie.
- Le **secteur privé** regroupe l'ensemble des établissements privés à but lucratif et les établissements à but non lucratif ne participant au service public hospitalier (hors les établissements privés à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1er janvier 1998). En 2011, le secteur privé hospitalier est

Tableau 2 ● **Répartition des établissements de santé selon leur statut juridique et leur modalité de financement en 2011**

Ensemble des établissements (ET) ou des entités juridiques (EJ)		
2 694 ET/EJ		
414 395 lits et 65 152 places		
Selon leur nature juridique		
Secteur public	**Secteur privé**	
Hôpitaux publics	**ESPIC**	**Lucratif**
947 EJ	700 ET	1 047 ET
258 156 lits	57 717 lits	98 522 lits
38 862 places	11 778 places	14 512 places

Selon leur modalité de financement (retenu en comptabilité nationale)			
Secteur public		**Secteur privé**	
Hôpitaux publics	**ESPIC ex-DG***	**ESPIC ex-OQN****	**Lucratif**
947 EJ	632 ET	68 ET	1 047 ET
258 156 lits	52 708 lits	5 009 lits	98 522 lits
38 862 places	11 003 places	775 places	14 512 places

* Comprend les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier et quelques établissements ne participant pas au service public hospitalier, mais aussi à but non lucratif ayant opté au 1er janvier 1998 pour le financement par dotation globale.
** Correspond aux autres établissements à but non lucratif.

Note • nombre de lits hors USLD.
Champ • France entière hors Mayotte, y compris le service de santé des armées. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel (centres de dialyse et de radiothérapie, services d'hospitalisation à domicile).
Sources • SAE 2011, DREES.

5 • ESPIC : Établissements privés d'intérêt collectif.

composé de 1 047 établissements privés à but lucratif et de 68 établissements à but non lucratif (ESPIC ex-OQN). Il correspond aux établissements dont les dépenses étaient, antérieurement à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, encadrées par un objectif quantifié national (établissements ex-OQN).

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée (en particulier les soins des unités de soins de longue durée – USLD) ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la Dépense courante de santé, ainsi qu'à la Dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

2.2 Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins à caractère non lucratif, quel que soit leur statut juridique public ou privé, anciennement financés sous dotation globale (ex-DG). Pour ces établissements, un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100 % à partir de 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), non soumises à la T2A, ont été créées plusieurs dotations différenciées.

Les Comptes de la santé s'attachent avant tout à estimer la Consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe[6]…) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, conventions internationales, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues depuis la base 2000 du champ de la santé et intégrées au champ de l'action sociale.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires[1]	Production non marchande[2]
Coûts salariaux	dont Paiements partiels
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe	

(1) Déduction faite de la rétrocession de médicaments.
(2) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
+Paiements partiels
+Prestations prises en charge par l'État
+Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
+Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

2.3 Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier.

6 • La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'INSEE, elle est proche de la dotation aux amortissements.

Ces établissements étaient rémunérés par des prix de journées et des forfaits techniques encadrés par un objectif quantifié national (établissements ex-OQN). Mais depuis le 1er mars 2005, la réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a progressivement été appliquée sur la totalité de l'activité MCO.

Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

3 • Des indices spécifiques au secteur de la santé

3.1 Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale[7]

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Quantité x Prix.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Cela conduit à retenir un concept synthétique : le volume qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$\text{Valeur} = \text{Volume} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année de base}}$$

Depuis la base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

• L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités.

Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques, bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47 €	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10 €	12 200

7 • Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n°198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :
- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200 / 10 400, soit +17,3 % ;
- l'évolution du volume serait celles des quantités : 2 000 / 1 900, soit **+5,3 % ;**
- l'évolution des prix se déduirait de celles du volume et de la valeur :
  Indice de prix = Indice de valeur / Indice de volume, soit **+11,4 %**.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit « de meilleure qualité » ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer « l'effet prix » de « l'effet volume » dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :
- valeur à prix constants du médicament 1 : 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 : 1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (c'est-à-dire un volume) de 11 200 M€ ;
- la variation en volume est alors de 11 200 / 10 400, **soit +7,7 % ;**
- la variation des prix est de 12 200 / 11 200, soit **+8,9 %.**

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet « qualité ». Ce terme « qualité » se réfère uniquement aux caractéristiques particulières du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de « nature » plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1.

La variation de prix apparente (+11,4 %) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de +11,4 % à +8,9 %.

La variation du volume intègre ainsi l'effet « qualité » : elle est de 7,7 % alors que la simple hausse des quantités est de 5,3 %.

• La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année n-1, l'absence d'indice étant relatif à l'année n.

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres et les indices de prix des indices de Paasche.

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

$$I\,Val = \frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i.p^i}{\sum_i q_0^i.p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

$$I\,Vol = \frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i.p^i_0}{\sum_i q_0{}^i.p_0{}^i} = \sum \left(\frac{q_0{}^i.p_0{}^i}{\sum_i q_0{}^i.p_0{}^i} \right) . \left(\frac{q^i}{q_0{}^i} \right)$$

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

$$I\,Px = \frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} \Big/ \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i.p^i}{\sum_i q_0{}^i.p_0{}^i} * \frac{\sum_i q_0{}^i.p_0{}^i}{\sum_i q^i.p_0{}^i} = \frac{\sum_i q^i.p^i}{\sum_i q^i.p_0{}^i}$$

• Cas particuliers

Dans certains cas, les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode « input ») ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode « output »). Dans les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

Dans d'autres cas, les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

3.2 L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, les établissements du secteur public hospitalier voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume (méthode « input »).

Depuis la base 2000, sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes se fasse par une méthode de mesure directe de la production (méthode « output »). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

On élabore désormais un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

La méthode « output » appliquée au compte provisoire 2012 donne le résultat suivant :

TYPES DE SÉJOUR	Évaluation de la structure du montant des dépenses	Indices de volume en 2012
Médecine, chirurgie, obstétrique	0,799	1,032
Hospitalisation supérieure ou égale à 2 jours	*0,783*	*1,032*
Hospitalisation inférieure à 2 jours	*0,160*	*1,029*
Lutte contre les maladies mentales	0,122	1,005
Soins de suite et de réadaptation	0,079	1,018
Indice de volume	**1,000**	**1,028**

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Les indices de volume des quatre grandes catégories de types de séjour sont eux-mêmes le résultat d'indices de quantité de sous-rubriques de dépenses (par exemple les 600 GHM en version 11d du PMSI) pondérés par la part financière de chaque sous-rubrique.

Tableau 3 ● **Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output »**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Méthode « input »	1,005	1,008	1,013	1,010	1,015	1,026	1,020	1,016	1,015	1,016	1,010	1,007	1,009
Méthode « output »	1,005	1,008	1,013	1,011	1,015	1,023	1,017	1,013	1,026	1,030	1,030	1,028	1,028
Écart entre « output » et « input »	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,003	0,011	0,014	0,020	0,021	0,019

Sources • DREES, Comptes de la santé.

La méthode « output » était utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé uniquement pour le compte définitif jusqu'en 2011. À partir de 2012, la méthode « output » est utilisée dès le compte provisoire, c'est-à-dire pour le compte provisoire de l'année 2011.

La méthode « output » est exposée de façon détaillée dans le Document de travail n°118 de la DREES publié en mars 2012 : « Le partage volume-prix à l'hôpital dans les Comptes nationaux de la santé », M. Koubi, A. Fenina.

3.3 Le prix des soins dans les cliniques privées

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), des indices de prix des honoraires et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier).

3.4 Le prix des soins de médecins

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

3.5 Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE. Par construction, cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau, mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Les médicaments remboursables représentent près de 90 % des dépenses en médicaments. La baisse de prix des médicaments remboursables est à mettre directement en rapport avec les politiques publiques, notamment le développement des génériques. Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps (- 20 % en moyenne), son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis au tarif forfaitaire de

responsabilité (TFR) : l'Assurance maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques, mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'Assurance maladie.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans l'*INSEE Première* n° 1408 publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

3.6 Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques…) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, ainsi que ceux des nutriments spécifiques, des gaz industriels (oxygénothérapie), de la location de matériel à des particuliers…

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements[8].

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP…

Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

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

4 • Liste des sigles utilisés

A

AcBUS : Accord de bon usage des soins

ACP : Autorité de contrôle prudentiel

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

ADELI : Automatisation DEs LIstes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)

AIS : Actes infirmiers de soins

AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne

ALD : Affection de longue durée

AMC : Assurance maladie complémentaire

AME : Aide médicale de l'État

AMI : Actes médicaux infirmiers

AMK : Actes de masso-kinésithérapie

AMM : Autorisation de mise sur le marché (des médicaments)

AMO : Assurance maladie obligatoire

AMY : Actes d'orthoptie

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANR : Agence nationale de la recherche

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé

ASMR : Amélioration du service médical rendu (médicament)

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

AT/MP : Accidents du travail – Maladies professionnelles

AVQ : Activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CEPS : Comité économique des produits de santé

CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)

CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés

CNETh : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNSE : Centre national des soins à l'étranger

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGH : Dotation globale hospitalière

DGTPE : Direction générale du Trésor et de la politique économique

DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialité

DMI : Dispositifs médicaux implantables

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTS : Dépense totale de santé

E

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EJDS : Établissement pour jeunes déficients sensoriels

EP : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EPAS : Échantillon permanent des assurés sociaux de la caisse nationale d'Assurance maladie

EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)

EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FBCF : Formation brute de capital fixe

FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »

FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances

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

FIR : Fonds d'intervention régionale

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

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

FSE : Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)

GHM : Groupe homogène de malades (en établissement de santé)

GHS : Groupe homogène de séjours (en établissement de santé)

GIR : Groupes iso-ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

ICM : Indice comparatif de mortalité

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion (anti-hypertenseur)

IEM : Institut d'éducation motrice

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IGN : Institut géographique national

IJ : indemnités journalières

IME : Institut médico-éducatif

INES : INsee-dreES (modèle de micro-simulation sur les revenus des ménages développé par l'INSEE et la DREES)

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

IP : Institution de prévoyance

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons (anti-ulcéreux)

IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »

MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires d'Assurance maladie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique

OGD : Objectif global de dépenses (médico-sociales)

OMAR : Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'Assurance maladie

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

ONDPS : Observatoire national des professions de santé

OQN : Objectif quantifié national

P

PCH : Prestation de compensation du handicap

PIB : Produit intérieur brut

PJP (ex) : Établissement hospitalier à prix de journée préfectoral

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PPA : Parités de pouvoir d'achat

PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS)

PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES

PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'Assurance maladie)

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

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

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIIRAM et SNIR : Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : Service de santé des armées

SSAD : Services de soins à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger

Tableaux détaillés 2000-2012

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Valeur (en millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 330	83 062	85 083
• Secteur public	42 013	43 835	46 009	48 713	51 027	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 041	63 388	64 889
• Secteur privé	12 072	12 402	13 224	13 987	14 914	15 714	16 432	17 162	18 021	18 733	19 289	19 674	20 195
2. SOINS DE VILLE	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 811	47 279
• Médecins	13 233	13 527	14 582	15 591	16 006	16 485	17 075	17 840	18 236	18 618	18 469	19 284	19 744
• Auxiliaires médicaux	5 787	6 068	6 626	7 184	7 615	8 071	8 553	9 273	9 856	10 439	11 007	11 547	12 383
- infirmiers	2 692	2 744	3 006	3 319	3 516	3 747	3 990	4 356	4 704	5 150	5 509	5 837	6 316
- masseurs-kinésithérapeutes	2 584	2 799	3 025	3 218	3 415	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 570	4 734	5 032
- autres	511	524	596	647	684	717	753	788	844	880	928	976	1 035
• Dentistes	6 693	7 286	7 665	8 202	8 585	8 740	9 016	9 315	9 558	9 737	9 993	10 288	10 516
• Analyses	2 626	2 812	3 136	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 099	4 189	4 260	4 361	4 285
• Cures thermales (forfait soins)	293	300	305	309	308	307	309	319	317	316	327	331	351
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 786	3 894	4 102
4. MÉDICAMENTS	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 470	34 641	34 341
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 590	12 200	12 817
• Optique	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 127	5 355	5 567
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 144	1 215	1 343	1 390	1 489	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 122	2 247	2 396
• Petits matériels et pansements	1 597	1 840	2 146	2 412	2 694	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 342	4 598	4 854
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
• Prévention individuelle primaire	1 947	2 019	2 121	2 281	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
• Prévention individuelle secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	604	622	613
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	116 890	123 158	130 645	138 341	145 551	151 030	156 760	163 517	169 006	174 585	178 625	183 028	187 036

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

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Indices de valeur

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,9	104,0	105,3	105,9	105,2	103,9	103,7	103,6	103,5	103,9	102,7	102,1	102,4
• Secteur public	103,3	104,3	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,6	102,2	102,4
• Secteur privé	101,8	102,7	106,6	105,8	106,6	105,4	104,6	104,4	105,0	104,0	103,0	102,0	102,6
2. SOINS DE VILLE	104,5	104,8	107,7	107,5	104,2	103,3	103,9	104,9	103,3	102,9	101,7	104,0	103,2
• Médecins	103,6	102,2	107,8	106,9	102,7	103,0	103,6	104,5	102,2	102,1	99,2	104,4	102,4
• Auxiliaires médicaux	106,2	104,8	109,2	108,4	106,0	106,0	106,0	108,4	106,3	105,9	105,4	104,9	107,2
- infirmiers	105,7	101,9	109,5	110,4	106,0	106,6	106,5	109,2	108,0	109,5	107,0	106,0	108,2
- masseurs-kinésithérapeutes	106,5	108,3	108,1	106,4	106,1	105,6	105,6	108,4	104,3	102,4	103,6	103,6	106,3
- autres	106,8	102,5	113,6	108,6	105,7	104,9	105,0	104,7	107,1	104,2	105,4	105,2	106,0
• Dentistes	104,3	108,9	105,2	107,0	104,7	101,8	103,2	103,3	102,6	101,9	102,6	103,0	102,2
• Analyses	107,1	107,1	111,5	109,8	106,3	102,9	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7	102,4	98,2
• Cures thermales (forfait soins)	96,6	102,4	101,8	101,3	99,6	99,8	100,5	103,1	99,4	99,9	103,4	101,3	106,1
3. TRANSPORTS DE MALADES	108,0	109,1	109,1	108,0	108,2	107,0	108,4	105,8	104,5	106,4	105,4	102,9	105,3
4. MÉDICAMENTS	109,3	107,6	105,0	103,6	105,6	103,6	102,6	103,8	102,1	102,0	101,2	100,5	99,1
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	113,7	111,1	108,9	106,5	107,6	105,6	106,6	107,6	106,2	102,9	105,6	105,3	105,1
• Optique	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	104,3	103,2	103,8	103,3	104,4	104,0
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	108,4	106,2	110,5	103,5	107,1	104,5	108,0	107,1	107,3	103,2	106,4	105,9	106,6
• Petits matériels et pansements	117,1	115,2	116,6	112,4	111,7	109,7	108,6	112,5	109,6	101,7	108,0	105,9	105,6
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,3	103,3	102,4	102,5	102,2
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	103,1	103,7	104,5	107,9	106,4	101,1	103,4	105,1	104,1	104,3	98,8	100,8	99,8
• Prévention individuelle primaire	103,1	103,7	105,0	107,5	106,5	99,2	103,4	104,2	104,2	104,2	98,9	100,3	100,1
• Prévention individuelle secondaire	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,2	103,3	109,6	103,5	104,6	98,2	103,0	98,6
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,4	103,3	102,3	102,5	102,2

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

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Indices de prix

(indices des prix : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,3	103,1	103,7	104,4	103,2	101,3	101,5	102,0	100,5	100,8	99,9	99,7	99,8
• Secteur public	102,8	103,5	103,6	104,7	103,2	101,1	101,8	102,1	100,4	100,9	99,7	99,4	99,6
• Secteur privé	100,8	101,9	104,0	103,4	103,4	102,2	100,5	101,5	100,9	100,5	100,5	100,6	100,3
2. SOINS DE VILLE	100,5	100,7	102,6	103,4	100,9	101,3	102,1	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9
• Médecins	100,6	100,6	106,1	105,3	101,2	102,4	103,8	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5
• Auxiliaires médicaux	100,2	99,2	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,3	100,0	101,8
• Dentistes	101,2	103,2	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9
• Analyses	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Cures thermales (forfait soins)	103,0	101,6	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1	102,5	102,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	101,7	103,3	102,1	101,9	100,6	102,0	103,3	101,5	101,5	103,3	100,8	100,7	101,6
4. MÉDICAMENTS	99,6	98,9	98,8	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,8
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,5	101,0	101,1	101,7	101,4	101,0	100,6	100,5	101,6	101,2	100,5	100,5	100,5
• Optique	100,5	101,0	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	100,8	100,8	100,6	100,4	100,7	100,4	100,2	100,1	100,5	100,2	100,8	100,2	99,5
• Petits matériels et pansements	100,0	101,1	100,8	101,2	100,7	100,5	101,4	100,4	102,1	102,0	100,8	101,3	100,8
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	101,2	101,5	102,2	102,9	101,6	100,8	100,5	100,9	100,3	100,2	99,7	99,8	99,6

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

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Indices de volume

(indices de volume : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,6	100,8	101,6	101,4	101,9	102,5	102,2	101,7	103,0	103,1	102,8	102,4	102,7
• Secteur public	100,5	100,8	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,8
• Secteur privé	101,1	100,8	102,5	102,3	103,1	103,1	104,0	102,9	104,1	103,4	102,4	101,4	102,4
2. SOINS DE VILLE	104,0	104,0	105,0	103,9	103,2	102,0	101,8	103,1	101,7	102,1	101,2	102,8	102,3
• Médecins	102,9	101,7	101,6	101,5	101,4	100,5	99,8	101,4	100,7	101,9	98,9	102,3	101,9
• Auxiliaires médicaux	106,0	105,7	104,5	105,1	104,6	106,0	106,0	107,5	104,5	104,0	105,1	104,9	105,3
• Dentistes	103,1	105,4	110,3	106,0	104,4	100,8	101,4	102,0	100,8	100,7	101,4	101,8	101,3
• Analyses	109,0	108,8	109,2	108,2	106,3	102,9	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7	102,4	98,2
• Cures thermales (forfait soins)	93,8	100,7	98,8	98,8	98,1	97,8	97,9	96,9	96,3	97,3	101,3	98,8	103,3
3. TRANSPORTS DE MALADES	106,2	105,6	106,9	106,0	107,5	104,9	105,0	104,2	103,0	103,0	104,5	102,1	103,7
4. MÉDICAMENTS	109,7	108,8	106,2	104,0	106,8	104,8	106,5	106,5	104,5	104,7	103,4	102,5	102,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	113,2	110,0	107,7	104,7	106,1	104,5	106,0	107,1	104,6	101,6	105,0	104,7	104,5
• Optique	113,4	109,7	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	103,5	101,6	102,7	103,1	104,4	103,1
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,5	105,4	109,8	103,1	106,3	104,1	107,9	107,0	106,7	103,1	105,5	105,7	107,1
• Petits matériels et pansements	117,0	114,0	115,7	111,0	110,9	109,1	107,1	112,0	107,3	99,7	107,2	104,6	104,8
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	104,0	103,8	103,8	102,9	103,6	103,0	103,3	103,4	103,1	103,1	102,7	102,7	102,7

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

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Valeur (en millions d'euros 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	63 195	63 704	64 705	65 594	66 818	68 487	70 005	71 170	73 281	75 550	77 680	79 586	81 725
• Secteur public	49 212	49 605	50 251	50 811	51 570	52 774	53 657	54 336	55 764	57 436	59 132	60 888	62 584
• Secteur privé	13 983	14 099	14 454	14 783	15 248	15 714	16 348	16 834	17 517	18 114	18 548	18 698	19 141
2. SOINS DE VILLE	31 441	32 658	34 197	35 521	36 658	37 372	38 039	39 211	39 908	40 758	41 272	41 990	42 946
• Médecins	15 429	15 685	15 931	16 172	16 397	16 485	16 456	16 692	16 810	17 130	16 935	16 978	17 298
• Auxiliaires médicaux	6 274	6 630	6 926	7 278	7 615	8 071	8 553	9 198	9 610	9 996	10 503	11 019	11 604
• Dentistes	6 735	7 101	7 834	8 308	8 671	8 740	8 860	9 036	9 107	9 169	9 297	9 365	9 484
• Analyses	2 678	2 914	3 182	3 443	3 661	3 769	3 869	3 993	4 100	4 190	4 260	4 362	4 285
• Cures thermales (forfait soins)	325	328	324	320	314	307	301	292	281	273	277	266	275
3. TRANSPORTS DE MALADES	2 086	2 202	2 355	2 496	2 684	2 816	2 956	3 081	3 172	3 268	3 416	3 464	3 591
4. MÉDICAMENTS	22 792	24 801	26 338	27 396	29 269	30 688	32 694	34 807	36 370	38 087	39 395	41 204	42 180
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	6 378	7 015	7 547	7 899	8 377	8 753	9 277	9 933	10 387	10 560	11 088	11 555	12 073
• Optique	3 532	3 873	3 984	4 052	4 175	4 242	4 435	4 592	4 665	4 790	4 938	5 156	5 318
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 178	1 242	1 364	1 406	1 495	1 556	1 678	1 796	1 917	1 976	2 084	2 200	2 357
• Petits matériels et pansements	1 668	1 900	2 199	2 441	2 707	2 954	3 164	3 545	3 805	3 794	4 066	4 199	4 398
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	125 892	130 380	135 142	138 906	143 806	148 116	152 971	158 202	163 118	168 223	172 851	177 799	182 515

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

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX
Indices de volume (base 100 en 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	92,3	93,0	94,5	95,8	97,6	100,0	102,2	103,9	107,0	110,3	113,4	116,2	119,3
• Secteur public	93,3	94,0	95,2	96,3	97,7	100,0	101,7	103,0	105,7	108,8	112,0	115,4	118,6
• Secteur privé	89,0	89,7	92,0	94,1	97,0	100,0	104,0	107,1	111,5	115,3	118,0	119,0	121,8
2. SOINS DE VILLE	84,1	87,4	91,5	95,0	98,1	100,0	101,8	104,9	106,8	109,1	110,4	112,4	114,9
• Médecins	93,6	95,1	96,6	98,1	99,5	100,0	99,8	101,3	102,0	103,9	102,7	103,0	104,9
• Auxiliaires médicaux	77,7	82,1	85,8	90,2	94,3	100,0	106,0	114,0	119,1	123,8	130,1	136,5	143,8
• Dentistes	77,1	81,2	89,6	95,1	99,2	100,0	101,4	103,4	104,2	104,9	106,4	107,2	108,5
• Analyses	71,1	77,3	84,4	91,4	97,1	100,0	102,7	105,9	108,8	111,2	113,0	115,7	113,7
• Cures thermales (forfait soins)	105,8	106,7	105,4	104,1	102,2	100,0	97,9	95,0	91,4	88,8	90,1	86,6	89,5
3. TRANSPORTS DE MALADES	74,1	78,2	83,6	88,6	95,3	100,0	105,0	109,4	112,6	116,0	121,3	123,0	127,5
4. MÉDICAMENTS	74,3	80,8	85,8	89,3	95,4	100,0	106,5	113,4	118,5	124,1	128,4	134,3	137,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	72,9	80,1	86,2	90,2	95,7	100,0	106,0	113,5	118,7	120,6	126,7	132,0	137,9
• Optique	83,3	91,3	93,9	95,5	98,4	100,0	104,5	108,2	110,0	112,9	116,4	121,5	125,4
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	75,7	79,8	87,7	90,4	96,1	100,0	107,8	115,4	123,2	127,0	133,9	141,4	151,5
• Petits matériels et pansements	56,5	64,3	74,4	82,6	91,6	100,0	107,1	120,0	128,8	128,4	137,6	142,1	148,9
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	85,0	88,0	91,2	93,8	97,1	100,0	103,3	106,8	110,1	113,6	116,7	120,0	123,2

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

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ
Valeur (en millions d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	114 574	120 755	128 134	135 633	142 668	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
- Soins hospitaliers	54 085	56 237	59 233	62 700	65 941	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 330	83 062	85 083
• *Secteur public*	*42 013*	*43 835*	*46 009*	*48 713*	*51 027*	*52 774*	*54 618*	*56 482*	*58 187*	*60 470*	*62 041*	*63 388*	*64 889*
• *Secteur privé*	*12 072*	*12 402*	*13 224*	*13 987*	*14 914*	*15 714*	*16 432*	*17 162*	*18 021*	*18 733*	*19 289*	*19 674*	*20 195*
- Soins de ville	28 632	29 993	32 314	34 730	36 175	37 372	38 822	40 739	42 066	43 300	44 056	45 811	47 279
- Transports de malades	1 891	2 063	2 252	2 431	2 631	2 816	3 053	3 231	3 377	3 592	3 786	3 894	4 102
- Médicaments	23 989	25 822	27 105	28 068	29 632	30 688	31 491	32 696	33 393	34 076	34 470	34 641	34 341
- Autres biens médicaux	5 976	6 640	7 230	7 703	8 289	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 590	12 200	12 817
12. SOINS DE LONGUE DURÉE	8 213	8 718	9 363	10 063	11 026	12 209	13 004	13 919	15 218	16 619	17 253	17 892	18 541
- SSAD	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469
- Soins aux personnes âgées en établissements	2 867	3 026	3 337	3 645	4 031	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	7 963	8 317
- Soins aux personnes handicapées en établissements	4 744	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	8 199	8 833	9 703	10 386	10 426	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 398	12 613	12 516
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	130 987	138 306	147 200	156 082	164 121	170 738	177 238	185 074	192 384	199 704	204 883	210 113	214 680
21. PRÉVENTION INDIVIDUELLE	2 316	2 403	2 511	2 708	2 882	2 914	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 281	2 430	2 412	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
- Prévention secondaire	369	383	390	427	452	502	519	569	588	615	604	622	613
22. PRÉVENTION COLLECTIVE	1 779	1 823	2 233	2 316	2 088	2 140	2 251	2 301	2 424	3 041	2 376	2 368	2 378
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	4 095	4 226	4 744	5 025	4 970	5 054	5 263	5 467	5 720	6 477	5 770	5 788	5 791
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	1 628	1 698	1 833	1 927	2 103	2 274	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 562	2 660
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 401	7 451	7 421	7 452	7 469
33. DÉPENSES DE FORMATION	807	830	873	908	967	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 880	1 910
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	7 856	8 289	8 981	9 310	9 680	9 974	10 632	10 859	11 251	11 461	11 663	11 894	12 039
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	11 014	11 322	11 669	12 208	12 416	12 515	12 554	12 808	13 060	13 207	13 601	14 077	14 366
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-2 711	-2 848	-3 187	-3 384	-3 397	-3 460	-3 850	-4 056	-4 131	-4 060	-3 887	-3 893	-3 864
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	151 241	159 294	169 407	179 241	187 790	194 821	201 838	210 152	218 284	226 789	232 030	237 980	243 011

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

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ
Indices de valeur

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	105,2	105,4	106,1	105,9	105,2	103,8	103,8	104,3	103,3	103,3	102,4	102,5	102,2
- soins hospitaliers	102,9	104,0	105,3	105,9	105,2	103,9	103,7	103,6	103,5	103,9	102,7	102,1	102,4
• *Secteur public*	*103,3*	*104,3*	*105,0*	*105,9*	*104,8*	*103,4*	*103,5*	*103,4*	*103,0*	*103,9*	*102,6*	*102,2*	*102,4*
• *Secteur privé*	*101,8*	*102,7*	*106,6*	*105,8*	*106,6*	*105,4*	*104,6*	*104,4*	*105,0*	*104,0*	*103,0*	*102,0*	*102,6*
- Soins de ville	104,5	104,8	107,7	107,5	104,2	103,3	103,9	104,9	103,3	102,9	101,7	104,0	103,2
- Transports de malades	108,0	109,1	109,1	108,0	108,2	107,0	108,4	105,8	104,5	106,4	105,4	102,9	105,3
- Médicaments	109,3	107,6	105,0	103,6	105,6	103,6	102,6	103,8	102,1	102,0	101,2	100,5	99,1
- Autres biens médicaux	113,7	111,1	108,9	106,5	107,6	105,6	106,6	107,6	106,2	102,9	105,6	105,3	105,1
12. SOINS DE LONGUE DURÉE	105,1	106,1	107,4	107,5	109,6	110,7	106,5	107,0	109,3	109,2	103,8	103,7	103,6
- SSAD	106,9	106,2	110,1	108,3	109,6	108,8	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1
- Soins aux personnes âgées en établissements	105,4	105,6	110,3	109,2	110,6	115,0	109,7	108,9	114,0	115,3	105,4	103,9	104,4
- Soins aux personnes handicapées en établissements	104,8	106,5	105,4	106,3	108,9	108,2	103,6	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	109,4	107,7	109,8	107,0	100,4	99,9	100,7	103,0	106,0	104,2	103,9	101,7	99,2
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	105,5	105,6	106,4	106,0	105,2	104,0	103,8	104,4	103,9	103,8	102,6	102,6	102,2
21. PRÉVENTION INDIVIDUELLE	103,1	103,7	104,5	107,9	106,4	101,1	103,4	105,1	104,1	104,3	98,8	100,8	99,8
- Prévention primaire	103,1	103,7	105,0	107,5	106,5	99,2	103,4	104,2	104,2	104,2	98,9	100,3	100,1
- Prévention secondaire	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,2	103,3	109,6	103,5	104,6	98,2	103,0	98,6
22. PRÉVENTION COLLECTIVE	105,1	102,5	122,5	103,7	90,1	102,5	105,2	102,2	105,4	125,4	78,1	99,7	100,4
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	104,0	103,2	112,3	105,9	98,9	101,7	104,1	103,9	104,6	113,2	89,1	100,3	100,0
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	100,7	104,3	108,0	105,1	109,1	108,1	100,1	91,1	105,6	101,6	107,7	106,9	103,8
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	108,9	106,3	108,9	103,2	102,1	100,2	106,3	103,0	102,2	100,7	99,6	100,4	100,2
33. DÉPENSES DE FORMATION	104,9	102,9	105,1	104,0	106,5	111,6	122,3	116,8	107,7	107,4	103,4	102,0	101,6
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	106,7	105,5	108,4	103,7	104,0	103,0	106,6	102,1	103,6	101,9	101,8	102,0	101,2
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	101,5	102,8	103,1	104,6	101,7	100,8	100,3	102,0	102,0	101,1	103,0	103,5	102,1
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	109,3	105,1	111,9	106,2	100,4	101,9	111,3	105,4	101,9	98,3	95,7	100,1	99,3
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	105,1	105,3	106,3	105,8	104,8	103,7	103,6	104,1	103,9	103,9	102,3	102,6	102,1

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2000

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	39 224	553	786	257	188	1 005		42 013
Hôpitaux du secteur privé	10 539	53	463	138	125	754		12 072
Sous-total : Soins hospitaliers	**49 763**	**606**	**1 249**	**395**	**313**	**1 759**		**54 085**
Médecins[3]	9 659	233	1 531	573	445	851		13 292
Auxiliaires[3]	4 748	55	507	164	108	439		6 021
Dentistes	2 378	66	1 233	467	470	2 079		6 693
Laboratoires d'analyses	1 977	40	322	176	90	21		2 626
Sous-total : Soins de ville	**18 762**	**394**	**3 593**	**1 379**	**1 113**	**3 390**		**28 632**
Transports de malades	1 793	10	48	13	7	20		1 891
Total : Prestataires de soins	**70 319**	**1 010**	**4 890**	**1 787**	**1 433**	**5 170**		**84 609**
Officines pharmaceutiques	15 532	349	2 848	951	686	3 623		23 989
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	2 048	43	964	266	337	2 320		5 976
Total : Biens médicaux	**17 580**	**392**	**3 812**	**1 217**	**1 022**	**5 943**		**29 966**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**87 898**	**1 402**	**8 702**	**3 003**	**2 456**	**11 113**		**114 574**
SSAD	602							602
Soins aux personnes âgées en établissements	2 867							2 867
Soins aux personnes handicapées en établissements	4 744							4 744
Indemnités journalières	8 199							8 199
DÉPENSES POUR LES MALADES	**104 311**	**1 402**	**8 702**	**3 003**	**2 456**	**11 113**		**130 987**
Prévention individuelle	386	915					1 015	2 316
Prévention collective	330	1 417					31	1 779
TOTAL : PRÉVENTION	**717**	**2 331**					**1 047**	**4 095**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 628							1 628
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 662					2 760	5 422
FORMATION	10	716				40	41	807
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 670	501	2 231	1 117	495		0	11 014
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 711	-2 711
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**113 336**	**7 612**	**10 933**	**4 120**	**2 950**	**11 153**	**1 136**	**151 241**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2001

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	40 893	651	777	284	226	1 003		43 835
Hôpitaux du secteur privé	10 855	56	457	153	151	730		12 402
Sous-total : Soins hospitaliers	**51 748**	**707**	**1 234**	**438**	**377**	**1 733**		**56 237**
Médecins[3]	9 863	237	1 464	569	464	990		13 587
Auxiliaires[3]	5 004	50	531	166	122	433		6 307
Dentistes	2 621	143	1 310	508	509	2 196		7 286
Laboratoires d'analyses	2 130	41	340	183	97	21		2 812
Sous-total : Soins de ville	**19 618**	**472**	**3 645**	**1 426**	**1 192**	**3 640**		**29 993**
Transports de malades	1 952	11	49	13	12	25		2 063
Total : Prestataires de soins	**73 319**	**1 190**	**4 928**	**1 877**	**1 582**	**5 398**		**88 293**
Officines pharmaceutiques	16 963	373	2 982	961	797	3 745		25 822
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	2 334	60	1 020	281	390	2 556		6 640
Total : Biens médicaux	**19 298**	**433**	**4 002**	**1 243**	**1 186**	**6 301**		**32 462**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**92 616**	**1 623**	**8 930**	**3 119**	**2 768**	**11 699**		**120 755**
SSAD	640							640
Soins aux personnes âgées en établissements	3 026							3 026
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 051							5 051
Indemnités journalières	8 833							8 833
DÉPENSES POUR LES MALADES	**110 167**	**1 623**	**8 930**	**3 119**	**2 768**	**11 699**		**138 306**
Prévention individuelle	391	959					1 052	2 403
Prévention collective	330	1 461					32	1 823
TOTAL : PRÉVENTION	**722**	**2 420**					**1 084**	**4 226**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 698							1 698
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 861					2 900	5 761
FORMATION	10	740				41	38	830
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 839	542	2 273	1 143	522		3	11 322
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 848	-2 848
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**119 435**	**8 186**	**11 203**	**4 262**	**3 290**	**11 740**	**1 178**	**159 294**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2002

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	42 950	629	833	338	231	1 028		46 009
Hôpitaux du secteur privé	11 607	57	491	182	154	733		13 224
Sous-total : Soins hospitaliers	**54 557**	**686**	**1 325**	**519**	**384**	**1 761**		**59 233**
Médecins[3]	10 461	275	1 458	611	598	1 240		14 643
Auxiliaires[3]	5 490	57	549	178	142	454		6 870
Dentistes	2 699	167	1 502	595	669	2 033		7 665
Laboratoires d'analyses	2 368	56	386	181	109	35		3 136
Sous-total : Soins de ville	**21 018**	**556**	**3 896**	**1 565**	**1 517**	**3 762**		**32 314**
Transports de malades	2 127	12	52	11	7	42		2 252
Total : Prestataires de soins	**77 703**	**1 254**	**5 272**	**2 096**	**1 908**	**5 565**		**93 798**
Officines pharmaceutiques	18 044	433	3 094	984	717	3 834		27 105
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	2 650	62	1 161	340	529	2 488		7 230
Total : Biens médicaux	**20 694**	**495**	**4 255**	**1 323**	**1 247**	**6 322**		**34 336**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**98 397**	**1 749**	**9 527**	**3 419**	**3 155**	**11 887**		**128 134**
SSAD	705							705
Soins aux personnes âgées en établissements	3 337							3 337
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 322							5 322
Indemnités journalières	9 703							9 703
DÉPENSES POUR LES MALADES	**117 463**	**1 749**	**9 527**	**3 419**	**3 155**	**11 887**		**147 200**
Prévention individuelle	385	1 032					1 094	2 511
Prévention collective	367	1 833					33	2 233
TOTAL : PRÉVENTION	**752**	**2 865**					**1 127**	**4 744**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 833							1 833
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 049					3 226	6 275
FORMATION	11	782				43	37	873
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 941	574	2 362	1 235	552		6	11 669
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 187	-3 187
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**127 000**	**9 019**	**11 888**	**4 654**	**3 707**	**11 930**	**1 209**	**169 407**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2003

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	45 514	626	898	356	237	1 083		48 713
Hôpitaux du secteur privé	12 455	57	530	191	158	597		13 987
Sous-total : Soins hospitaliers	**57 969**	**682**	**1 427**	**547**	**395**	**1 680**		**62 700**
Médecins[3]	11 083	268	1 526	684	639	1 453		15 653
Auxiliaires[3]	5 959	68	570	197	139	498		7 431
Dentistes	2 895	178	1 637	691	672	2 129		8 202
Laboratoires d'analyses	2 607	61	413	206	116	41		3 443
Sous-total : Soins de ville	**22 544**	**575**	**4 145**	**1 778**	**1 566**	**4 121**		**34 730**
Transports de malades	2 291	15	54	13	9	50		2 431
Total : Prestataires de soins	**82 804**	**1 273**	**5 627**	**2 338**	**1 970**	**5 851**		**99 862**
Officines pharmaceutiques	18 802	440	3 161	999	776	3 890		28 068
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	2 897	61	1 338	421	598	2 388		7 703
Total : Biens médicaux	**21 699**	**501**	**4 500**	**1 420**	**1 373**	**6 278**		**35 771**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**104 503**	**1 774**	**10 127**	**3 758**	**3 343**	**12 128**		**135 633**
SSAD	763							763
Soins aux personnes âgées en établissements	3 645							3 645
Soins aux personnes handicapées en établissements	5 655							5 655
Indemnités journalières	10 386							10 386
DÉPENSES POUR LES MALADES	**124 952**	**1 774**	**10 127**	**3 758**	**3 343**	**12 128**		**156 082**
Prévention individuelle	372	1 193					1 143	2 708
Prévention collective	389	1 893					34	2 316
TOTAL : PRÉVENTION	**762**	**3 086**					**1 177**	**5 025**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 927							1 927
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 057					3 418	6 475
FORMATION	11	816				45	35	908
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 262	588	2 445	1 337	568		8	12 208
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 384	-3 384
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**134 914**	**9 321**	**12 572**	**5 095**	**3 911**	**12 173**	**1 255**	**179 241**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2004

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	47 717	610	959	402	230	1 109		51 027
Hôpitaux du secteur privé	13 233	54	566	217	153	691		14 914
Sous-total : Soins hospitaliers	**60 950**	**664**	**1 526**	**619**	**383**	**1 799**		**65 941**
Médecins[3]	11 361	270	1 583	735	669	1 449		16 067
Auxiliaires[3]	6 230	72	616	238	164	541		7 862
Dentistes	2 986	195	1 712	705	705	2 282		8 585
Laboratoires d'analyses	2 753	68	462	225	124	29		3 661
Sous-total : Soins de ville	**23 330**	**605**	**4 373**	**1 902**	**1 663**	**4 301**		**36 175**
Transports de malades	2 460	17	61	22	11	59		2 631
Total : Prestataires de soins	**86 739**	**1 287**	**5 960**	**2 543**	**2 057**	**6 160**		**104 747**
Officines pharmaceutiques	19 961	455	3 253	1 181	815	3 967		29 632
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	3 202	62	1 453	492	656	2 423		8 289
Total : Biens médicaux	**23 164**	**517**	**4 706**	**1 673**	**1 471**	**6 390**		**37 921**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**109 903**	**1 804**	**10 666**	**4 216**	**3 528**	**12 551**		**142 668**
SSAD	837							837
Soins aux personnes âgées en établissements	4 031							4 031
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 158							6 158
Indemnités journalières	10 426							10 426
DÉPENSES POUR LES MALADES	**131 356**	**1 804**	**10 666**	**4 216**	**3 528**	**12 551**		**152 858**
Prévention individuelle	385	1 314					1 184	2 882
Prévention collective	379	1 673					35	2 088
TOTAL : PRÉVENTION	**764**	**2 987**					**1 219**	**4 970**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 103							2 103
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 171					3 439	6 610
FORMATION	12	874				47	34	967
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 262	592	2 507	1 452	582		20	12 416
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 397	-3 397
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**141 498**	**9 428**	**13 173**	**5 668**	**4 110**	**12 598**	**1 315**	**187 790**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2005

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	49 175	611	1 042	447	247	1 251		52 774
Hôpitaux du secteur privé	13 892	53	616	264	146	741		15 714
Sous-total : Soins hospitaliers	**63 067**	**664**	**1 658**	**712**	**394**	**1 992**		**68 487**
Médecins[3]	11 530	272	1 672	773	636	1 663		16 546
Auxiliaires[3]	6 503	75	661	248	165	665		8 317
Dentistes	2 978	198	1 757	687	685	2 435		8 740
Laboratoires d'analyses	2 764	69	504	219	125	87		3 769
Sous-total : Soins de ville	**23 776**	**614**	**4 594**	**1 927**	**1 612**	**4 850**		**37 372**
Transports de malades	2 623	19	67	27	13	66		2 816
Total : Prestataires de soins	**89 466**	**1 298**	**6 319**	**2 666**	**2 018**	**6 909**		**108 676**
Officines pharmaceutiques	20 861	452	3 346	1 254	795	3 979		30 688
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	3 472	67	1 590	557	663	2 405		8 753
Total : Biens médicaux	**24 333**	**519**	**4 936**	**1 811**	**1 457**	**6 383**		**39 440**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**113 799**	**1 817**	**11 255**	**4 477**	**3 476**	**13 292**		**148 116**
SSAD	911							911
Soins aux personnes âgées en établissements	4 635							4 635
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 663							6 663
Indemnités journalières	10 412							10 412
DÉPENSES POUR LES MALADES	**136 421**	**1 817**	**11 255**	**4 477**	**3 476**	**13 292**		**170 738**
Prévention individuelle	412	1 294					1 208	2 914
Prévention collective	415	1 688					36	2 140
TOTAL : PRÉVENTION	**828**	**2 982**					**1 244**	**5 054**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 274							2 274
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621
FORMATION	12	985				49	33	1 080
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 197	613	2 576	1 519	584		25	12 515
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 460	-3 460
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**146 732**	**9 494**	**13 831**	**5 997**	**4 059**	**13 341**	**1 367**	**194 821**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2006

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	50 649	652	1 162	507	262	1 387		54 618
Hôpitaux du secteur privé	14 380	61	697	304	157	833		16 432
Sous-total : Soins hospitaliers	**65 029**	**713**	**1 859**	**811**	**419**	**2 220**		**71 051**
Médecins[3]	11 743	317	1 747	807	660	1 864		17 137
Auxiliaires[3]	6 876	85	702	243	167	727		8 800
Dentistes	3 070	254	1 799	702	693	2 499		9 016
Laboratoires d'analyses	2 825	77	522	236	123	87		3 869
Sous-total : Soins de ville	**24 513**	**732**	**4 770**	**1 988**	**1 643**	**5 176**		**38 822**
Transports de malades	2 837	23	77	31	14	70		3 053
Total : Prestataires de soins	**92 378**	**1 468**	**6 706**	**2 830**	**2 076**	**7 466**		**112 925**
Officines pharmaceutiques	21 161	464	3 276	1 228	758	4 605		31 491
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	3 736	76	1 773	624	717	2 406		9 332
Total : Biens médicaux	**24 897**	**540**	**5 048**	**1 852**	**1 475**	**7 011**		**40 823**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**117 275**	**2 008**	**11 754**	**4 682**	**3 552**	**14 477**		**153 748**
SSAD	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissements	5 082							5 082
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 904							6 904
Indemnités journalières	10 487							10 487
DÉPENSES POUR LES MALADES	**140 765**	**2 008**	**11 754**	**4 682**	**3 552**	**14 477**		**177 238**
Prévention individuelle	415	1 353					1 244	3 012
Prévention collective	405	1 808					38	2 251
TOTAL : PRÉVENTION	**820**	**3 161**					**1 282**	**5 263**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 277							2 277
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035
FORMATION	13	1 223				51	33	1 320
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 112	641	2 620	1 566	589		25	12 554
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 850	-3 850
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**150 987**	**10 131**	**14 375**	**6 248**	**4 141**	**14 528**	**1 428**	**201 838**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2007

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	52 300	666	1 250	563	296	1 407		56 482
Hôpitaux du secteur privé	14 977	64	754	340	178	848		17 162
Sous-total : Soins hospitaliers	**67 277**	**731**	**2 004**	**903**	**474**	**2 255**		**73 644**
Médecins[3]	12 364	320	1 796	838	679	1 907		17 904
Auxiliaires[3]	7 484	88	703	252	179	822		9 528
Dentistes	3 183	291	1 838	745	736	2 522		9 315
Laboratoires d'analyses	2 859	78	564	254	141	96		3 993
Sous-total : Soins de ville	**25 890**	**776**	**4 901**	**2 089**	**1 735**	**5 347**		**40 739**
Transports de malades	2 996	26	82	35	16	76		3 231
Total : Prestataires de soins	**96 163**	**1 533**	**6 988**	**3 027**	**2 225**	**7 679**		**117 614**
Officines pharmaceutiques	22 076	455	3 371	1 260	765	4 767		32 696
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	4 131	79	1 847	740	791	2 454		10 042
Total : Biens médicaux	**26 207**	**534**	**5 219**	**2 000**	**1 556**	**7 222**		**42 738**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**122 370**	**2 067**	**12 206**	**5 027**	**3 781**	**14 900**		**160 352**
SSAD	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissements	5 534							5 534
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 279							7 279
Indemnités journalières	10 803							10 803
DÉPENSES POUR LES MALADES	**147 092**	**2 067**	**12 206**	**5 027**	**3 781**	**14 900**		**185 074**
Prévention individuelle	434	1 449					1 283	3 166
Prévention collective	444	1 817					41	2 301
TOTAL : PRÉVENTION	**878**	**3 265**					**1 323**	**5 467**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 074							2 074
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243
FORMATION	14	1 439				53	35	1 542
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 198	670	2 650	1 657	609		24	12 808
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 056	-4 056
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**157 257**	**10 557**	**14 856**	**6 684**	**4 390**	**14 954**	**1 453**	**210 152**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2008

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	53 848	694	1 282	630	307	1 425		58 187
Hôpitaux du secteur privé	15 718	68	786	386	188	874		18 021
Sous-total : Soins hospitaliers	**69 566**	**762**	**2 069**	**1 016**	**495**	**2 299**		**76 208**
Médecins[3]	12 571	316	1 869	907	684	1 953		18 299
Auxiliaires[3]	7 864	87	764	278	187	929		10 110
Dentistes	3 214	276	1 923	833	796	2 516		9 558
Laboratoires d'analyses	2 862	74	603	289	145	126		4 099
Sous-total : Soins de ville	**26 512**	**753**	**5 159**	**2 307**	**1 811**	**5 524**		**42 066**
Transports de malades	3 111	26	90	41	17	93		3 377
Total : Prestataires de soins	**99 189**	**1 541**	**7 317**	**3 364**	**2 323**	**7 916**		**121 651**
Officines pharmaceutiques	21 838	419	3 339	1 299	764	5 733		33 393
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	4 487	79	1 946	853	873	2 428		10 667
Total : Biens médicaux	**26 326**	**498**	**5 285**	**2 152**	**1 638**	**8 161**		**44 060**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**125 515**	**2 039**	**12 603**	**5 517**	**3 961**	**16 077**		**165 710**
SSAD	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissements	6 310							6 310
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 697							7 697
Indemnités journalières	11 455							11 455
DÉPENSES POUR LES MALADES	**152 188**	**2 039**	**12 603**	**5 517**	**3 961**	**16 077**		**192 384**
Prévention individuelle	464	1 488					1 343	3 295
Prévention collective	468	1 910					47	2 424
TOTAL : PRÉVENTION	**932**	**3 398**					**1 390**	**5 720**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 190							2 190
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 191					4 210	7 401
FORMATION	15	1 553				56	37	1 660
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 271	693	2 664	1 792	620		21	13 060
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 131	-4 131
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**162 596**	**10 873**	**15 266**	**7 308**	**4 581**	**16 132**	**1 527**	**218 284**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2009

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	55 934	740	1 340	657	311	1 487		60 470
Hôpitaux du secteur privé	16 356	71	815	399	189	904		18 733
Sous-total : Soins hospitaliers	**72 290**	**810**	**2 155**	**1 056**	**500**	**2 391**		**79 203**
Médecins[3]	12 689	320	1 905	956	695	2 116		18 682
Auxiliaires[3]	8 366	87	807	293	201	939		10 692
Dentistes	3 230	283	1 927	905	834	2 558		9 737
Laboratoires d'analyses	2 921	74	604	295	164	131		4 189
Sous-total : Soins de ville	**27 207**	**764**	**5 243**	**2 448**	**1 894**	**5 744**		**43 300**
Transports de malades	3 313	28	92	47	20	93		3 592
Total : Prestataires de soins	**102 810**	**1 602**	**7 490**	**3 551**	**2 413**	**8 229**		**126 095**
Officines pharmaceutiques	22 397	412	3 429	1 360	767	5 711		34 076
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	4 560	81	2 014	926	933	2 463		10 978
Total : Biens médicaux	**26 957**	**493**	**5 443**	**2 286**	**1 701**	**8 174**		**45 054**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**129 766**	**2 095**	**12 933**	**5 837**	**4 114**	**16 403**		**171 149**
SSAD	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissements	7 273							7 273
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 035							8 035
Indemnités journalières	11 936							11 936
DÉPENSES POUR LES MALADES	**158 321**	**2 095**	**12 933**	**5 837**	**4 114**	**16 403**		**199 704**
Prévention individuelle	528	1 523					1 386	3 437
Prévention collective	631	2 361					49	3 041
TOTAL : PRÉVENTION	**1 159**	**3 883**					**1 435**	**6 477**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 226							2 226
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 344					4 108	7 451
FORMATION	16	1 675				57	36	1 784
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 313	721	2 662	1 868	625		18	13 207
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 060	-4 060
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**169 035**	**11 718**	**15 595**	**7 706**	**4 739**	**16 460**	**1 537**	**226 789**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2010

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	57 145	781	1 537	738	338	1 501		62 041
Hôpitaux du secteur privé	16 763	78	846	472	216	914		19 289
Sous-total : Soins hospitaliers	**73 908**	**859**	**2 383**	**1 210**	**554**	**2 416**		**81 330**
Médecins[3]	12 636	316	1 878	954	687	2 063		18 535
Auxiliaires[3]	8 863	89	811	322	214	970		11 268
Dentistes	3 283	296	1 954	1 000	863	2 597		9 993
Laboratoires d'analyses	2 966	76	621	312	159	126		4 260
Sous-total : Soins de ville	**27 749**	**777**	**5 263**	**2 588**	**1 922**	**5 756**		**44 056**
Transports de malades	3 486	30	103	55	20	91		3 786
Total : Prestataires de soins	**105 143**	**1 667**	**7 749**	**3 854**	**2 497**	**8 262**		**129 171**
Officines pharmaceutiques	22 687	416	3 265	1 374	759	5 969		34 470
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	4 883	84	2 098	1 084	995	2 446		11 590
Total : Biens médicaux	**27 571**	**500**	**5 363**	**2 458**	**1 753**	**8 414**		**46 060**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**132 714**	**2 167**	**13 112**	**6 312**	**4 250**	**16 677**		**175 231**
SSAD	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	7 665							7 665
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 255							8 255
Indemnités journalières	12 398							12 398
DÉPENSES POUR LES MALADES	**162 366**	**2 167**	**13 112**	**6 312**	**4 250**	**16 677**		**204 883**
Prévention individuelle	**487**	**1 515**					**1 392**	**3 394**
Prévention collective	**477**	**1 851**					**47**	**2 376**
TOTAL : PRÉVENTION	**964**	**3 367**					**1 439**	**5 770**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 397							2 397
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 498					3 923	7 421
FORMATION	16	1 732				58	37	1 844
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 311	750	2 873	1 970	669		28	13 601
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 887	-3 887
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**173 054**	**11 514**	**15 985**	**8 282**	**4 919**	**16 735**	**1 540**	**232 030**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2011

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	58 304	826	1 563	799	350	1 547		63 388
Hôpitaux du secteur privé	17 068	82	842	511	233	939		19 674
Sous-total : Soins hospitaliers	**75 372**	**908**	**2 405**	**1 309**	**583**	**2 485**		**83 062**
Médecins[3]	13 124	333	1 986	1 046	737	2 124		19 350
Auxiliaires[3]	9 201	95	860	352	224	1 080		11 812
Dentistes	3 291	310	2 005	1 074	902	2 706		10 288
Laboratoires d'analyses	3 038	77	637	320	168	121		4 361
Sous-total : Soins de ville	**28 654**	**815**	**5 489**	**2 792**	**2 030**	**6 032**		**45 811**
Transports de malades	3 632	32	100	58	19	53		3 894
Total : Prestataires de soins	**107 657**	**1 755**	**7 994**	**4 160**	**2 631**	**8 570**		**132 767**
Officines pharmaceutiques	22 768	426	3 062	1 393	760	6 231		34 641
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	5 110	93	2 267	1 166	1 093	2 471		12 200
Total : Biens médicaux	**27 879**	**519**	**5 330**	**2 560**	**1 852**	**8 702**		**46 841**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**135 536**	**2 274**	**13 323**	**6 720**	**4 483**	**17 271**		**179 608**
SSAD	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissements	7 963							7 963
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 531							8 531
Indemnités journalières	12 613							12 613
DÉPENSES POUR LES MALADES	**166 041**	**2 274**	**13 323**	**6 720**	**4 483**	**17 271**		**210 113**
Prévention individuelle	**488**	**1 515**					**1 416**	**3 420**
Prévention collective	**476**	**1 839**					**53**	**2 368**
TOTAL : PRÉVENTION	**964**	**3 354**					**1 469**	**5 788**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 562							2 562
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 523					3 929	7 452
FORMATION	17	1 767				60	37	1 880
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 239	794	3 046	2 196	769		34	14 077
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 893	-3 893
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**176 823**	**11 711**	**16 369**	**8 916**	**5 252**	**17 332**	**1 577**	**237 980**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2012

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
Dépenses par poste	**Sécurité sociale[1]**	**État, collectivités locales et CMU-C organismes de base**	**Mutuelles[2]**	**Sociétés d'assurances[2]**	**Institutions de prévoyance[2]**	**Ménages**	**Autres financements privés**	
Hôpitaux du secteur public	59 689	811	1 616	817	384	1 573		64 889
Hôpitaux du secteur privé	17 529	88	832	522	267	957		20 195
Sous-total : Soins hospitaliers	**77 218**	**899**	**2 448**	**1 339**	**650**	**2 529**		**85 083**
Médecins[3]	13 353	334	2 048	1 092	714	2 273		19 814
Auxiliaires[3]	9 893	101	894	378	228	1 171		12 664
Dentistes	3 313	318	2 064	1 121	939	2 763		10 516
Laboratoires d'analyses	2 990	77	598	320	177	123		4 285
Sous-total : Soins de ville	**29 548**	**829**	**5 603**	**2 910**	**2 058**	**6 330**		**47 279**
Transports de malades	3 832	34	112	54	19	52		4 102
Total : Prestataires de soins	**110 598**	**1 762**	**8 163**	**4 303**	**2 726**	**8 912**		**136 465**
Officines pharmaceutiques	22 642	418	2 935	1 345	723	6 280		34 341
Autres biens médicaux en ambulatoire[4]	5 343	100	2 450	1 333	1 179	2 412		12 817
Total : Biens médicaux	**27 985**	**518**	**5 385**	**2 677**	**1 902**	**8 692**		**47 158**
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	**138 583**	**2 280**	**13 548**	**6 980**	**4 628**	**17 604**		**183 623**
SSAD	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissements	8 317							8 317
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 755							8 755
Indemnités journalières	12 516							12 516
DÉPENSES POUR LES MALADES	**169 640**	**2 280**	**13 548**	**6 980**	**4 628**	**17 604**		**214 680**
Prévention individuelle	480	1 525					1 408	3 413
Prévention collective	512	1 817					49	2 378
TOTAL : PRÉVENTION	**992**	**3 342**					**1 456**	**5 791**
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 660							2 660
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 568					3 901	7 469
FORMATION	17	1 794				62	37	1 910
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 272	828	3 113	2 304	821		27	14 366
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 864	-3 864
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	**180 581**	**11 813**	**16 661**	**9 283**	**5 449**	**17 665**	**1 557**	**243 011**

[1] Y compris déficit des hôpitaux publics.
[2] Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
[3] Y compris cures thermales.
[4] Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Sources • DREES, Comptes de la santé – base 2005.

Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A. - 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal : 4e trimestre 2013

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3 % pour la troisième année consécutive : +2,2 % en 2012, après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010. Sa part dans le PIB est de 9 %, comme en 2011.

En volume, la CSBM a augmenté de 2,7 % en 2012, comme en 2011, tandis que son prix moyen recule légèrement pour la troisième année consécutive : -0,4 % en 2012, après -0,2 % en 2011 et -0,3 % en 2010. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville.

En 2012 comme en 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,7 %. Quant au reste à charge des ménages, il est stable à 9,6 % depuis 2009.