



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

SYNTHESE

Rapport Les comptes nationaux de la santé en 2012

- Edition 2013 -



<http://www.drees.sante.gouv.fr/>

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, soit 2 806 euros par habitant. 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 plus que 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 %.

Sommaire

Fiches	7
1. – Une dynamique de la dépense de santé ralentie depuis trois ans	9
2. – Une baisse historique de la consommation des médicaments.....	11
3. - La part des dépenses de santé restant à la charge des ménages demeure stable depuis quatre ans	13
4. – Suite à son déremboursement, le prix public d'un médicament augmente fortement et rapidement	17
5. – Après 75 ans, les dépenses de santé augmentent et la polypathologie devient fréquente	21
6. - La situation financière des hôpitaux publics s'améliore en 2012	23
 Vue d'ensemble du rapport	 27
« Les Comptes nationaux de la santé »	29
 Pour en savoir plus.....	 43

FICHES

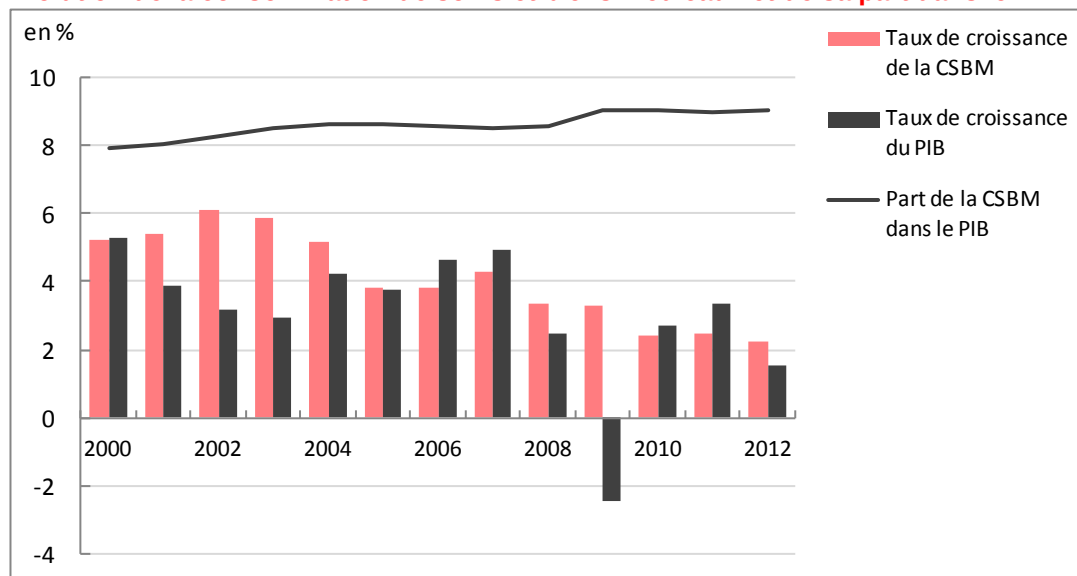
Une dynamique de la dépense de santé ralentie depuis trois ans

Depuis trois ans, les dépenses de santé progressent à un rythme nettement inférieur à 3 %

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. Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme : sa croissance est de +2,2 % en valeur en 2012 après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010. Son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début des années 2000 (plus de 6 % par an de 2001 à 2003). C'est le recul historique de la dépense de médicaments, conjugué à un ralentissement de la dépense de soins de ville, qui est à l'origine de cette faible hausse de la CSBM en 2012.

La CSBM représente 9 % du PIB en 2012, comme en 2011. Cette part a augmenté d'un point depuis 2000, en raison de la croissance soutenue de la CSBM au début de la décennie et de la contraction du PIB observée en 2009 : -2,5 % en valeur. Le retour à une croissance positive du PIB en 2010, conjugué à la faible progression de la CSBM, a permis de stabiliser ce ratio depuis lors.

Évolution de la consommation de soins et biens médicaux et de sa part dans le PIB



Sources : DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB

Cette évolution ralentie de la CSBM s'explique par une croissance des volumes de 2,7 %, en 2012, identique à celle de 2010 et 2011, et par un recul des prix plus marqué. Le prix de l'ensemble de la CSBM n'évolue en fait pratiquement 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. Cette stagnation du prix global reflète le ralentissement du prix des soins hospitaliers et la poursuite de la baisse de prix des médicaments, que n'a pas compensé la hausse du prix des soins de ville.

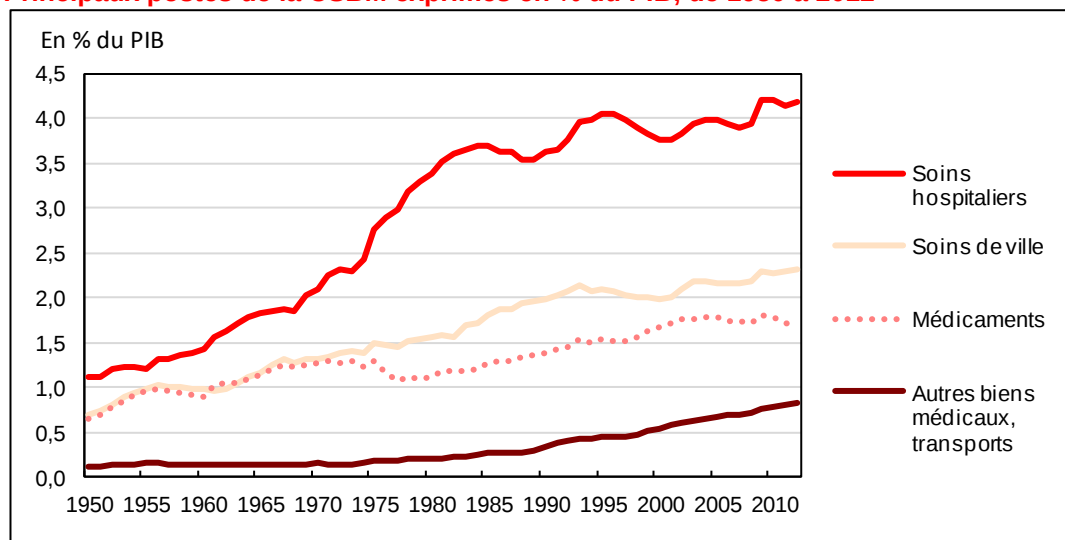
La progression actuelle des dépenses de santé est très en retrait par rapport aux évolutions passées¹

Les trois dernières années marquent une rupture par rapport aux évolutions observées depuis quinze ans, et plus encore par rapport aux années 1950 à 1980.

De 1950 à 1985, dans un contexte économique très favorable, la CSBM a en effet progressé plus rapidement que le PIB, notamment en raison du développement de l'assurance maladie et de l'offre de soins. La couverture maladie se généralise au cours des années 1960-1980 et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50 % à 80 %. Cette période se caractérise par une dynamique de croissance importante de toutes les composantes de la CSBM, mais plus particulièrement par la hausse de la dépense hospitalière, en raison d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. La dépense en soins de ville progresse également en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques...).

A partir des années 1980, dans un contexte économique moins favorable, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation. L'ensemble des mesures prises a conduit à un ralentissement du rythme de progression de la CSBM, qui passe sous les 4 % dès 2005, puis sous les 3 % en 2010.

Principaux postes de la CSBM exprimés en % du PIB, de 1950 à 2012



Sources : DREES – Rétropolation des Comptes de la santé – Base 2005.

¹ Cf. « 60 années de dépense de santé : une réropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », M.A. Le Garrec, M. Koubi, A. Fenina, DREES, *Etudes et résultats*, n° 831, février 2013.

Une baisse historique de la consommation de médicaments

La baisse observée résulte à la fois d'un recul plus prononcé des prix et d'une poursuite de l'inflexion de la croissance des volumes

La consommation de médicaments recule pour la première fois en valeur en 2012 : -0,9 %, après +0,5 % en 2011 et +1,2 % en 2010. Ce sont les plus faibles évolutions jamais enregistrées. Ce recul résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'un net tassement des volumes. Il affecte principalement les médicaments remboursables, mais aussi les médicaments non remboursables dont les ventes ne progressent que faiblement depuis deux ans.

Consommation des médicaments en ville (y compris rétrocession hospitalière)

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation (millions €)	23 989	27 105	29 632	31 491	33 393	34 076	34 470	34 641	34 341
Médicaments remboursables	21 713	24 787	27 060	28 713	29 961	30 535	30 718	30 813	30 431
Médicaments non remboursables	2 276	2 318	2 572	2 778	3 432	3 542	3 752	3 828	3 910
Évolution (en %) Valeur	9,3	5,0	5,6	2,6	2,1	2,0	1,2	0,5	-0,9
Prix	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,2
Volume	9,7	6,2	6,8	6,5	4,5	4,7	3,4	2,5	2,4

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Le volume de la consommation de médicaments n'augmente que de 2,4 % en 2012, après +2,5 % en 2011 et +3,4 % en 2010. Le ralentissement des volumes est lié à la diminution des prescriptions ainsi qu'à des modifications de comportements, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant....

Malgré cette baisse des volumes, la consommation française, mesurée en unités standards par habitant, est encore de 22 % supérieure à celle observée dans les pays voisins.

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 (particulièrement importantes en 2012) et du développement des génériques, moins chers que les princeps.

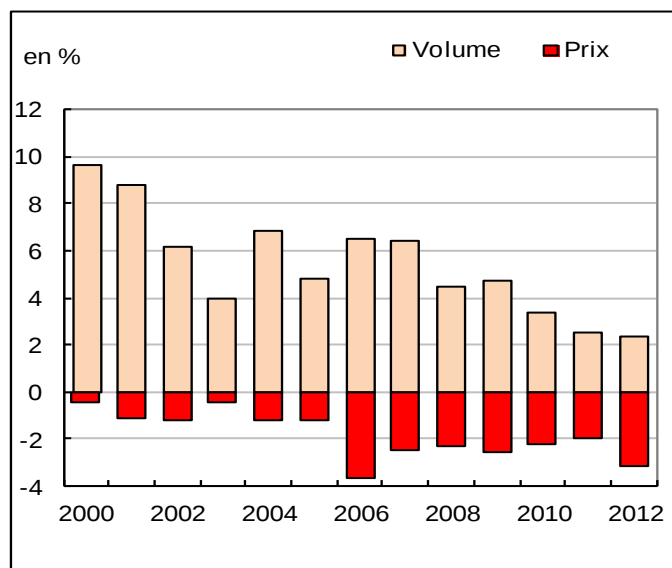
La diffusion des médicaments génériques continue de progresser en France

Le nombre de classes thérapeutiques comportant 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 (le taux de substitution des génériques s'établit à 83 % fin 2012, contre 76 % fin 2011).

Après avoir marqué un palier en 2011, les ventes de génériques sont reparties à la hausse en 2012 en raison de la générotation de médicaments très consommés intervenue en 2012 (Tahor®, Inexium®, Co-Aprovel®...), du renforcement du dispositif « tiers-payant contre génériques » à partir de juillet 2012 et de la mise en œuvre de la convention pharmaceutique nationale (ROSP² génériques).

Tout en demeurant encore inférieure à celle observée dans plusieurs européens (Allemagne, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Norvège...), la part des génériques dans les ventes de médicaments remboursables passe ainsi de 13,3 % en 2011 à 15,7 % en 2012. En termes de volumes, les génériques, moins chers que les princeps, représentent 24 % du marché des médicaments remboursables en ville.

Évolution de la consommation de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

De ce fait, la baisse du prix des médicaments mesurée par l'Insee s'amplifie : -3,2 % en 2012 après -2,0 % en 2011. 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.

L'évolution négative des prix est toutefois pour partie à rapprocher du mode de calcul de l'indice des prix des médicaments retenu par l'Insee.³

² ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique.

³ 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.

La part des dépenses de santé restant à la charge des ménages demeure stable depuis 4 ans

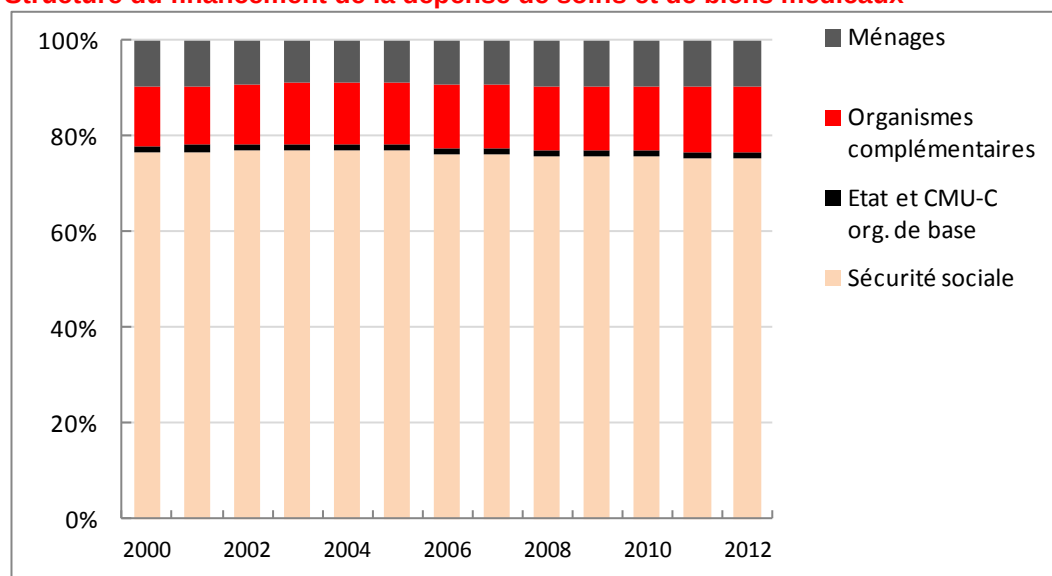
Par rapport au champ des comptes présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale, les Comptes de la santé permettent d'apprécier la prise en charge des dépenses de santé par l'ensemble des acteurs de la santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

En 2012, la Sécurité sociale prend en charge 75,5 % de la dépense de santé

Atteignant 138,6 milliards d'euros, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM reste stable en 2012, à 75,5 % comme en 2011. De 1995 à 2005, cette part était restée égale à 77 %, cette stabilité résultant de plusieurs évolutions de sens contraire : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires, mais le nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée 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. Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale avoisinait 75,7 %. Elle a légèrement reculé en 2011 principalement en raison du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux. Malgré la réalisation de nouvelles économies (maîtrise médicalisée, déremboursement de médicaments...), elle se stabilise en 2012 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie qui sont les plus dynamiques (soins hospitaliers, rétrocession hospitalière, soins infirmiers, transports).

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Quoique stable en 2012, la prise en charge par les organismes complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse

Avec 25,2 milliards d'euros, les **organismes complémentaires** prennent en charge 13,7 % de la CSBM en 2012, comme en 2011. Entre 2000 et 2012, leur part dans le financement des dépenses de santé a augmenté de 1,3 point. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire : une part accrue de ces organismes dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux (hausse du forfait journalier à l'hôpital, instauration d'une participation forfaitaire de 18 € sur actes lourds, hausse des dépassements d'honoraires des médecins et de dentistes, meilleure prise en charge des biens médicaux), et une réduction de leur prise en charge des médicaments (mesures de déremboursement et instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte).

La part des dépenses de santé restant à la charge des ménages s'est stabilisée à 9,6 % depuis 2009

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

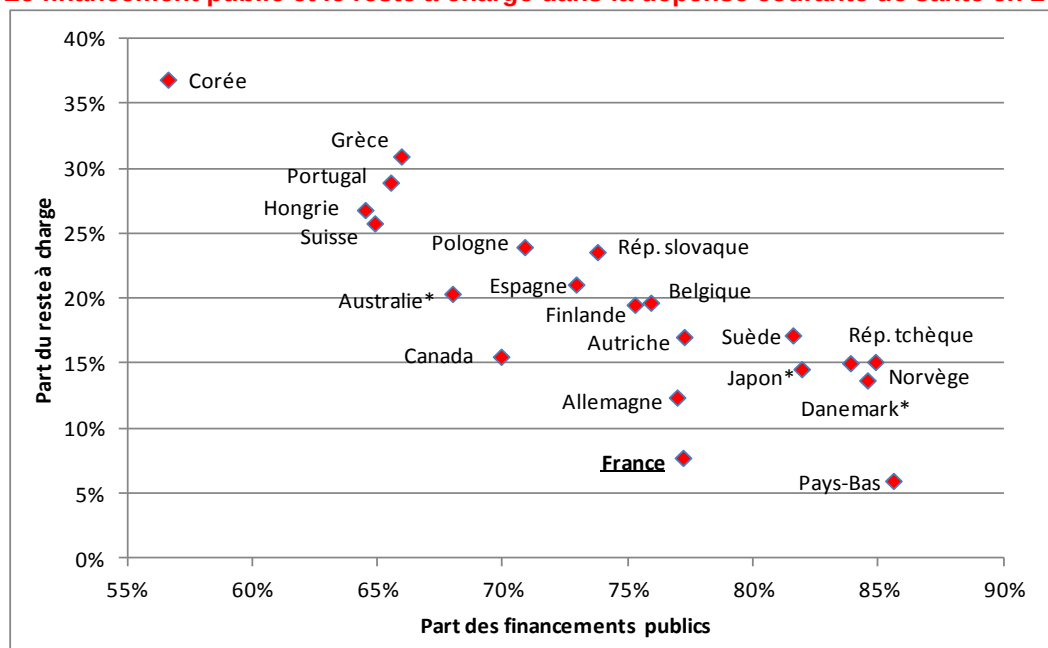
Le reste à charge avait diminué de 1995 à 2004, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse puisqu'il était passé de 9,0 % en 2005 à 9,7 % en 2008. Les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie (participations forfaitaires, déremboursements, franchises...) avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base (assurés en ALD).

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.

Au sein de l'OCDE, la France se caractérise par un important niveau de financement public des dépenses de santé et un faible reste à charge des ménages

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. L'Autriche, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont toutefois une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Néanmoins, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

Le financement public et le reste à charge dans la dépense courante de santé en 2011



* Données 2010.

Sources : Éco-santé OCDE 2013, juin 2013.

Ce résultat est obtenu par une bonne complémentarité entre la prise en charge de la dépense par l'assurance maladie d'une part, et par les organismes assurant une couverture complémentaire d'autre part⁴. Le système d'assurance maladie de base, qui couvre de façon efficace le risque lourd et réduit ainsi le risque des personnes souffrant de maladies exonérantes, contribue à réguler le marché de l'assurance maladie complémentaire et à faciliter son accès aux plus malades.

Des besoins de soins toutefois non-satisfaits pour certaines personnes

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

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

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 %.

Pour les soins dentaires, les taux de renoncement sont plus importants que pour les soins médicaux, en particulier pour des raisons financières : 8 % en France et 7,2 % dans l'ensemble de l'Union Européenne.

⁴ Cf. Legal, Raynaud, Vidal, « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté », Comptes de la santé 2009, DREES.

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

Des différences réglementaires importantes existent entre les médicaments non remboursables et les médicaments remboursables. Les prix des médicaments remboursables sont régulés par l'État. Au contraire, les prix des médicaments non remboursables sont libres, la seule régulation étant celle exercée par l'offre et de la demande.

Cette étude s'intéresse à 30 médicaments devenus non remboursables suite à la vague de déremboursement de 2006.

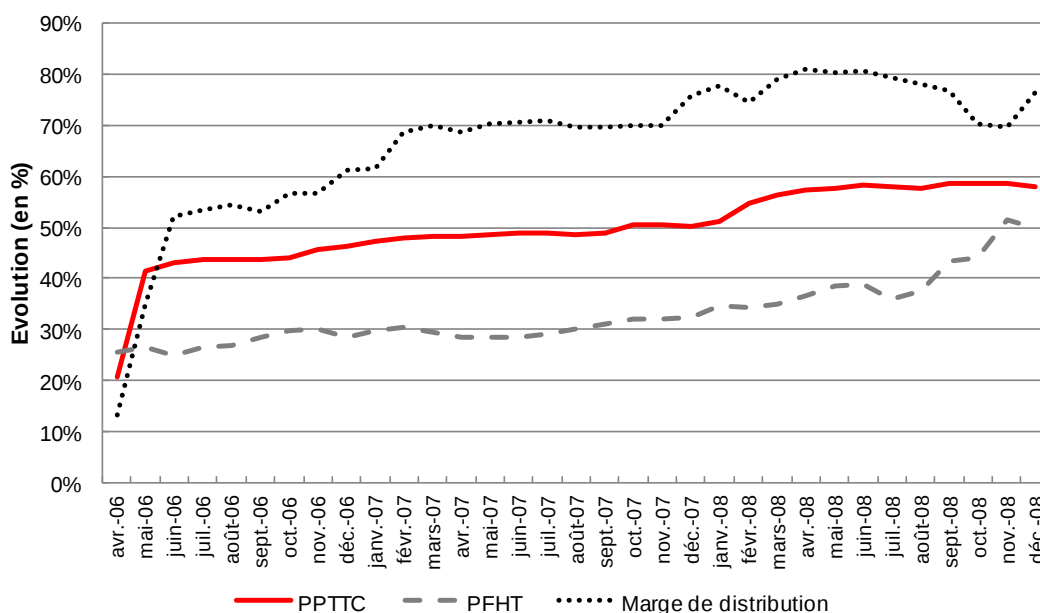
Deux mois après leur déremboursement, les médicaments étudiés ont connu une augmentation de prix de 40 %

Pour ces 30 médicaments, la hausse du prix public suite à leur déremboursement en mars 2006 a été très rapide : dès le mois de mai, le prix de la moitié des 30 médicaments étudiés était déjà en hausse de plus de 40 %. La hausse s'est ensuite poursuivie, de manière plus modérée : le prix de la moitié de ces médicaments a augmenté de plus de 46 % en un an, de 50 % en deux ans et de 58 % en trois ans.

L'augmentation du prix public TTC tient à la hausse de la TVA, plus élevée pour les médicaments non remboursables mais aussi à l'évolution des autres composantes (prix fabricant et marge de distribution). 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 de 29 % pour le prix fabricant et de 61 % pour la marge de distribution (qui comprend celle des grossistes-répartiteurs et celle des pharmaciens).

Évolution de la médiane du prix fabricant (HT), de la marge de distribution et du prix public (TTC)

En % de leur valeur de janvier 2006



Source : GERS, Pharmastat (IMS Health)

Champ : 30 médicaments déremboursés en mars 2006 (liste exhaustive annexe 2 de l'étude).

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).

Une très forte homogénéité des prix de ventes entre pharmacies

A un instant donné, les prix de vente d'un même médicament sont très proches d'une pharmacie à une autre. En décembre 2006 par exemple, les trois quarts des pharmacies pratiquent le même prix⁵. La fixation des prix par les pharmacies peut être influencée par la pratique fréquente des prix conseillés par les laboratoires pharmaceutiques et par les retours d'informations sur l'activité des pharmacies qui sont proposés par des entreprises privées et dont bénéficient la plupart des officines.

L'effet propre de la densité officinale sur les prix des médicaments non remboursables serait très limité

La densité en officines dans l'environnement immédiat de la pharmacie n'exerce qu'un effet limité sur les prix de vente des 30 médicaments étudiés. Ces résultats suggèrent que la concurrence en prix entre pharmacies s'exercerait peu sur le marché des médicaments non remboursables.

⁵ En moyenne pour les trente médicaments, à +/- 5 % près.

Encadré

⇒ 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, son prix est régulé. A l'inverse, 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 %* (contre 2,1 % lorsque le médicament est remboursable).

⇒ **La notion de concurrence** est approchée dans cette étude par la densité en pharmacies dans la zone. L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est retenu comme principale variable de densité : développé en 2012 par la Drees et l'Irdes, cet indicateur 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 en prenant en compte l'offre des communes environnantes et en intégrant dans son mode de calcul la structure par âge de la population locale. Trois autres indicateurs de densité ont été considérés : le nombre de pharmacies pour 100 000 habitants, le nombre de pharmacie au km² ainsi que le nombre de pharmacies concurrentes dans un rayon de 500 mètres.

⇒ **Champ des médicaments étudiés** : cette étude analyse les prix de 30 médicaments (expectorants, antidiarrhéiques, décongestionnants...) déremboursés à l'occasion de la vague de déremboursement de 2006. Cette vague, qui a concerné 282 spécialités au total, fait suite à la réévaluation opérée entre 1999 et 2001 du service médical rendu (SMR) de l'ensemble des médicaments remboursés et qui avait jugé insuffisant le SMR de 835 spécialités. Ces spécialités ont ensuite été déremboursées à l'occasion de différentes vagues de déremboursement, dont celle de 2006.

⇒ **Sources d'informations mobilisées** : une extraction originale des données du panel Pharmastat d'IMS Health, entre 2006 et 2008, renseigne sur le prix de vente public et les volumes de vente de 4732 officines pour les 30 médicaments retenus dans cette étude. En complément, les données du GERS (Groupe pour l'Élaboration et la Réalisation Statistique) fournissent pour la période 2005-2011 et pour chacun de ces 30 médicaments, le prix fabricant hors taxe et les volumes de vente des laboratoires pharmaceutiques.

* Ce taux était de 5,5 % jusqu'en 2011 inclus.

Après 75 ans, les dépenses de santé augmentent et la polypathologie devient fréquente

En 2010, 5,7 millions de personnes sont âgées de 75 ans ou plus en France. Une sur dix vit en établissement pour personnes âgées. Parmi les personnes vivant à domicile, plus de la moitié (57 %) sont en affection de longue durée (ALD) et plus d'une sur dix (13 %) est dépendante.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus consomment en moyenne 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière

La dépense moyenne de soins de ville⁶ remboursée par l'assurance maladie aux 75 ans et plus est de 3 000 € par an, soit 1 000 € de plus que pour les 60-74 ans.

Le médicament est le poste de dépense le plus élevé (940 € par an) : presque toutes les personnes de 75 ans ou plus ont consommé des médicaments dans l'année. En moyenne, les personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière.

A cet âge, le recours au médecin généraliste est une norme : presque toutes les personnes de 75 ans ou plus en ont consulté au moins une fois dans l'année, avec, en moyenne, 8 consultations par an.

Entre 60-74 ans et 75 ans ou plus, les dépenses qui progressent le plus sont celles de soins infirmiers, de kinésithérapie et de matériel médical. Ces postes augmentent en effet avec le niveau de dépendance.

Dépenses de soins de ville moyennes remboursées par l'Assurance Maladie selon l'âge (en €)

	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, consommateurs du Régime général (y compris SLM).
Source : Cnam-TS, SNIIRAM, année 2010.

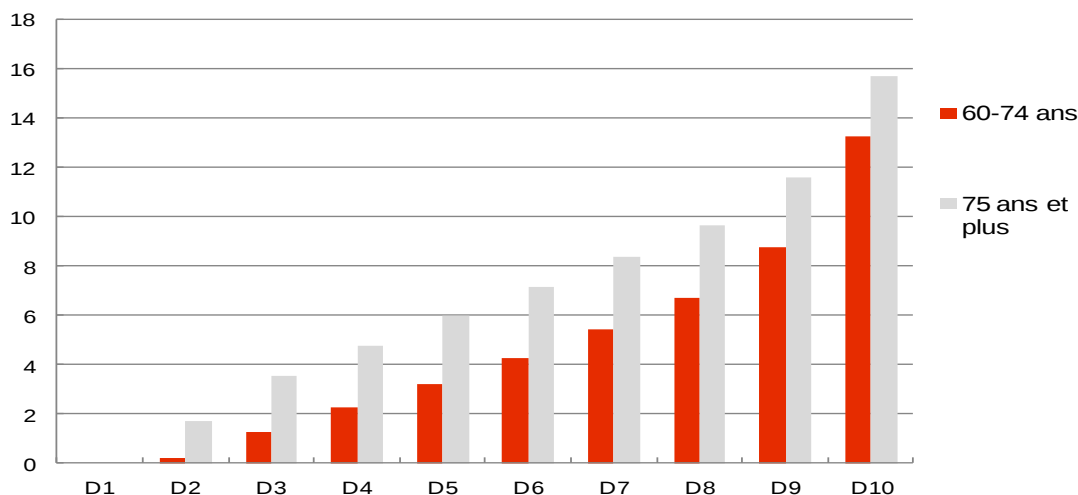
Sur un an, un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées

En 2010, un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en court séjour, contre environ un quart des personnes de 60-74 ans. Parmi les personnes de 75 ans ou plus hospitalisées en court séjour dans l'année, un peu moins de la moitié (43 %) ont eu deux séjours ou plus. Le coût moyen annuel des hospitalisations en court séjour est de 6 000 € par personne de 75 ans ou plus hospitalisée, soit 2 000 € par personne de 75 ans ou plus (hospitalisée ou non).

Au total, la dépense de santé remboursée par l'assurance maladie, par an et par personne âgée de 75 ans ou plus, est de 3 000 € pour les soins de ville et de 2 000 € pour les hospitalisations en court séjour.

⁶ Ensemble des dépenses de santé hors hospitalisation : généralistes, spécialistes, médicaments, infirmiers, ...

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



Source : Cnam-TS, SNIIRAM, année 2010.

Champ : Dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, consommateurs du Régime général (y compris SLM).

Lecture : Pour chaque tranche d'âge, les patients sont classés 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 2ème décile...

En moyenne les 10 % de patients de 75 ans ou plus ayant le pris le plus de molécules différentes dans l'année en ont pris 16.

Près d'un tiers de personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour une pathologie cardio-vasculaire

Pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, les deux pathologies traitées les plus fréquentes sont plutôt des facteurs de risque : il s'agit de l'hypertension artérielle (66 % des personnes de 75 ans ou plus) et de l'hyperlipidémie (39 %). 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 16 % sont sous antidépresseurs. En outre, près d'un tiers (29 %) des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour une des pathologies cardio-vasculaires. Avec l'âge, la proportion de personnes de 75 ans ou plus traitées pour la maladie d'Alzheimer (7 %) et de Parkinson (2 %) est en forte augmentation.

40 % à 70 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies

Seules 12 % des personnes de 75 ans ou plus n'ont aucune pathologie identifiable à partir des données de l'assurance maladie. En revanche, la poly-pathologie est un phénomène fréquent : 70 % des personnes âgées en ont au moins deux. Hors hypertension artérielle et hyperlipidémie (considérées alors comme des facteurs de risque plutôt que des pathologies), ce sont encore 40 % des personnes âgées qui cumulent deux pathologies.

Enfin, avoir plusieurs pathologies n'induit pas systématiquement des coûts supplémentaires.

La situation financière des hôpitaux publics s'améliore en 2012

Les comptes financiers des hôpitaux publics excédentaires en 2012

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), le résultat net des hôpitaux publics serait excédentaire de près de 100 millions d'euros en 2012. La rentabilité nette s'élèverait ainsi à 0,2 %. Cette amélioration, qui fait suite à plusieurs années de déficit, s'expliquerait surtout par des facteurs exceptionnels (augmentation des plus values de cessions d'actifs, diminution des dotations aux provisions, etc.).

Tableau – Rentabilité nette⁷ 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

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

(**) Grands CH : plus de 70 M€ ; moyens CH : entre 20 et 70 M€ ; petits CH : moins de 20 M€.

(***) Données provisoires.

NB : un CH est devenu CHR en 2012.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent un quart du déficit en 2012

L'amélioration des comptes financiers concernerait principalement les CHR ainsi que les centres hospitaliers de grande et moyenne taille. En effet, 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 sur 32 : leur déficit ne représenterait plus qu'un quart du déficit, alors qu'en 2011 les 20 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.

Les grands CH enregistreraient un excédent en 2012 qui représenterait 0,1 % de leurs produits, soit 17 millions d'euros contre un déficit de 75 millions en 2011. Pour les CH de taille moyenne, la situation financière en 2012 serait quasiment à l'équilibre : le déficit global s'établirait à 3 millions d'euros (contre 113 millions d'euros en 2011).

⁷ 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).

Une augmentation des produits plus importante que celle des charges

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). Ce ralentissement s'expliquerait par une baisse des charges liées aux « dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges) ».

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 pour le compte du budget principal moins vite en 2012 (+2,2 % en 2012 et +1,7 % en 2011) que les produits de l'activité médicale - hors MIGAC - (+2,9 % en 2012 et +2,5 % en 2011).

La marge brute⁸ des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante et ne prenant pas en compte les résultats exceptionnels et financiers et les comptes de dotations et provisions, se stabiliserait à 5 milliards d'euros environ, soit un taux de marge brute⁹ de l'ordre de 7 % en 2012.

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. 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).

Des investissements importants, mais en recul

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 1*).

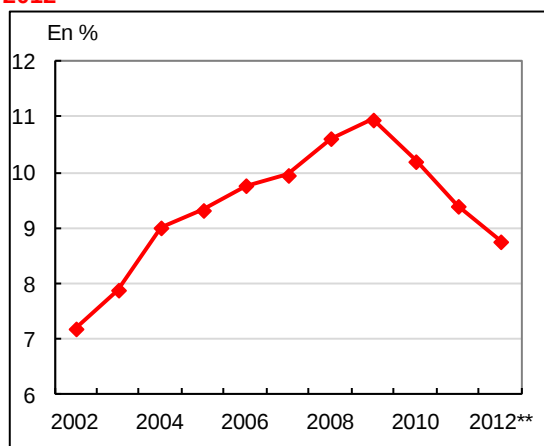
Parallèlement à la croissance des investissements, l'encours de la dette des hôpitaux publics continuerait de croître à un rythme régulier pour atteindre 26,3 milliards d'euros en 2011 et 28,3 milliards d'euros en 2012, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables¹⁰, est ainsi passé de 47,5 % en 2010 à 48,7 % en 2011 (*graphique 2*). Ce taux continuerait à se dégrader en 2012 pour atteindre près de 50 %.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ Les ressources stables correspondent aux capitaux propres et aux dettes financières.

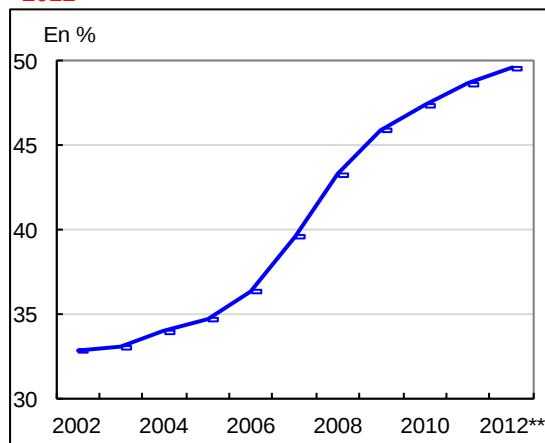
Graph. 1 – Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2012



(*) L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.
 (**) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Graph. 2 – 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.

VUE D'ENSEMBLE

Rapport Les comptes nationaux de la santé en 2012

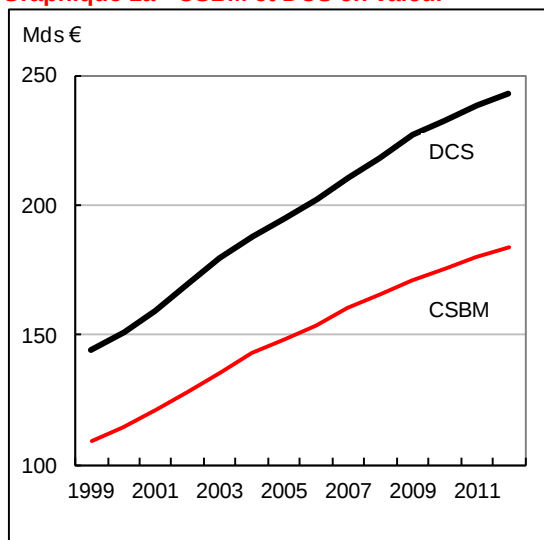
Les Comptes nationaux de la santé, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la consommation de soins et biens médicaux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

En 2012, la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** est évaluée à 183,6 milliards d'euros, soit 2 806 euros par habitant. 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.

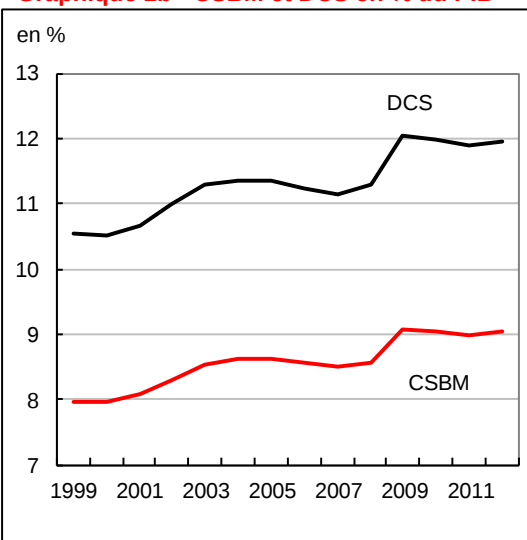
Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme en 2012. En effet, la progression reste sensiblement inférieure à 3 % par an depuis trois ans : +2,2 % en 2012 après +2,5 % en 2011 et +2,4 % en 2010. Ces évolutions sont nettement inférieures à celles observées au début des années 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.

Graphique 1a - CSBM et DCS en valeur



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1b - CSBM et DCS en % du PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Encadré 1**Les agrégats des Comptes de la santé****1) Consommation de soins et 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'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance.

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

Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

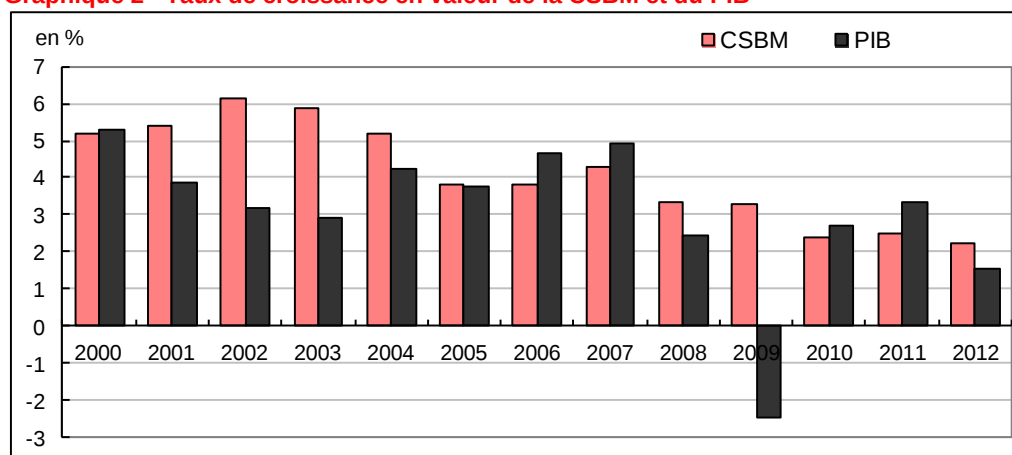
	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (en %) 2012/2011
	2010	2011	2012	
CSBM	175,2	179,6	183,6	2,2
DCS (Dépense courante de santé)	232,0	238,0	243,0	2,1
- Indemnités Journalières	- 12,4	- 12,6	- 12,5	-0,8
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,3	- 1,2	- 1,2	3,7
- Recherche nette	- 3,5	- 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%	0,08%

Remarque : le ratio DTS/PIB de l'année 2011 n'est pas celui de la base Eco 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).

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.

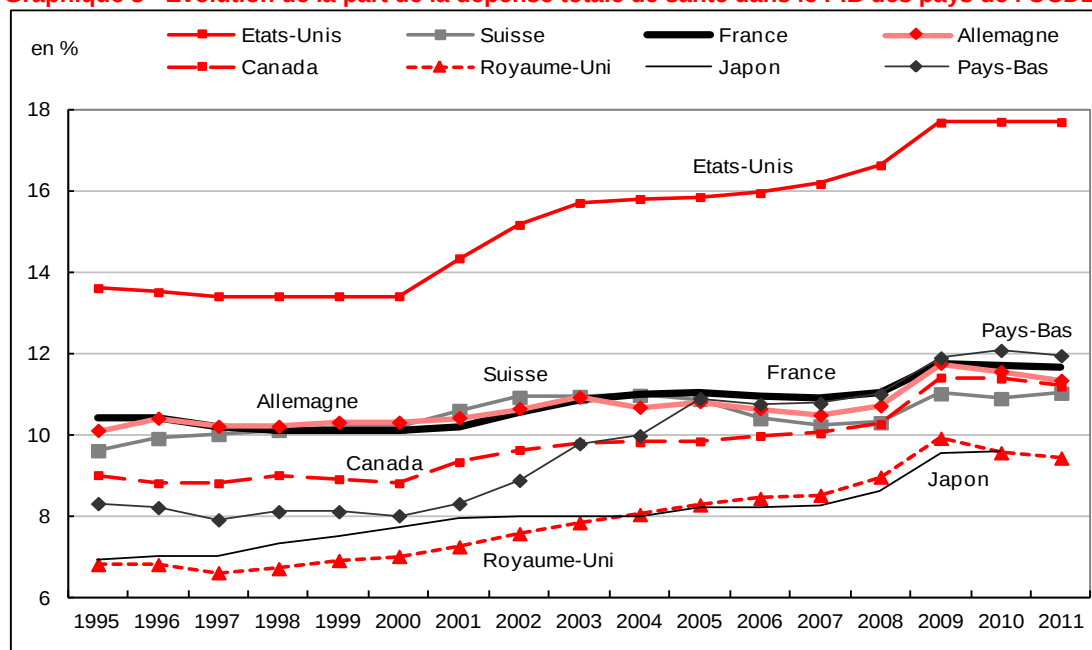
Graphique 2 - Taux de croissance en valeur de la CSBM et du PIB



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

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

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

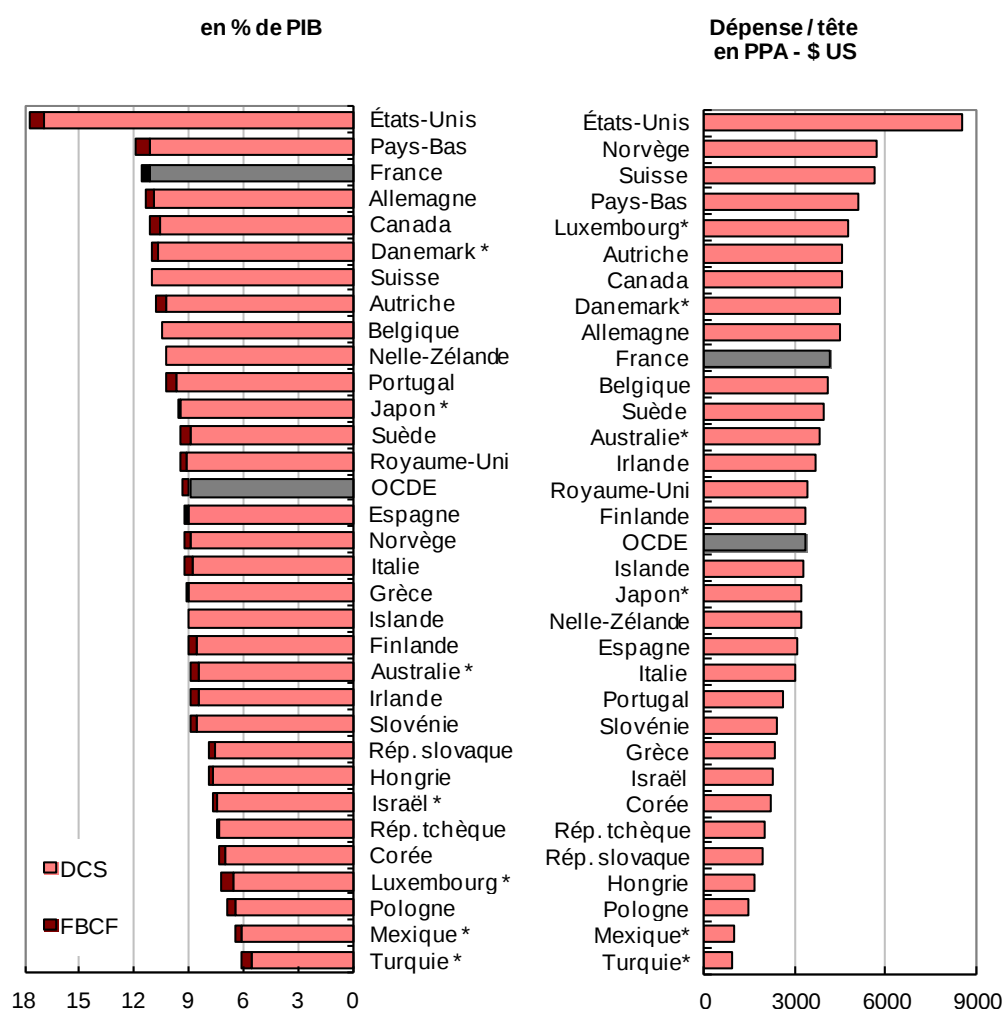


Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France (campagne de comptes 2011 provisoire) ; OCDE, Éco-Santé 2013 pour les autres pays.

Les comparaisons entre pays doivent toutefois être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse et en Belgique en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue leurs positions selon l'OCDE. En effet, lorsque l'on considère la dépense courante de santé (hors dépense en capital), l'écart entre la France et la Suisse 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'achat¹¹ plutôt que la dépense en points de PIB. Si les pays à revenus par tête les plus élevés dégagent systématiquement plus de richesse pour leur santé que les pays aux revenus par tête les plus faibles, la hiérarchie entre les pays devrait être la même entre les deux indicateurs. Tel n'est pas le cas. Le Luxembourg, par exemple, qui n'est que 25^{ème} dans le classement en points de PIB, a un revenu par tête très élevé et se place en 5^{ème} position pour sa dépense de santé par tête. Pour cet indicateur, la France se situe quant à elle au 10^{ème} rang, à un niveau un peu supérieur à la moyenne de l'OCDE (*graphique 4*). Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense 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.

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)* ; OCDE, *Éco-Santé 2013 pour les autres pays*.

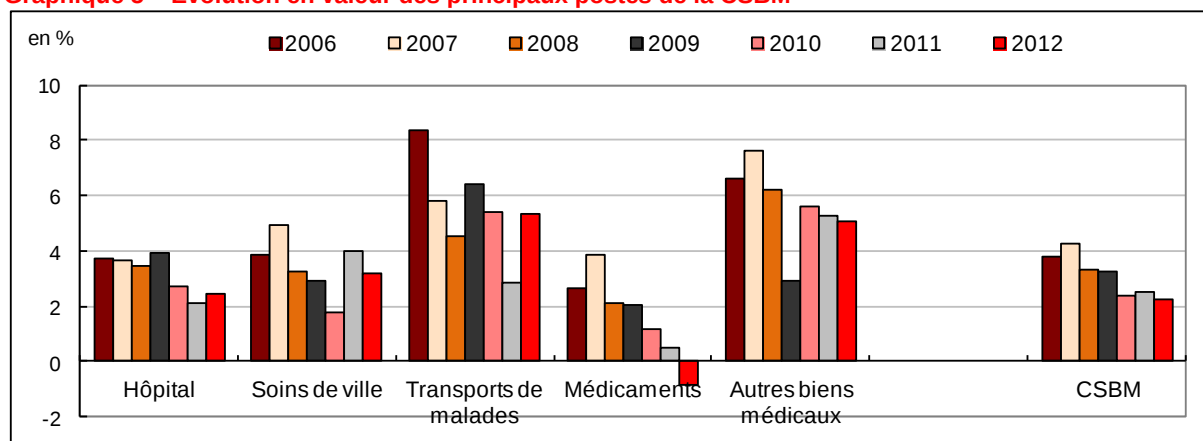
¹¹ Les dépenses exprimées en parités de pouvoir d'achat (PPA) permettent de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet de corriger les montants du niveau général des prix existant dans chaque pays.

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

1.1 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 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 ville¹² 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*).

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



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2a - La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	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.

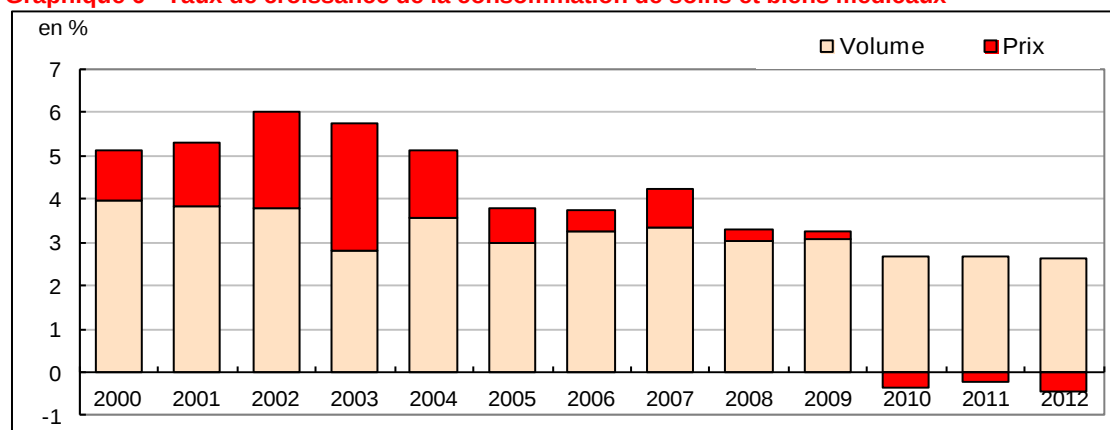
¹² Soins de ville au sens des comptes de la santé, c'est-à-dire hors honoraires en cliniques privées et hors dépenses de biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) et de transports sanitaires.

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

	Valeur 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.

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 compensé la hausse du prix des soins de ville. En effet, le prix des soins hospitaliers¹³ 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 médicaments¹⁴ continue quant à lui à diminuer (-3,2 % en 2012, après -2 % en 2011 et -2,2 % en 2010) sous l'effet de baisses de prix particulièrement importantes et de la générique de médicaments très consommés.

Graphique 6 - Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en valeur et en volume, s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat. A 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 ville¹⁵ (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

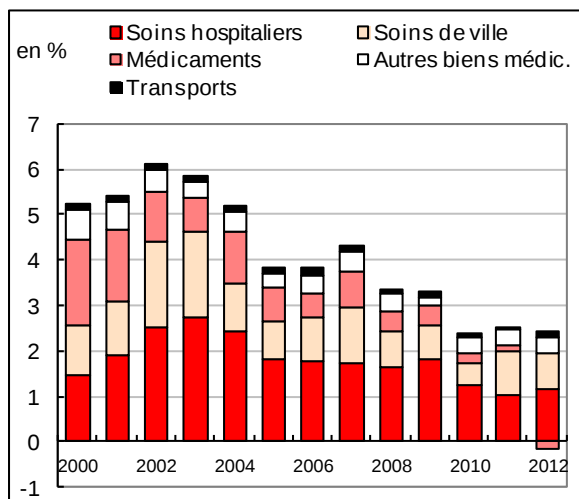
¹³ Le volume des soins hospitaliers est désormais calculé, dès le compte provisoire, avec une méthode « output » fondée sur l'activité des établissements, et non plus avec une méthode « input » basée sur les prix des facteurs de production. Le prix des soins hospitaliers ne reflète donc plus le prix des inputs, mais se déduit de la progression des volumes d'activité.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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*).

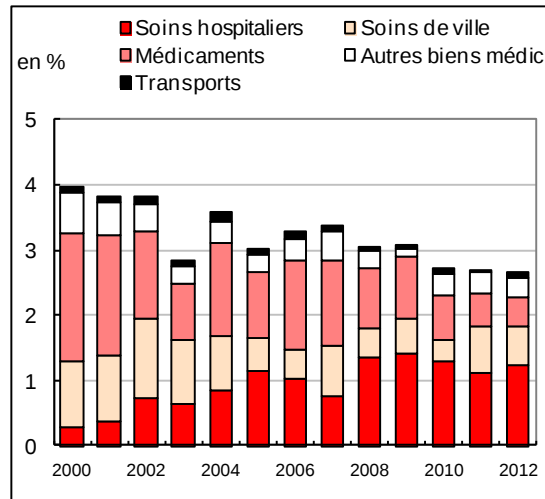
volume (+1,2 point) en 2012, suivis par les soins de ville (+0,6 point – *graphique 8*). Viennent ensuite les médicaments (+0,5 point) et les autres biens médicaux (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM, mais dont la consommation augmente à un rythme soutenu depuis quinze ans.

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.

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'accroît nettement en 2011-2012.

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

1.3 ...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 %).

Tableau 3 - Évolution des soins de ville

	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

Sources : DREES, Comptes de la santé.

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

- 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). Elle est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville, et ne comprend ni les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète 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 1^{er} janvier 2011). En 2012, les volumes de soins de médecins progressent de 1,9 % et les prix de 0,5 %.

Depuis 2008, la hausse des prix restait très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante, les seuls facteurs de croissance des honoraires provenant de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de celle des dépassements pour les spécialistes. En 2012, le forfait CAPI est remplacé par une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ; le montant de la ROSP versée aux médecins généralistes en 2013 au titre de l'activité de l'année 2012 est de l'ordre de 270 millions d'euros (comptabilisés dans la CSBM 2012).

- 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 années¹⁶. 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 (SSAD – 1,5 milliard d'euros en 2012) qui ont été regroupés avec les soins de 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.

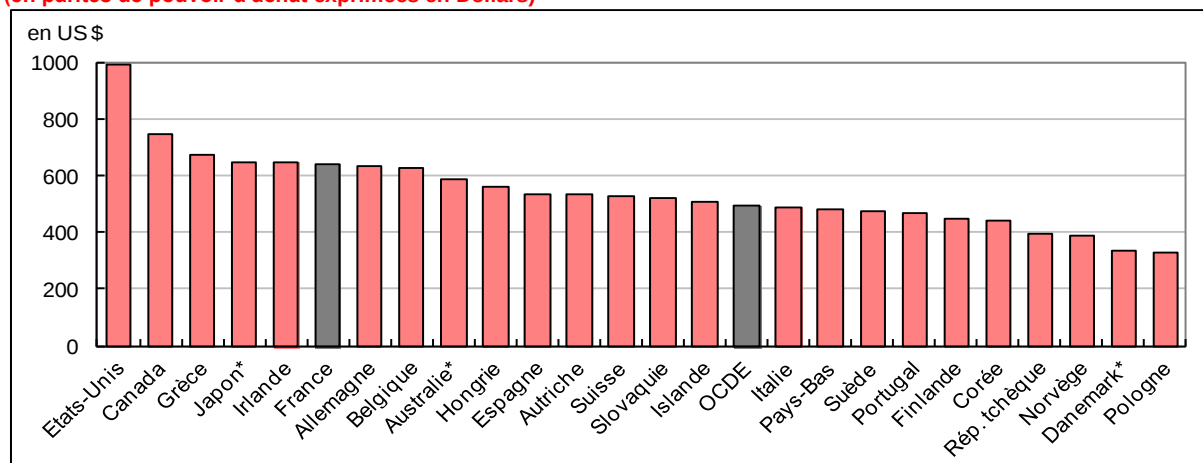
- La consommation d'**analyses de laboratoire**, évaluée à 4,3 milliards d'euros en 2012, recule pour la première fois depuis quinze ans : -1,8 % par rapport à 2011. Ce recul est dû à une nouvelle diminution de cotation de certains actes, ainsi qu'aux mouvements de grève intervenus en février puis en 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.

¹⁶ Une nouvelle convention nationale signée en 2012 prévoit des revalorisations des soins conservateurs à partir de juillet 2013.

1.4 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 CEPS¹⁷ en 2012, le renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques » à partir de juillet 2012 et avec la générication de spécialités très consommées.

Graphique 9 - Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2011
(en parités de pouvoir d'achat exprimées en Dollars)



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

Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de produits pharmaceutiques (en PPA) se situe désormais au 6^{ème} 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 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.¹⁸

¹⁷ CEPS : Comité économique des produits de santé.

¹⁸ 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.

1.5 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 2009¹⁹, 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.

1.6 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 1^{er} janvier 2007, des accords ont été signés pour optimiser les dépenses en favorisant les transports partagés, et depuis 2011, de nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (et plus particulièrement des transports de malades) ont été signés entre les ARS et les établissements de santé. En 2012, la reprise observée est due en particulier aux revalorisations de tarifs des ambulances et des VSL (véhicules sanitaires légers) 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.

2. Les autres dépenses de santé

En base 2005, outre les postes inclus dans la CSBM, la dépense courante de santé comprend les autres dépenses en faveur des malades (soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les soins et services à domicile – SSAD –, les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie), les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective), les subventions au système de soins, les dépenses de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système de santé (*tableau 4*).

Tableau 4 - Dépense courante de santé

	Valeur (en milliards d'euros)			Evolution (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 pers. âgées en étab.	7,7	8,0	8,3	4,4
Soins aux pers. handicapées en étab.	8,3	8,5	8,8	2,6
Indemnités journalières	12,4	12,6	12,5	-0,8
2- Autres dép. pour les malades	29,7	30,5	31,1	1,8
3- Prévention institutionnelle	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- Dép. 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 « autres dépenses en faveur des malades » se sont élevées à 31,2 milliards d'euros en 2012, dont 10 milliards pour les personnes âgées²⁰, 8,8 milliards pour les personnes handicapées et 12,5 milliards pour les indemnités journalières.

¹⁹ Le ralentissement du taux de croissance observé en 2009 n'était que le contrecoup de la hausse intervenue au début de l'année 2008 avant l'intégration de ce type de dépenses dans le forfait soins des EHPAD à partir du 1^{er} août 2008.

²⁰ Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

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.

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 1^{er} 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 intégrés 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 1^{er} 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).

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

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'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 CMU,

ainsi que :

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

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 1^{er} 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.

3. 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.

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 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 (2)	12,4	12,6	12,9	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7
dont 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
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(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.

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 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 USLD, forfaits soins des établissements pour personnes âgées et des SSAD) ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC,...) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

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

Tableau 5 - Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 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
Ecart 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).

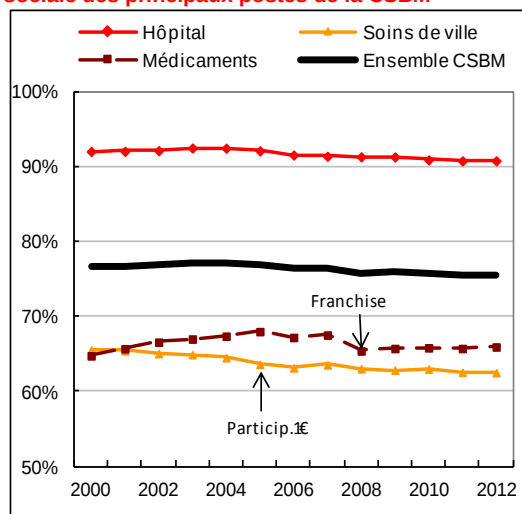
(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

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

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (*graphique 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 et de la modification du mode de calcul des indemnités journalières. Malgré la réalisation de nouvelles économies (déremboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant, abaissement du montant maximal des indemnités journalières pour maladie...), elle reste stable en

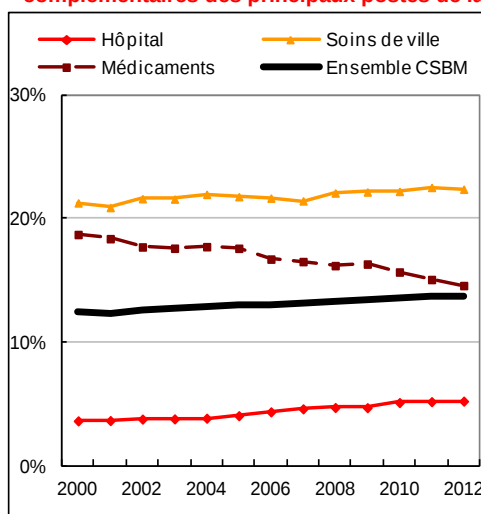
2012 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière) qui constituent les postes les plus dynamiques.

Graphique 10 - Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la 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.

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.

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 %

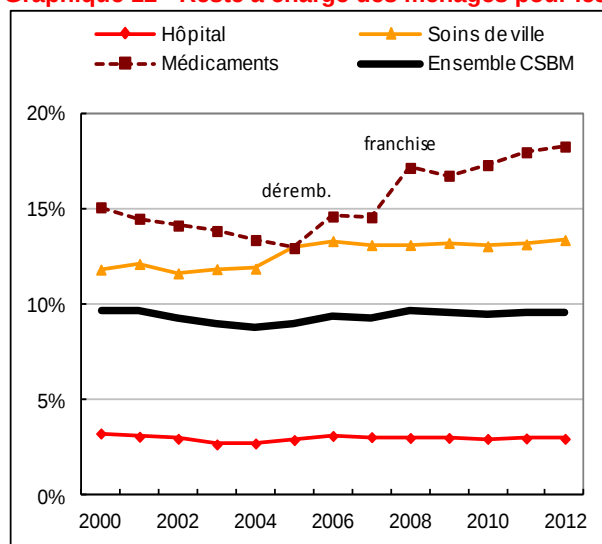
en 2000 à 16,2 % en 2008, puis à 14,6 % en 2012 avec la poursuite des déremboursements et le désengagement de nombreux organismes complémentaires du champ des médicaments remboursés à 15 % par l'assurance maladie.

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).

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'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux).

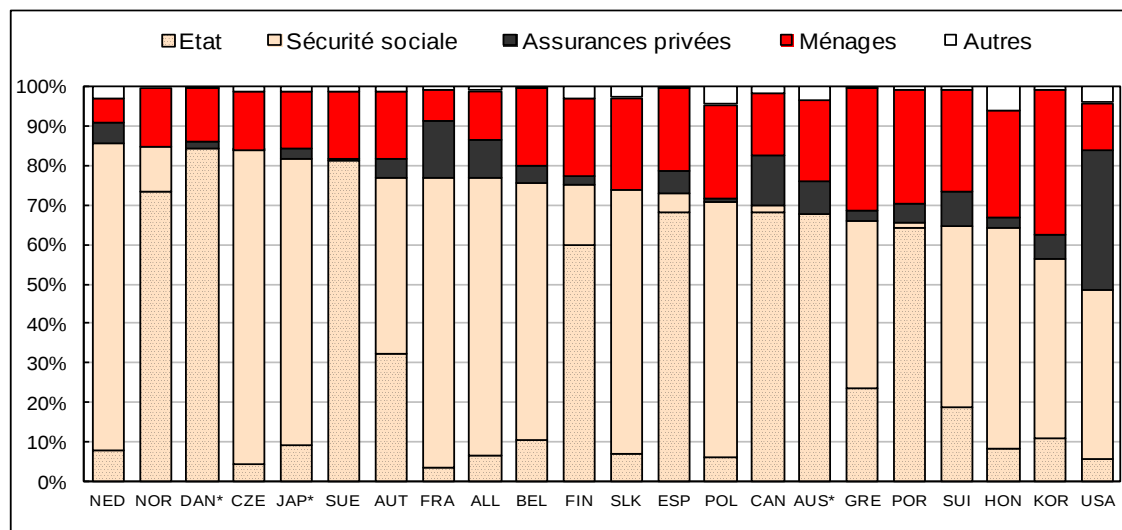
Graphique 12 - Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : Drees, Comptes de la santé.

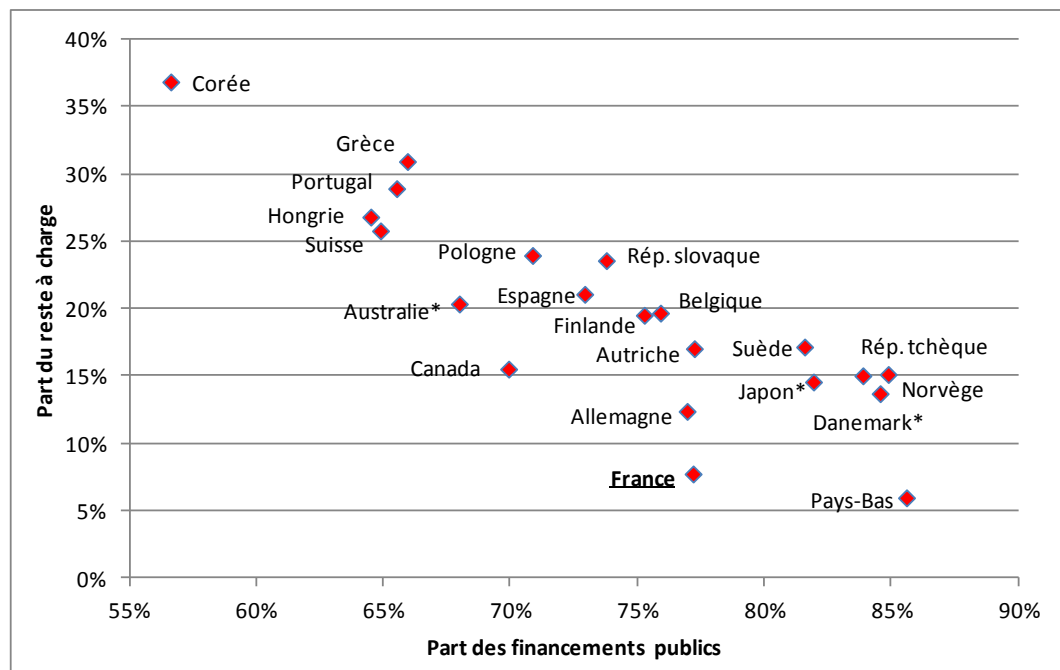
Sur la période 2009-2012, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reste stable. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres 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 scandinaves (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*).

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.

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

En matière de renoncement aux soins, la France se classe dans la moyenne des pays européens selon les indicateurs SILC / SRCV (Statistiques sur les Revenus et Conditions de Vie²¹).

²¹ 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.

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 – Besoins non satisfaits* de soins médicaux en 2011, par quintile de revenu

en %

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.

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 – Besoins non satisfaits* de soins dentaires en 2011, par quintile de revenu

en %

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 rétoposition des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », DREES, *Études et Résultats*, n° 831, février 2013.

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

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

Evain F., « Evolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », DREES, *Études et Résultats*, 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 », DREES, *Études et résultats*, n° 837, avril 2013.

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

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

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

Pour en savoir plus sur les comptes nationaux de la santé en 2012 :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-de-la-sante>