



N° 773 • septembre 2011

Les Comptes nationaux de la santé en 2010

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 234,1 milliards d'euros en 2010, soit 12,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 175 milliards d'euros. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2009 (+2,3 % après +3,2 %). Sa part dans le PIB est la même qu'en 2009 (9 % du PIB).

En volume, la CSBM a augmenté de 2,0 % en 2010, après +2,8 % en 2009. La progression du prix de la CSBM reste, quant à elle, limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments.

En base 2005, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,8 % en 2010, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,5 %. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,4 % (contre 9,6 % en 2009).

Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC et Malik Koubi

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

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

Les Comptes nationaux élaborés par l'INSEE font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; elle a conduit à une légère baisse du niveau du PIB en base 2005.

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

En base 2005, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est évaluée à 175 milliards d'euros en 2010, soit un niveau un peu inférieur à celui de la base 2000. Elle atteint 2 698 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 9 % du PIB en 2010 comme en 2009 ; en base 2000, elle représentait 9,2 % du PIB en 2009 (graphique 1).

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

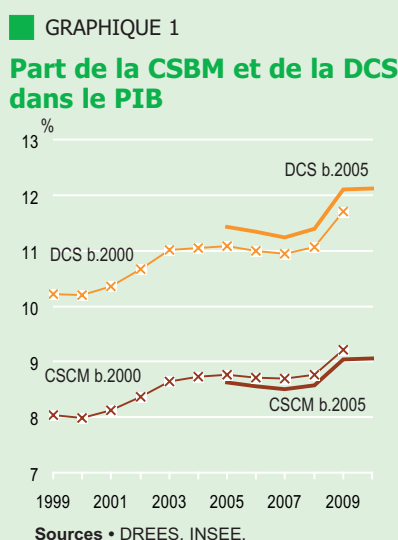
La croissance de la CSBM ralentit encore en 2010

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

En cinquante ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 3,4 % en 1960 à 8,8 % en 2005 (base 2000). En base 2005, cette part passe de 8,6 % en 2005 à 9 % en 2009-2010. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB, sous l'effet à la fois de la forte croissance des différents postes de dépenses et de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2006, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an, mais sa part dans le PIB a varié avec l'évolution de celui-ci : ainsi, la forte hausse de la part de la CSBM en 2009 est uniquement due à la baisse du PIB : -2,3 % en valeur (graphique 2). Le ralentissement en valeur de la CSBM, amorcé en 2007, concerne la quasi-totalité des postes de dépenses.

La croissance des soins hospitaliers ralentit...

En 2010, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 81,2 milliards



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

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

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

1 - Les soins de médecins : changement de frontière entre les soins hospitaliers et les soins de ville

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

Les soins étaient évalués de la façon suivante :

- **Secteur hospitalier public** : Production non marchande de santé des hôpitaux - Consultations externes (INSEE-DGFIP)
- **Secteur hospitalier privé** : Frais de séjour hors médicaments et LPP + Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires essentiellement médicaux, mais aussi d'autres prestataires) + médicaments et LPP (Statistique mensuelle CNAM)
- **Médecins en ambulatoire** : Honoraires totaux - Honoraires perçus lors d'une hospitalisation privée complète + consultations externes des hôpitaux du secteur public (Statistique mensuelle CNAM)

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

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

- **Secteur hospitalier public** : Production non marchande de santé des hôpitaux (y compris consultations externes) (INSEE-DGFIP)
- **Secteur hospitalier privé** : Frais de séjour y compris médicaments et LPP en sus des GHS (Statistique mensuelle CNAM) + Total des Honoraires perçus en établissement privé
- **Médecine de ville** : Honoraires perçus dans les cabinets libéraux et les centres de santé (Statistique mensuelle CNAM)

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

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

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

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

Dans la même optique, en base 2005, le poste « analyses » de la CSBM reprend les seules dépenses d'analyses et de prélèvements effectués par les laboratoires ; les actes des anatomo-cytopatholo-

gistes (actes en P), qui étaient ajoutés aux dépenses d'analyses en base 2000, restent désormais dans les honoraires des médecins. Le niveau des « analyses » diminue ainsi de 250 millions d'euros par rapport à la base 2000, celui des médecins augmentant *a contrario* du même montant.

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

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

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

3 - Les soins de longue durée

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

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

Ce choix, qui assure un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permet cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care »¹, il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ³).

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

4 - Les autres dépenses de santé

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

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

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

¹ Long term health care : soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante, car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne.

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

³ Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. Son poids est plus important en base 2005 qu'en base 2000 en raison d'effets de champ (encadré 1).

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

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

- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2010 à 19,5 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 3,1 % en 2010, très inférieure à celle enregistrée en 2009 (+4,7 %). C'est la progression la plus faible depuis l'année 2002.

...et celle des soins de ville plus encore

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

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

consécutive : +0,5 % après +0,8 % en 2009 et +1,5 % en 2008.

Ce net ralentissement des dépenses en 2010 est en partie dû à l'absence de revalorisation importante des tarifs des professionnels de santé cette année-là et à un contexte épidémiologique plus favorable : les pics des épisodes de grippe saisonnière se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épargnant ainsi l'année 2010. En outre, la consommation de soins a été particulièrement faible en décembre (-2 % en décembre 2010 par rapport à décembre 2009), où se sont cumulés l'absence d'épisode grippal important et des vacances scolaires de fin d'année concentrées sur ce mois. On observe d'ailleurs un

rebond de la consommation de soins en janvier 2011.

- En base 2005, la consommation de soins de **médecine de ville** est évaluée à 18,4 milliards d'euros pour l'année 2010. Elle est restreinte aux seuls honoraires de médecins perçus en ville et ne comprend plus les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète – comme en base 2000 – ou pour un autre motif – cf. encadré 1). Pour la première fois depuis quinze ans, elle recule de 0,7 % en valeur par rapport à l'année précédente, et ce, après deux années de faible hausse : +1,6 % en 2009 et +2,2 % en 2008. Après avoir augmenté de 1,4 % en 2009,

GRAPHIQUE 2

Taux de croissance de la CSBM et du PIB



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

TABLEAU 1

La consommation de soins et biens médicaux

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

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

le volume des soins de médecins recule de 1 % en 2010. La croissance des prix des soins de médecins, qui avait fortement ralenti en 2008, est quasiment nulle en 2010 : +0,3 %. Les années 2006 et 2007 avaient été marquées par une croissance soutenue des prix (+3,8 % puis +3,0 %) due à plusieurs mesures : la mise en place de la rémunération du médecin traitant, le remplacement de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par la classification commune des actes médicaux (CCAM), et surtout la hausse du prix de la consultation des généralistes (passé à 21 € en 2006 puis à 22 € en 2007). Depuis 2008, la hausse des prix est très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante. Les seuls facteurs de croissance des honoraires de médecins en 2010 proviennent de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de la hausse des dépassements pour les spécialistes.

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

- En base 2005, les soins d'**auxiliaires médicaux** s'élèvent à 11 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins des infirmiers et les soins des autres auxiliaires médicaux. À la différence de la base 2000, les soins infirmiers ne comprennent plus les services de soins à domicile (SSAD -1,3 milliard d'euros) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement (encadré 1).

Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 5,5 % en valeur et

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

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

Une croissance de la consommation de médicaments stabilisée...

En base 2005, la consommation de médicaments de l'année 2010 représente 34,4 milliards d'euros, soit 19,7 % de la CSBM. Cette part est inférieure à celle de la base 2000 en raison d'une révision de l'évaluation de l'autoconsommation de médicaments ainsi que de la

consommation de médicaments non remboursables. Elle s'élève ainsi à 525 € par habitant en 2010. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française se situe au 4^e rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada et de l'Irlande, à un niveau très proche de celle de la Belgique et de l'Allemagne.

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

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

pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006. En effet, la définition des génériques en France est plus restrictive puisqu'elle s'appuie sur la notion d'équivalent chimique (même molécule), alors qu'aux Pays-Bas et en Allemagne elle s'appuie sur la notion d'équivalent thérapeutique qui autorise de plus larges possibilités de substitution des génériques, accroît leur pénétration et stimule la concurrence entre médicaments.

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

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

En 2010, les dépenses liées aux autres biens médicaux représentent 11,6 milliards d'euros. Elles ont été réévaluées de 10 % par rapport à la base 2000, essentiellement en raison de la révision du taux de dépassement du tarif opposable sur les orthèses et prothèses. Après avoir ralenti en 2009, leur rythme de croissance reprend en 2010 : +5,5 % en valeur après +2,9 % en 2009 et +6,2 % en 2008. Si la pro-

gression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (un peu plus de 3 % par an en valeur), en revanche, celle des dépenses de « petits matériels et pansements » reprend en 2010 (+7,9 % en 2010 contre +1,7 % en 2009), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP » (+6,2 % en valeur en 2010 contre +3,2 % en 2009).

Un léger tassement de la croissance des transports de malades

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

Les autres dépenses comprises dans la dépense courante de santé (DCS) progressent à des rythmes variables

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 (7,7 milliards d'euros

et 8,3 milliards d'euros respectivement en 2010), les soins et services à domicile (SSAD, 1,3 milliard), les indemnités journalières versées par l'assurance maladie (12,5 milliards), les subventions au système de soins (2,4 milliards), les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective, 5,9 milliards), de recherche (7,6 milliards) et de formation médicales (1,9 milliard) ainsi que les coûts de gestion du système de santé (15,9 milliards).

Ces autres dépenses représentent, après traitement du double compte de recherche, 25,2 % de la dépense courante de santé en base 2005, une part plus importante qu'en base 2000 en raison notamment de l'intégration des soins aux personnes handicapées en établissement (encadré 1). Ces différents postes de dépense ont des évolutions très variables entre 2009 et 2010. Les dépenses de prévention accusent notamment une baisse, après leur forte croissance en 2009 due aux dépenses engagées pour la grippe H1N1, elles retrouvent leur niveau de 2008.

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

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

Atteignant 132,7 milliards d'euros en 2010, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est de 75,8 % comme en 2009. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (tableau 2). Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins

■ TABLEAU 2

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

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
Etat et CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires (2)	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
• mutuelles (2)	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5
• sociétés d'assurance (2)	2,7	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6
• institutions de prévoyance (2)	2,4	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

Sources • DREES, Comptes de la santé.

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 complémentaires¹), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 3). En 2009-2010, on observe un retour à la tendance des années antérieures : la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

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

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

Le reste à charge des ménages atteint 16,4 milliards d'euros en 2010, soit 9,4 % de la CSBM contre 9,6 % en 2009 et 9,7 % en 2008 ; la hausse enregistrée entre 2005 et 2008 est ainsi interrompue (graphique 5). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments,

mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

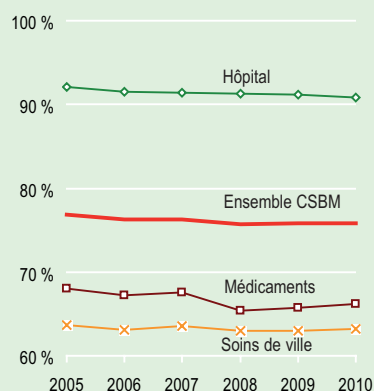
Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse puisqu'il était passé de 9,0 % en 2005 à 9,4 % en 2006, et 9,7 % en 2008. Cette reprise s'expliquait par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie : celles-ci avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment la hausse tendancielle des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, antidiarrhéiques, etc.) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

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

Notons que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité (graphique 6). Les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

■ GRAPHIQUE 3

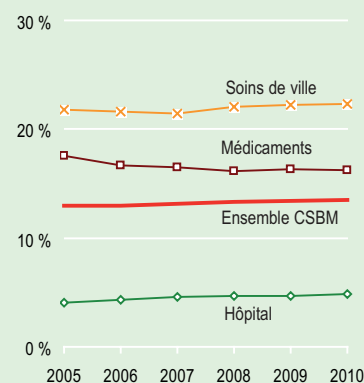
Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 4

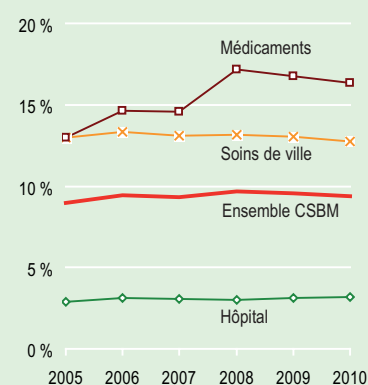
Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 5

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

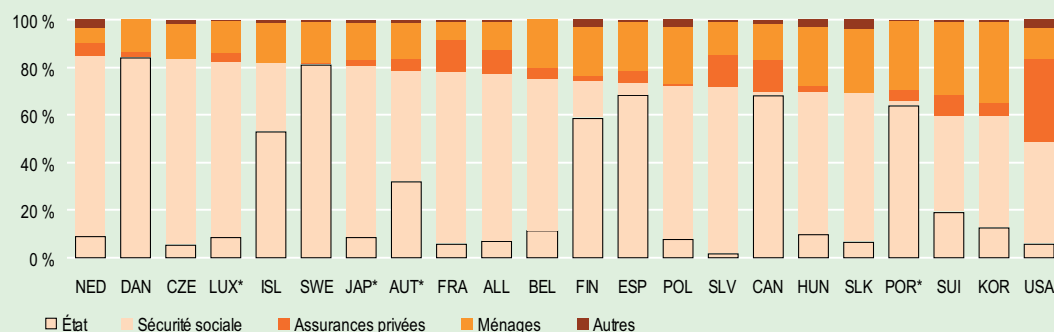


Sources • DREES, INSEE.

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

GRAPHIQUE 6

Financement des dépenses courantes de la santé en 2009



* Valeurs 2008.

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

ENCADRÉ 2

La dépense totale de santé agrégat utilisé pour les comparaisons internationales

Outre la dépense courante de santé et la consommation de soins et de biens médicaux, les comptes de la santé présentent un troisième agrégat utilisé pour les comparaisons internationales : la DTS.

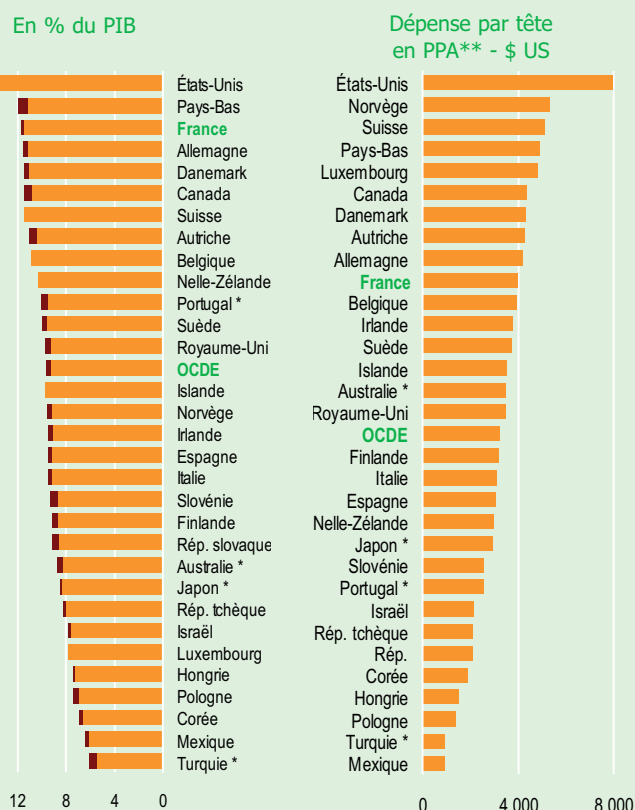
La dépense totale de santé s'élève à 11,8 % du PIB en 2009

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

Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB augmenter mécaniquement. La DTS française a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009, elle s'élève à 221,9 milliards d'euros, soit 11,8 % du PIB en 2009, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. Cette évaluation place en effet la France dans le groupe de tête des pays membres de l'OCDE, derrière les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et à un niveau proche de celui de l'Allemagne (11,6 %), du Danemark (11,5 %) et de la Suisse (11,4 %).

Lorsque la dépense totale de santé par habitant est exprimée en parité de pouvoir d'achat¹, le classement de la France est en fait modifié : la France se situe alors au dixième rang, à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE. Les écarts relatifs de richesse entre les pays, font que la dépense est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2009



* Valeurs 2008.

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

1. Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer, lors de la conversion, les différences de niveau des prix entre pays.