

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

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Comptes nationaux de la santé
2010**

Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC, Malik KOUBI

n° 161 - septembre 2011

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

Coordination	C. Zaidman
Rédaction	A. Fenina, M.A. Le Garrec, M. Koubi
Contributions	A. Baillot, V. Bellamy, C. Després, P. Dourgnon, J. Duval, A. Exertier, R. Fantin, M. Garnero, F. Guillaumat-Tailliet, B. Juillard-Condat, F. Jusot, R. Lardellier, R. Legal, C. Minodier, L. Olier, A.L. Samson, D. Sicart, F. Tallet, D. Raynaud, W. Thao Khamsing, E. Yilmaz

Remerciements

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

Directrice de la publication A.M. Brocas

Avant-propos

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2005 » de la Comptabilité nationale qui se substitue cette année à la précédente « base 2000 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2010, aux données semi-définitives de l'année 2009 et aux données définitives des années 2005 à 2008.

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

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

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2010.

Une deuxième partie comprend cinq dossiers : le premier sur les transferts inter-générationnels opérés par les assurances maladie obligatoire et complémentaires, le deuxième sur le secteur de conventionnement et les dépassements d'honoraires des médecins, le troisième sur le renoncement aux soins, le quatrième sur le coût du dispositif des affections de longue durée et le cinquième sur la mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour.

La troisième partie comprend trois éclairages : les deux premiers portent sur les comptes des hôpitaux publics en 2009 et le troisième sur les médicaments remboursables en 2010.

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

Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2005 à 2010.

Sommaire

Vue d'ensemble	7
-----------------------------	----------

Dossiers	29
-----------------------	-----------

La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge	31
Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins	51
Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins	85
Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général de l'assurance maladie	97
Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?	121

Éclairages	153
-------------------------	------------

Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009	155
Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2009 : quelques aspects comptables ...	165
L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010	185

Fiches thématiques	197
---------------------------------	------------

1. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)

1.1. La consommation de soins et de biens médicaux	198
1.2. La consommation de soins hospitaliers	200
1.3. L'offre hospitalière	202
1.4. La consommation de soins de médecins	204
1.5. Les effectifs de médecins	206
1.6. Les chirurgiens-dentistes	208
1.7. Les infirmiers	210
1.8. Les autres auxiliaires médicaux	212
1.9. Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	214
1.10. La consommation de médicaments	216
1.11. Le marché des médicaments	218
1.12. Les autres biens médicaux	220
1.13. Les transports de malades	222
1.14. Les échanges extérieurs	224

2. La Dépense Courante de Santé (DCS)

2.1. La dépense courante de santé	226
2.2. Les soins de longue durée	228
2.3. Les indemnités journalières	230
2.4. La prévention institutionnelle	232
2.5. Les dépenses en faveur du système de soins	234
2.6. Les coûts de gestion du système de santé	236

3. La Dépense Totale de Santé (DTS)	
3.1. Comparaisons internationales de la dépense totale de santé	238
3.2. Comparaisons internationales des dépenses hospitalières.....	240
3.3. Comparaisons internationales sur les médecins	242
3.4. Comparaisons internationales sur les médicaments	244
4. Le financement de la santé	
4.1. Le financement des principaux types de soins	246
4.2. Les financements publics	248
4.3. La CSBM, la DCS et l'ONDAM.....	250
4.4. Le financement par les organismes complémentaires	252
4.5. Le reste à charge des ménages.....	254
4.6. Le financement du Fonds CMU.....	256

Annexes..... 259

1. Les agrégats des Comptes de la santé	261
1.1. Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux	261
1.2. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM).....	261
1.3. Les autres dépenses courantes de santé	262
1.4. La dépense courante de santé (DCS).....	264
1.5. La dépense totale de santé (DTS)	264
1.6. La révision des comptes.....	264
2. La production des établissements de santé.....	265
2.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier	265
2.2. Les établissements de santé du secteur public	266
2.3. Les établissements de santé du secteur privé	266
3. Des indices spécifiques au secteur de la santé	267
3.1. Indices de prix et de volume en comptabilité nationale	267
3.2. L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé.....	269
3.3. Le prix des soins dans les établissements privés	269
3.4. Le prix des soins de médecins	270
3.5. Le prix des médicaments	270
3.6. Le prix des autres biens médicaux.....	270
4. Liste des sigles utilisés	271

Tableaux détaillés : 2005 – 2010 275

1. La consommation de soins et biens médicaux	276
2. La dépense courante de santé	282
3. La dépense courante par type de financeur	284

Vue d'ensemble



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

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

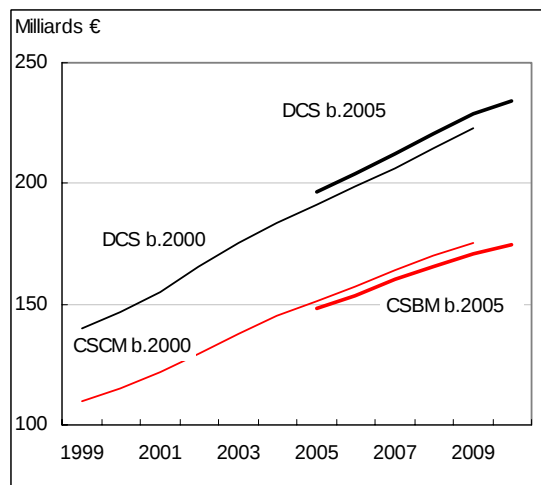
À l'occasion de la publication de cette nouvelle base dite « base 2005 », le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été également revus (*cf. encadré 1*).

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

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

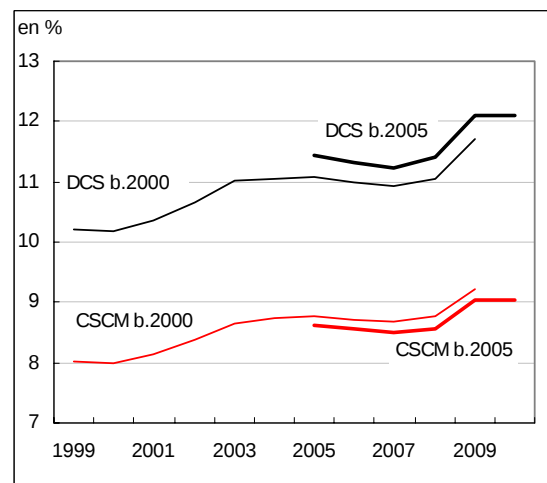
Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2007 se poursuit en 2010 : +2,3 % en valeur après +3,2 % en 2009 ; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie. La DCS progresse de 2,3 % par rapport à 2009. Son évolution est fortement liée à celle de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

Graphique 1a : CSBM et DCS : de la base 2000 à la base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1b : Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Encadré 1

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

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

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

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

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

Les soins étaient évalués de la façon suivante :

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

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

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

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

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 – Les soins de longue durée

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

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

Ce choix, qui assure un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permet cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de

santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care »¹, il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ). La réflexion engagée sur ce thème lors du débat sur la dépendance sera prolongée l'année prochaine.

4 – Les autres dépenses de santé

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

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

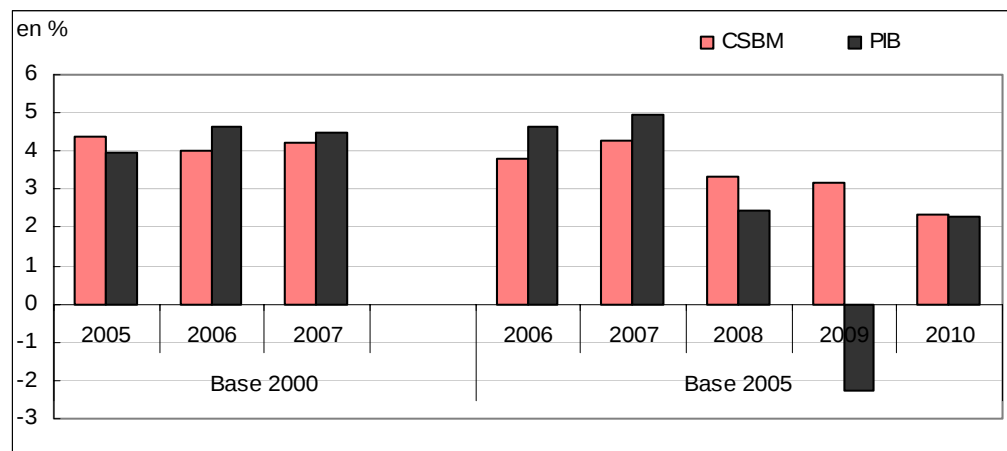
5 – Les échanges extérieurs

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

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

En 50 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 3,4 % en 1960 à 8,8 % en 2005 (base 2000). En base 2005, cette part passe de 8,6 % en 2005 à 9 % en 2009-2010. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de dépenses mais aussi de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2006, le rythme de croissance de la CSBM est resté inférieur à 4 % par an, mais sa part dans le PIB a varié avec l'évolution de celui-ci : ainsi, la forte hausse de la part de la CSBM en 2009 est uniquement due à la baisse du PIB : -2,3 % en valeur (*graphique 2*).

Graphique 2 : Taux de croissance de la CSBM et du PIB



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

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

² Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

Encadré 2**Les agrégats des Comptes de la santé****1) Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 175,0 milliards d'euros en 2010.**

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

2) Dépense courante de santé (DCS) : 234,1 milliards d'euros en 2010.

C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

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

C'est le concept commun utilisé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance 'aides à la vie quotidienne – AVQ – cf. encadré 1).

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

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

	Valeur (en milliards d'euros)					Evolution (en %)
	2008 b.2000	2009 b.2000	2009 b.2005	écart 2009	2010 b.2005	2010/2009
CSBM	170,1	175,7	171,0	- 4,8	175,0	2,3
DCS (Dépense courante de santé)	214,5	223,1	228,8	5,7	234,1	2,3
- Indemnités Journalières	- 11,4	- 11,9	- 11,9	- 0,0	- 12,5	4,4
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,2	- 1,3	- 1,4	- 0,1	- 1,3	5,6
- Recherche nette	- 3,2	- 3,3	- 3,3	0,0	- 3,4	2,2
- Formation	- 1,2	- 1,3	- 1,8	- 0,5	- 1,9	4,3
+ FBCF	6,3	6,2	6,1	- 0,1	6,1	-
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	13,5	14,2	5,5	- 8,7	5,9 (estim)	1,7
DTS (Dépense totale de santé)	217,3	225,7	221,9	- 3,8	227,0	2,3
PIB	1 940,3	1 907,1	1 889,2	- 17,9	1 932,8	2,3
DTS en % de PIB	11,20%	11,83%	11,75%	- 0,09 point	11,75%	0 point

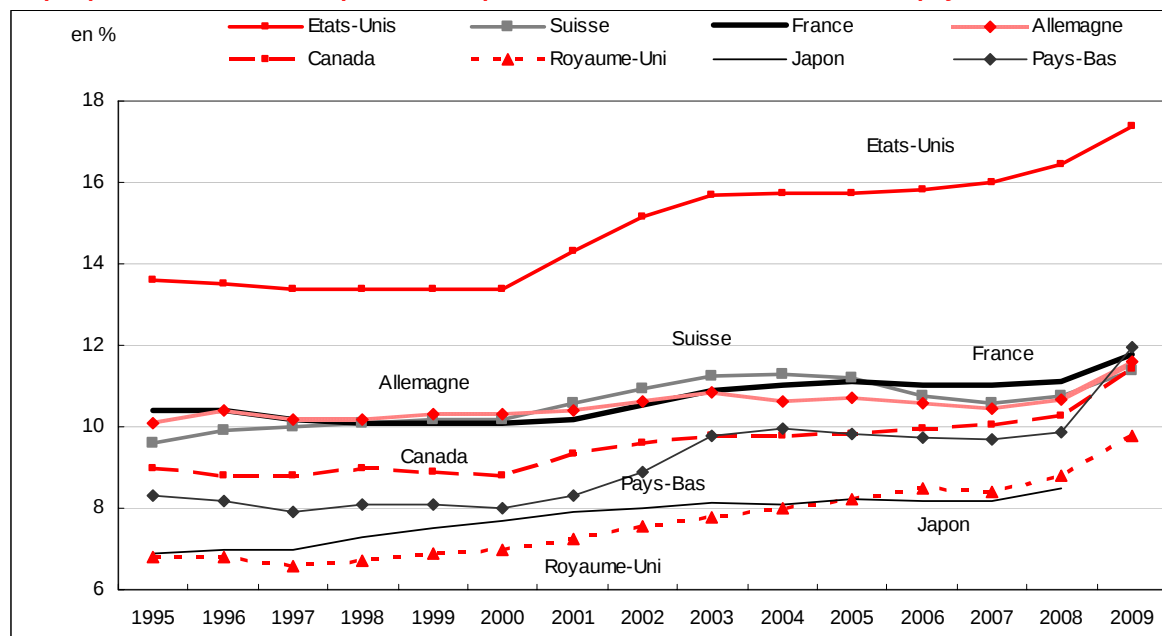
Remarque : en % de PIB, la DTS est peu affectée par le changement de base ; la hausse constatée entre 2008 et 2009 est due à la baisse du PIB et au montant exceptionnel des dépenses de prévention (grippe H1N1).

Source : DREES, Comptes de la santé.

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

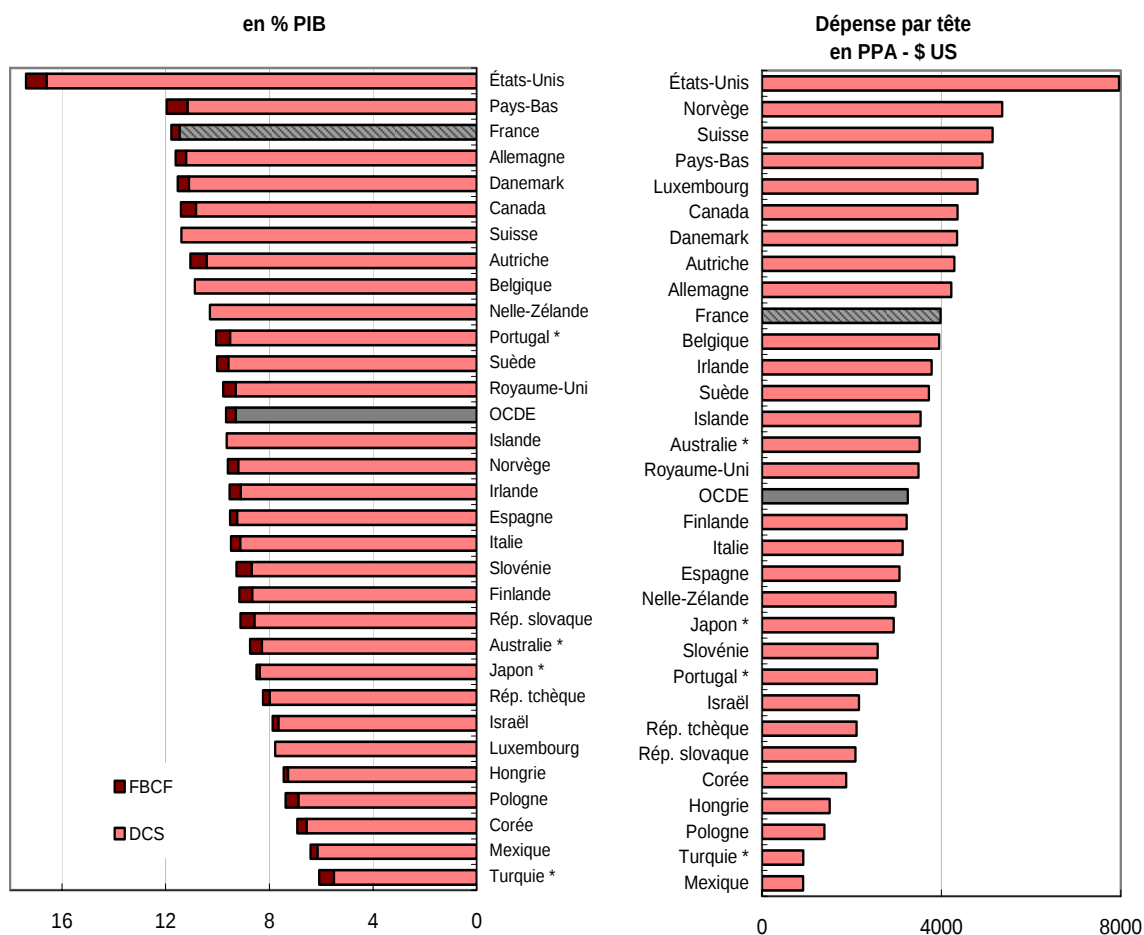
Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB augmenter mécaniquement (*graphique 3*). La DTS française a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009 ; elle représente 11,8 % du PIB en 2009, ce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

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



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

Graphique 4 : Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2009



* valeurs 2008.

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

Les comparaisons entre pays doivent toutefois être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse et en Belgique en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue leurs positions selon l'OCDE. En effet, lorsque l'on considère la dépense courante de santé (hors dépense en capital), l'écart entre la France et la Suisse se réduit sensiblement : la DCS représente 11,5 % du PIB pour la France en 2009 et 11,4 % pour la Suisse (*graphique 4*).

Lorsque la dépense totale de santé par habitant est exprimée en parité de pouvoir d'achat³, le classement de la France est en fait modifié : la France se situe alors au dixième rang, à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE (*graphique 4*). Les écarts relatifs de richesse entre les pays, font que la dépense est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

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

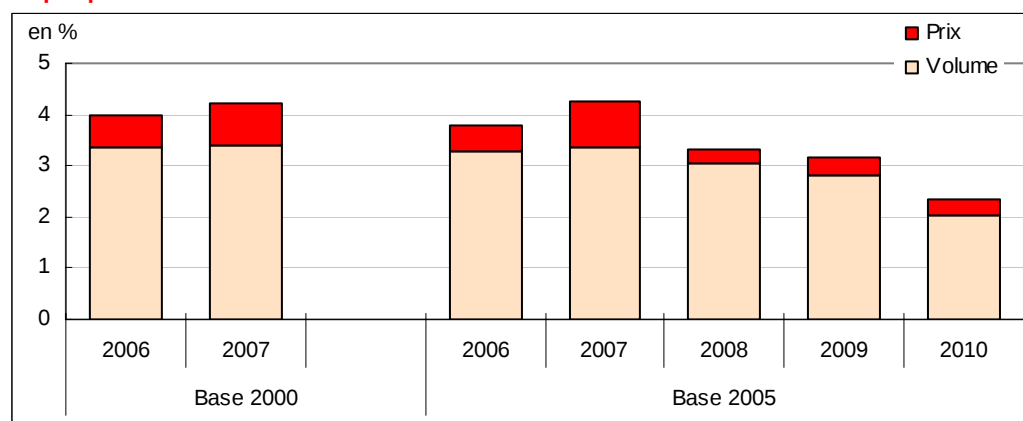
1.1. L'évolution de la CSBM ralentit fortement en 2010

Si l'on considère la période 1995-2010, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide, +6 % par an en moyenne. Cette croissance s'est nettement ralentie entre 2004 et 2006, mais avait repris en 2007 avec une croissance en valeur de 4,3 % et de 3,4 % en volume, tout en restant cependant inférieure à celle observée au cours des années 2001-2003.

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

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

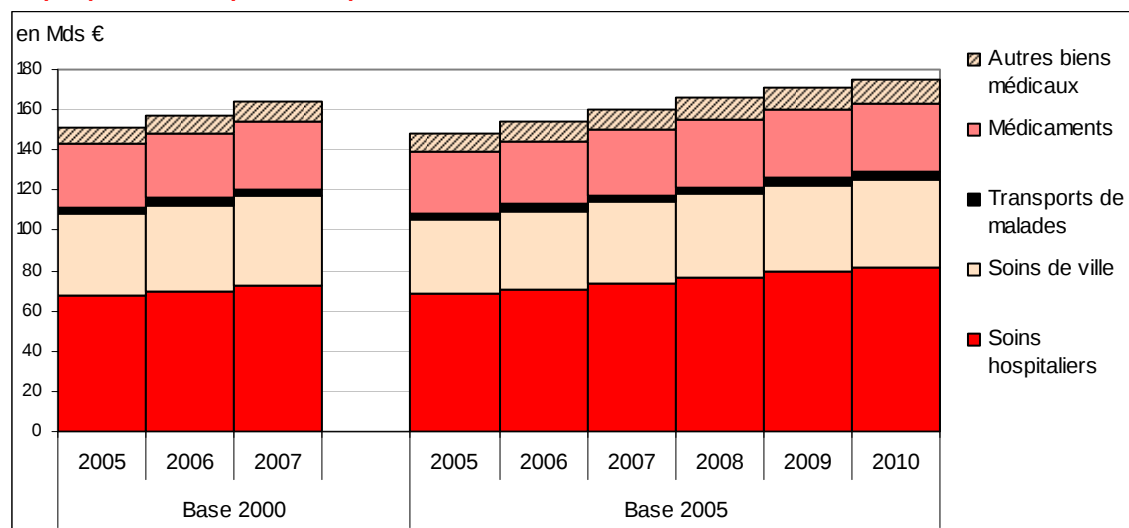
Graphique 5 : Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

³ Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer lors de la conversion les différences de niveau des prix entre pays.

Graphique 6 : Principales composantes de la consommation de soins et biens médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

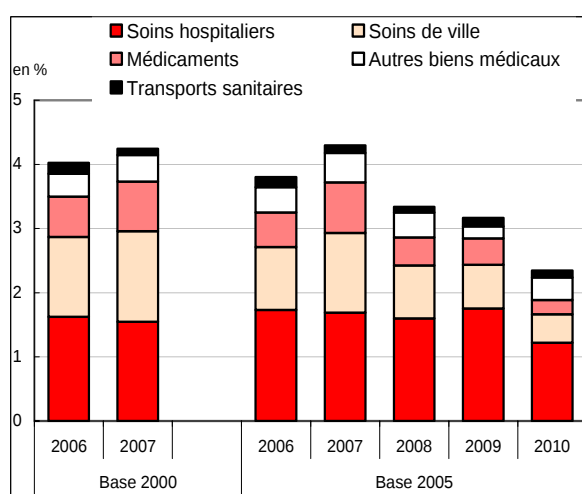
La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en valeur et en volume, s'obtient en pondérant son taux de croissance par son poids dans cet agrégat.

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

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

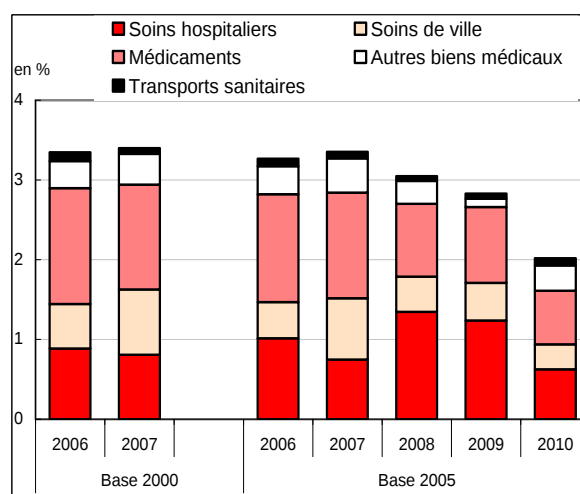
Depuis 1997, les médicaments constituent l'un des postes contribuant le plus fortement à cette hausse en volume, d'où la mise en place d'une politique de maîtrise médicalisée pour agir sur les prescriptions et leur structure (moins de médicaments coûteux en première intention lorsque des substituts existent)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

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.

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

Tableau 2a : La Consommation de soins et biens médicaux

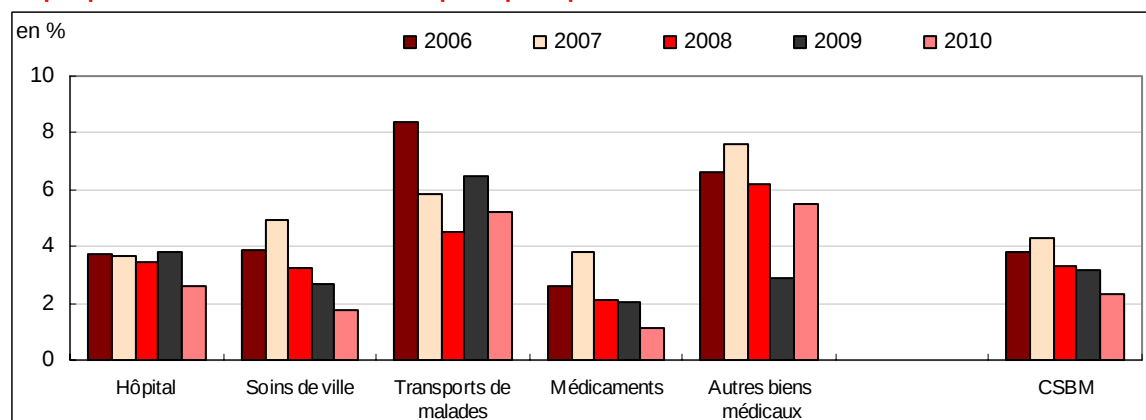
	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1- Soins hospitaliers	76,2	79,1	81,2	3,5	3,8	2,6
publics	58,2	60,3	61,8	3,0	3,6	2,5
privés	18,0	18,9	19,5	5,0	4,7	3,1
2- Soins de ville	42,1	43,2	44,0	3,3	2,7	1,8
dont médecins	18,2	18,5	18,4	2,2	1,6	-0,7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

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

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

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

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

Graphique 9 : Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM

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

1.2. La croissance des soins hospitaliers ralentit...

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 3 : Évolution des soins de ville

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

* Base 2000.

Sources : DREES, *Comptes de la santé*.

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

- La croissance de la consommation de soins de **dentistes** qui avait fortement ralenti en 2009 (+1,6%) reprend en 2010 : +2,4 % en valeur. Cette hausse est due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'assurance maladie. Les évolutions des cinq dernières

années restent néanmoins en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004 (cf. *fiche 1.6*). Les prix progressent de 1,2 % en 2010 comme en 2009.

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

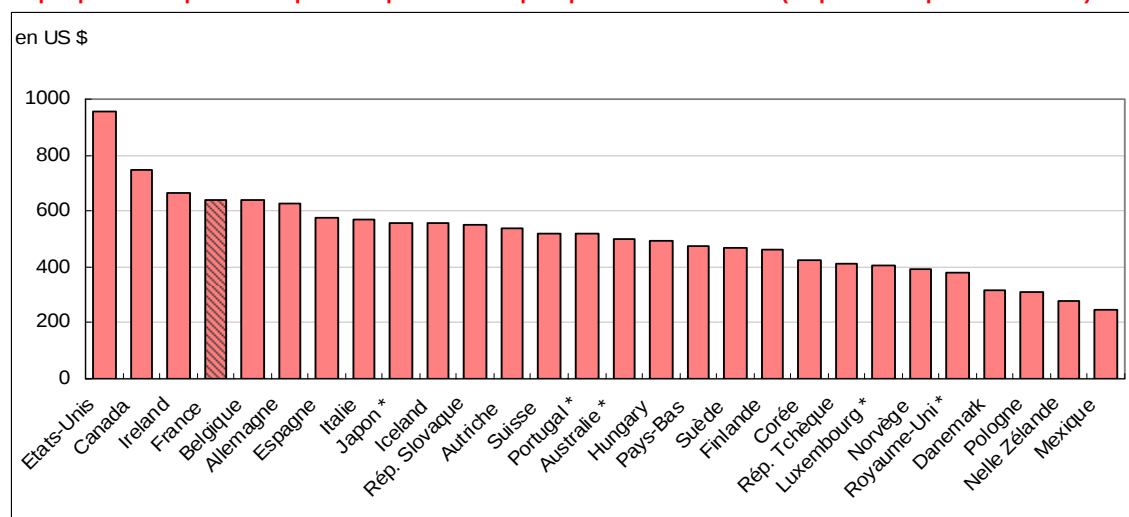
Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 5,5 % en valeur et de 5,1 % en volume en 2010. La croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes depuis 2008. Bien qu'en retrait par rapport aux années 2005-2007 (+7,5 % en 2007), la croissance en volume reste supérieure à 4 % par 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.

1.4 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^{ème} rang mondial derrière celle des États-Unis, du Canada et de l'Irlande, à un niveau très proche de celle de la Belgique et de l'Allemagne.

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



* Données 2008.

Sources : *Eco-Santé OCDE 2011, juin 2011.*

Le ralentissement de la consommation de médicaments amorcé en 2008 se poursuit en 2010 : la hausse en valeur est de 1,1% seulement en 2010, après +2 % en 2009 et +2,1 % en 2008. Ce ralentissement résulte d'une nouvelle diminution de prix et d'une stabilisation de la croissance des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments est de 3,4 % en

2010, après +4,7 % en 2009 et +4,5 % en 2008. Cette stabilisation est liée à plusieurs mesures comme la diminution du taux de remboursement (passé de 35 % à 15 % en 2010) de certains médicaments pour service médical rendu insuffisant, ou encore à la politique de maîtrise médicalisée. Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2010.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix de l'année 2010 (-2,2 %), qui fait suite à ceux des années précédentes, est imputable à plusieurs mesures : baisses de prix ciblées, développement des grands conditionnements pour les traitements de longue durée, et augmentation de la pénétration des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 104 en 2010, sur un total de 354 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables continue ainsi à progresser : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010. Néanmoins, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006. En effet, la définition des génériques en France est plus restrictive puisqu'elle s'appuie sur la notion d'équivalent chimique (même molécule), alors qu'aux Pays-Bas et en Allemagne elle s'appuie sur la notion d'équivalent thérapeutique qui autorise de plus larges possibilités de substitution des génériques, accroît leur pénétration et stimule la concurrence entre médicaments. Un tel système peut toutefois conduire à un ralentissement de l'innovation en ne mettant pas suffisamment en valeur les améliorations graduelles, notamment si les groupes de substitution sont trop larges. C'est la critique parfois adressée aux « jumbo groupes » allemands, qui confondent dans un même groupe des nouveaux médicaments sous brevet et d'anciens médicaments génériques.

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

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

En 2010, les dépenses liées aux « **autres biens médicaux** » représentent 11,6 milliards d'euros. Elles ont été réévaluées de 10 % par rapport à la base 2000, essentiellement en raison de la révision du taux de dépassement du tarif opposable sur les orthèses et prothèses. Après avoir ralenti en 2009, leur rythme de croissance reprend en 2010 : +5,5 % en valeur après +2,9 % en 2009 et +6,2 % en 2008. Si la progression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (un peu plus de 3 % par an en valeur), celle des dépenses de « petits matériels et pansements » reprend en revanche en 2010 (+7,9 % en 2010 contre +1,7 % en 2009), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP » (+6,2 % en valeur en 2010 contre +3,2 % en 2009). Le ralentissement passager du taux de croissance observé en 2009 n'était que le contrecoup de la hausse intervenue en 2008 avant l'intégration de ce type de dépenses dans le forfait soins des EHPAD à partir du 1^{er} août 2008.

1.6. Un léger tassement de la croissance des transports de malades

La consommation de **transports de malades** s'élève à 3,8 milliards d'euros en 2010, soit une croissance en valeur de 5,2 %, après +6,5 % en 2009 et +4,5 % en 2008. L'augmentation sensible de 2009 était en partie due à une importante revalorisation des tarifs des transports sanitaires : +3,3 %. En 2010, la hausse de prix est de 0,8 % seulement, et ce sont les volumes des transports qui repartent à la hausse : +4,4 % en 2010 après +3,1 % en 2009 et +3,0 % en 2008. Ce rythme de croissance du volume des transports reste toutefois inférieur à celui observé sur la période 2000-2006 (+6 % par an en moyenne). Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise médicalisée, de nouvelles règles de prescription plus restrictives s'appliquant depuis le 1^{er} janvier 2007.

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 subventions au système de soins, les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

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

Tableau 4 : Dépense courante de santé : de la base 2000 à la base 2005

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

Sources : DREES, Comptes de la santé.

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

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

Les soins peuvent être assurés :

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

En 2010, 6,6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD ; après une croissance exceptionnelle de 22 % en 2009, l'augmentation est de 10 % en 2010. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. Malgré la croissance plus rapide du secteur privé jusqu'en 2008, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent largement majoritaires.

⁵ Les SSAD concernent essentiellement les personnes âgées.

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2010, on évalue à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

En base 2005, aux soins en établissements sont ajoutées les dépenses des Services de soins à domicile (SSAD), soit 1,3 milliard d'euros en 2010. La hausse est de 1,8 % par rapport à 2009, soit un rythme de croissance annuel bien en-deçà de ceux constatés depuis 2002 (+8 % par an en moyenne). Notons que cet ajout, qui assure un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permet cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care »⁶, il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ)⁷ de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ). La réflexion engagée sur ce thème lors du débat sur la dépendance sera prolongée l'année prochaine.

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

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

Avec un montant de 5,9 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** reculent de 8,3 % en 2010. Une forte hausse avait été enregistrée en 2009 en raison des dépenses engagées pour la grippe H1N1 ; logiquement, les dépenses de 2010 reviennent au niveau de 2008. Ce montant représente 92 euros par habitant en 2010. Il inclut les dépenses de prévention individuelle (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, risques environnementaux, crises sanitaires, etc.). En 2010, l'État et les collectivités locales ont financé 60 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 24 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail).

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de la santé ne retracent toutefois qu'une partie des dépenses de prévention : elles ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, montant qui représentait alors 6,4 % de la dépense courante de santé ; les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros, soit 45 % des dépenses totales de prévention.

En base 2005, les **subventions au système de soins** ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en raison de la création depuis la base 2000 de fonds tels que le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Elles sont évaluées à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2010, soit une évolution de +5,7 % par rapport à 2009.

En base 2000, elles comprenaient uniquement la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé. Ce dispositif, mis en place en 1960 pour les seuls médecins afin de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements), a été progressivement élargi à d'autres professions de santé. Elles comprennent désormais les subventions du FIQCS ainsi que les aides à la télétransmission.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,6 milliards d'euros en 2010, soit 117 euros par habitant. En 2001, la part des financements publics et celle des financements privés étaient équivalentes. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a progressé pour atteindre 57 % en 2010.

⁶ Long term health care : soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne.

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

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,9 milliard d'euros en 2010, soit 4,3 % de plus qu'en 2009. Elles sont fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et par le ministère de l'Emploi (formation professionnelle). Ces dépenses concernent les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses de formation initiale s'ajoutent celles de la formation continue. Elles sont en forte augmentation depuis 2006 : d'une part, le coût unitaire de l'étudiant a fortement augmenté et d'autre part les coûts des formations sanitaires et sociales ont augmenté depuis qu'ils relèvent de la compétence des régions (loi de décentralisation de 2005 mise en œuvre en 2006).

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

Ils comprennent :

- les frais de gestion des organismes suivants :
 - les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base,
 - les organismes complémentaires : mutuelles, assurances, et institutions de prévoyance,
 - le fonds CMU,
- ainsi que :
 - le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé,
 - et les subventions les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM).

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

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

Les évolutions présentées ci-dessus sont différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2011). Les trois agrégats des comptes nationaux de la santé (DCS, CSBM et DTS), diffèrent en effet quant au champ de ceux présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (*encadré 3*). Les comptes de la santé permettent notamment d'apprécier la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

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

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (*graphique 11*). En 2009-2010, on observe un retour à la tendance des années antérieures : la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

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

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

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
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
dont 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.

Encadré 3

Des Comptes nationaux de la santé aux Comptes de la Sécurité sociale et à l'ONDAM

Les agrégats des comptes de la santé sont des agrégats économiques : ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant trois ans pour intégrer les révisions afférentes à une année considérée. L'année 2010 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2012 (compte semi-définitif), puis en 2013 (compte définitif).

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

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc proches de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en termes de concepts (cf. fiche 15-2 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2008). Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance-maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche AT/MP), alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance-maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle soit non financée (déficit des hôpitaux publics - cf. annexe).

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale, augmentée :

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

À l'exception des dotations à des structures accueillant des personnes précaires, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des comptes. Ils ne permettent cependant pas de 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 2010

en milliards d'euros

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

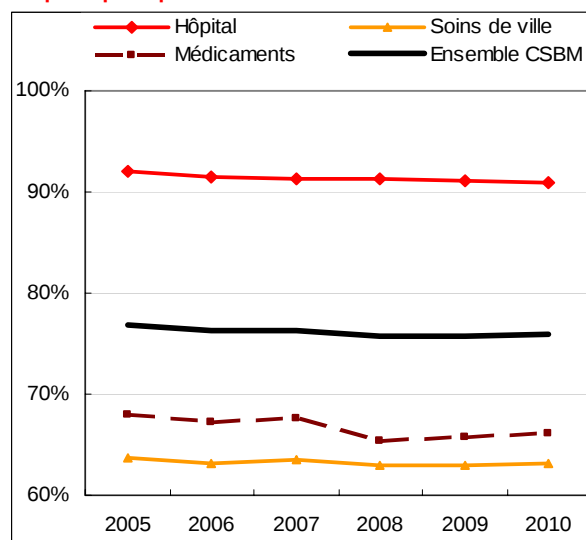
(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 2.2).

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD. Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1,2 milliard d'euros en 2010).

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

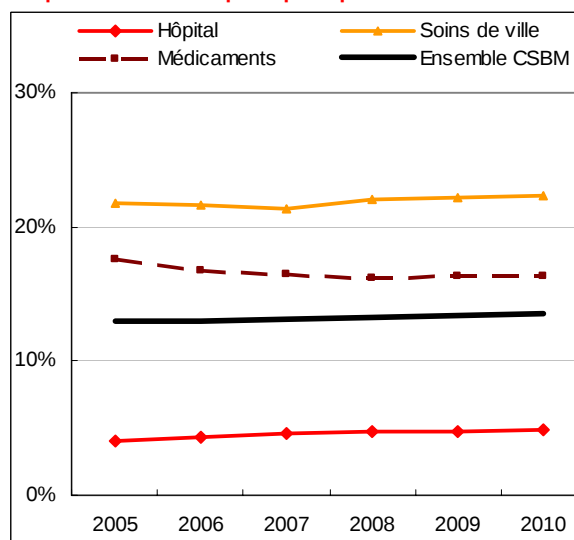
Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2011 pour l'ONDAM.

Graphique 11 : Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 12 : Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

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

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

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

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

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

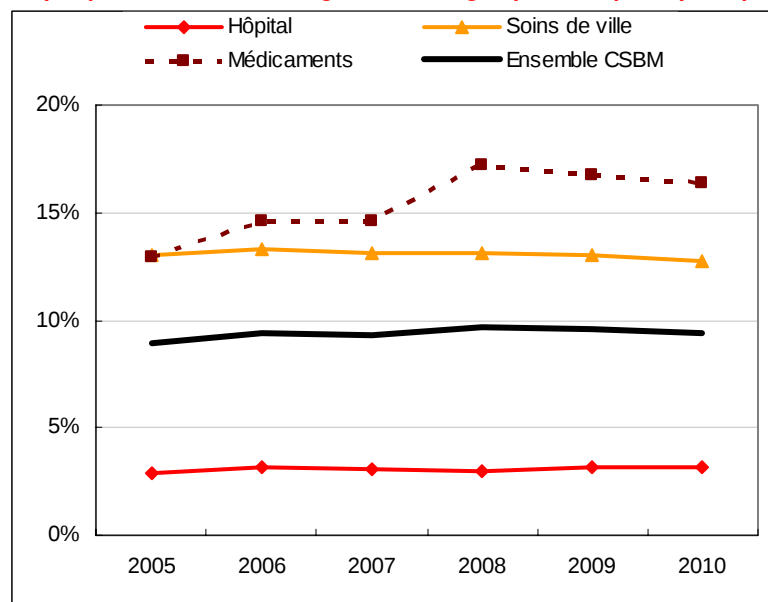
Si l'on ajoute la contribution des organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,3 % de la CSBM. En effet, cette contribution est constituée d'une taxe sur le montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par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

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

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse 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, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

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

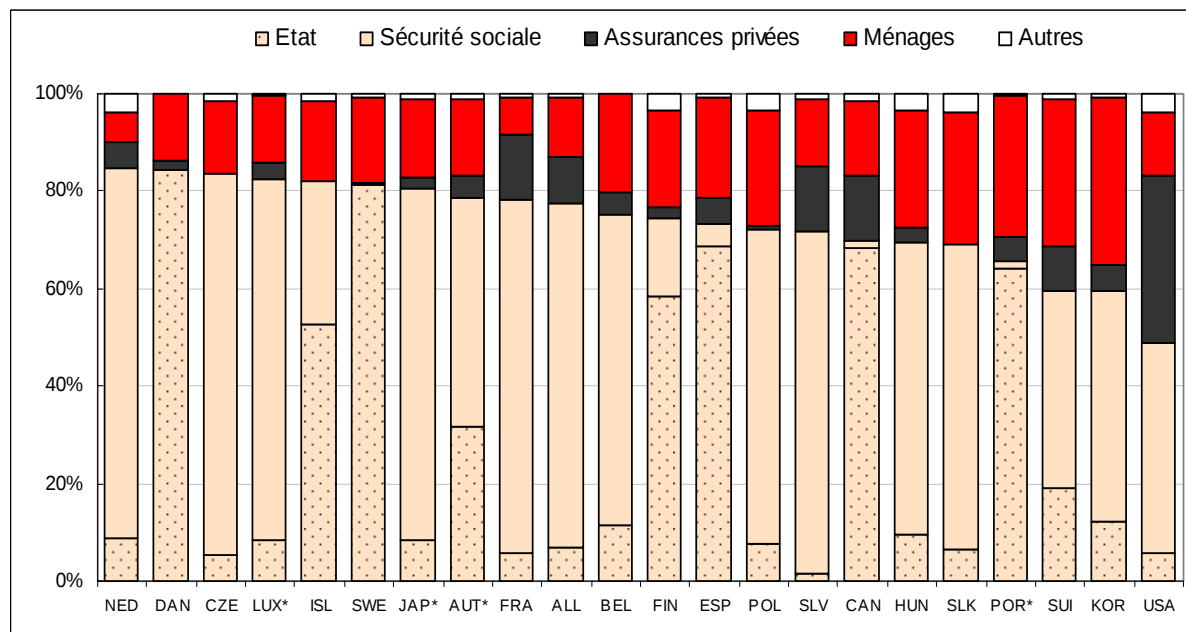
Graphique 13 : Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : Drees, Comptes de la santé – Base 2005.

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

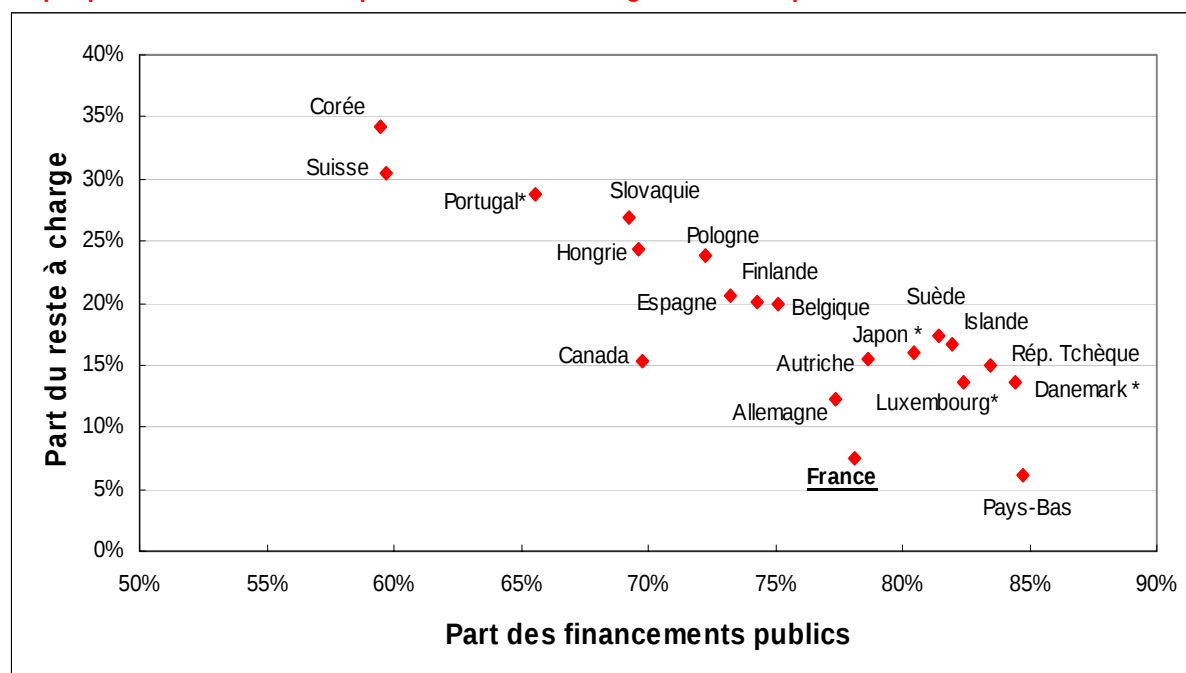
Graphique 14 : Financement des dépenses courantes de santé en 2009



* Données 2008.

Sources : Éco-santé OCDE 2011, juin 2011.

Graphique 15 : Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2009



* Données 2008.

Sources : Éco-santé OCDE 2011, juin 2011.

Pour en savoir plus

« La méthodologie des Comptes de la santé en base 2005 », DREES, *Document de travail – Série Statistiques*, à paraître.

Yilmaz E., « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », DREES, *Études et Résultats*, n° 746, janvier 2011.

Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle », DREES, *Études et Résultats*, n° 716, février 2010.

Bellamy V., « Les revenus libéraux des médecins 2007-2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 735, juillet 2010.

Collet M., Sicart D., « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 594, septembre 2007.

Bertrand D., « Les services des soins à domicile (SSAD) en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n°739, septembre 2010.

Lê F., Raynaud D., « Les indemnités journalières », DREES, *Études et Résultats*, n° 595, septembre 2007.

Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France », DREES, *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006.

Fenina A., « 55 années de dépenses de santé – Une rétopolation de 1950 à 2005 », DREES, *Études et Résultats*, n° 572, mai 2007.

Fenina A., Geffroy Y., « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2000 », DREES, *Document de travail – Série Statistiques*, n°99, juillet 2006.

DOSSIERS

La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge



*Jonathan DUVAL (DREES)
Rémi LARDELLIER (DREES)
Renaud LEGAL (DREES)*

Cette étude présente pour l'année 2008 la redistribution opérée par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire entre les classes d'âge.

Les mécanismes de financement de l'assurance maladie obligatoire répondent à deux principes : la solidarité des bien portants vis-à-vis des malades et l'accessibilité des soins à tous, quelle que soit leur capacité financière. Ainsi, alors que les remboursements des soins de l'assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie, son financement est lié aux revenus, via notamment les cotisations et les contributions sociales. Du respect de ces principes découlent des transferts intergénérationnels importants, des actifs vers les retraités. Le risque maladie augmentant avec l'âge, ce sont en effet les retraités qui ont les dépenses moyennes de soins les plus élevées alors que leurs contributions sont plus faibles.

L'assurance maladie complémentaire intervient quant à elle pour financer les dépenses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Dans un environnement concurrentiel mais régulé, sa tarification ne dépend pas directement de l'état de santé, mais est croissante avec l'âge. Ainsi, en comparaison des transferts induits par l'assurance maladie obligatoire, les transferts entre classes d'âge opérés par l'assurance maladie complémentaire apparaissent limités.

Ces transferts entre classes d'âge ne doivent toutefois pas masquer la dispersion importante des dépenses de santé au sein de chaque classe d'âge. À chaque âge une partie des individus bénéficie de remboursements des assurances maladies obligatoire et complémentaire supérieurs aux cotisations versées. Il n'en demeure pas moins que ces personnes, en mauvaise santé, doivent assumer des restes à charge supérieurs en moyenne à ceux des autres assurés.

Le système d'assurance maladie obligatoire français poursuit par essence deux objectifs distincts : un objectif de solidarité entre bien portants et malades et un objectif plus englobant d'accessibilité financière des soins. Afin d'opérer une redistribution horizontale entre malades et bien portants, les niveaux de remboursement des soins dépendent du degré de morbidité supposé, avec des prises en charge différenciées selon les soins et selon les individus. Afin d'opérer une redistribution verticale au sein de la population, les cotisations maladie sont assises sur les revenus, sans lien a priori avec le niveau de risque individuel et le niveau des remboursements.

Comme ce lien entre cotisations et revenus diffère de celui qui existe entre remboursements et revenus, l'assurance maladie obligatoire contribue à redistribuer les revenus ([5]). Ce système permet ainsi aux plus pauvres d'obtenir un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque.

À la différence de bon nombre de travaux ([5], [5]), la présente contribution ne s'intéresse pas directement à la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie entre « riches » et « pauvres », mais a pour objet principal d'analyser les transferts opérés par l'assurance maladie entre classes d'âge.

Ces transferts intergénérationnels sont largement imputables à la redistribution qu'opère le système entre « bien portants » et « malades ». Plus précisément, ils ont deux origines : d'une part le profil de consommation de soins en fonction de l'âge, d'autre part les disparités de cotisations entre les différentes générations. Ces dernières résultent des disparités de revenus entre les différentes classes d'âge¹ et des barèmes de cotisation qui ne traitent pas identiquement des revenus d'origines différentes².

Outre les transferts intergénérationnels opérés par l'assurance maladie, il est intéressant d'analyser ceux opérés par les assurances complémentaires. En effet, ces dernières fonctionnent selon une logique radicalement différente de celle de l'assurance maladie obligatoire : excepté certains contrats collectifs et quelques contrats proposés par des mutuelles de la fonction publique, les primes ne dépendent pas des revenus ; en revanche, elles sont très fréquemment calculées en tenant compte de l'âge de l'assuré. On s'attend donc a priori à des résultats en termes de transferts intergénérationnels très différents entre assurance obligatoire et assurances complémentaires.

Ces dernières années ont été marquées par une croissance régulière de la part des dépenses de santé financées par les assurances complémentaires, qui s'établissait à 12,2 % en 1995 et qui représente en 2009 13,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Dans ce contexte, la présente étude, en offrant pour la première fois une vision des transferts intergénérationnels opérés par l'assurance maladie obligatoire d'une part et par les assurances complémentaires d'autre part, contribue donc à éclairer les débats sur les rôles respectifs des organismes complémentaires et de l'assurance maladie dans la prise en charge des dépenses de santé.

Pour analyser ces transferts intergénérationnels l'approche retenue ici s'appuie sur le bilan à un instant donné des transferts qui sont consentis et reçus par des générations contemporaines. Le choix d'étudier les transferts opérés une année donnée et non pas de manière dynamique³ est lié à la volonté d'analyser le partage du financement des dépenses de santé entre assurance maladie et couvertures complémentaires. En se centrant sur l'analyse de ce partage, cette étude constitue un prolongement de deux études publiées dans l'ouvrage précédent (0, 0), dans le sens où elle intègre également les cotisations (cotisations maladie ou primes d'assurance complémentaire santé) versées par les individus.

À ce jour, il n'existe pas de source statistique unique qui comporterait l'ensemble des informations nécessaires pour dresser un tel bilan. Aussi cette étude s'appuie sur le rapprochement de deux outils de micro-simulation : l'Outil de micro-simulation pour l'analyse des restes à charge (Omar) développé par la Drees et Ines, outil de micro simulation géré conjointement par la Drees et l'Insee, et régulièrement mobilisé pour l'analyse des transferts redistributifs opérés par le système de protection sociale français.

¹ Le salaire croît habituellement avec l'ancienneté du travailleur. Lors du passage à la retraite, la pension perçue est inférieure aux salaires touchés en fin de vie active.

² Notamment les revenus du travail et les revenus de remplacement, pensions de retraite par exemple.

³ Lenseigne et Ricordeau adoptent ainsi une approche longitudinale et dressent les bilans par génération, de la naissance à la mort, sur le cycle d'une vie humaine (0).

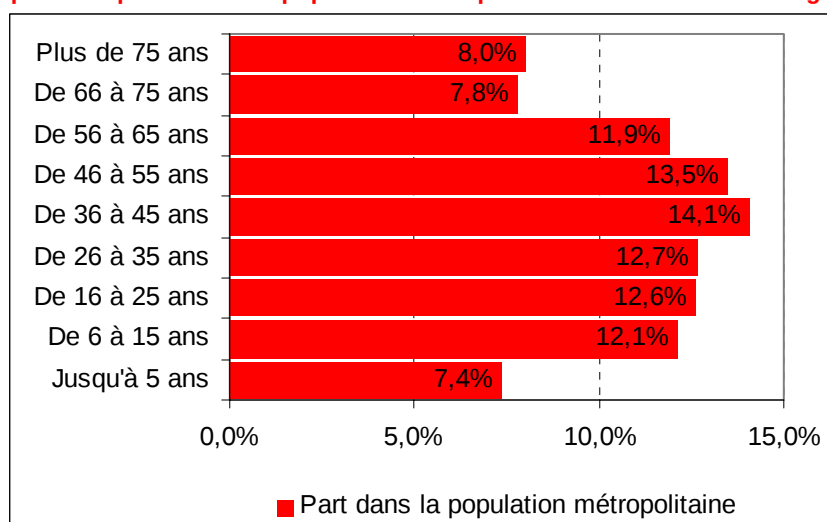
Cette étude comporte trois parties. La première partie présente le lien entre l'âge et un certain nombre de données (dépenses de santé, remboursements, cotisations, primes d'assurance...), après avoir rappelé les spécificités du système français (nature, assiette et taux des cotisations maladies, logique de tarification des assureurs complémentaires...). La deuxième partie dresse le bilan des transferts intergénérationnels opérés par l'assurance maladie d'une part, et les assurances complémentaires d'autre part, pour l'année 2008. La dernière partie s'intéresse aux transferts au sein de chaque tranche d'âge.

1. Les dépenses de santé et les primes d'assurances augmentent avec l'âge, tandis que les cotisations sociales diminuent

Avec l'âge l'état de santé se dégrade et le niveau et la structure des contributions au financement de l'assurance maladie évoluent. C'est aussi en grande partie sur l'âge que se font aujourd'hui les choix de tarification des assureurs maladie complémentaires. Cette première partie vise à donc à éclairer chacune des composantes des dépenses et du financement des soins au regard du critère essentiel qu'est l'âge.

Les résultats présentés par la suite étant majoritairement des montants moyens par individu d'une tranche d'âge donnée, il convient de garder à l'esprit la structure par âge de la population française. Notamment, le graphique ci-dessous fait ressortir le moindre effectif, en 2008, des classes d'âge au-delà de 65 ans. Ce point est essentiel dans la mesure où c'est lors de la vieillesse que sont observés les recours les plus coûteux au système de soins.

Graphique 1 : Répartition de la population métropolitaine selon la tranche d'âge en 2008



Source : Insee, estimations de population.

Champ : France métropolitaine, territoire au 31 décembre 2008.

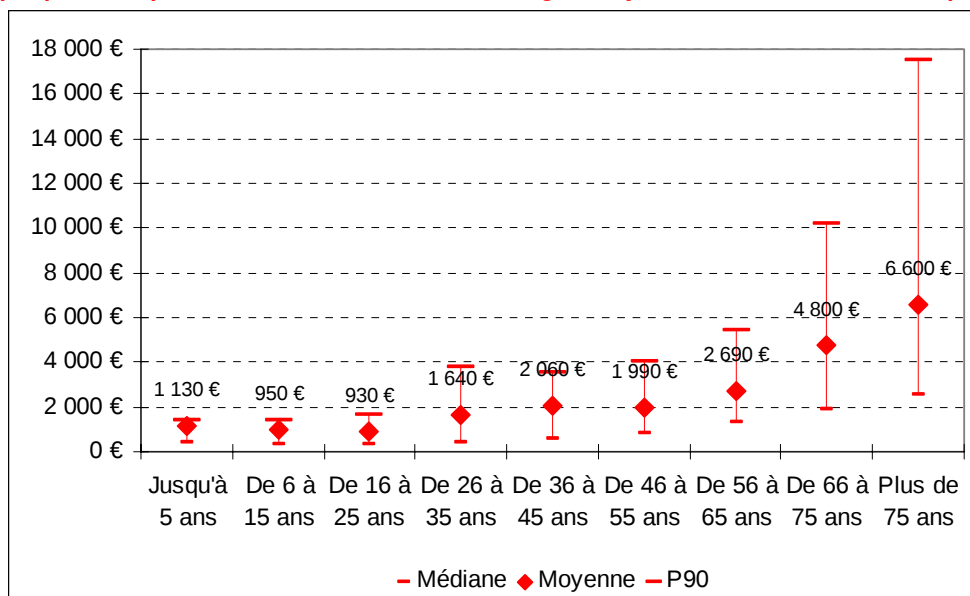
Note de lecture : au 31 décembre 2008, la part des individus de plus de 75 ans était estimée à 8 % de la population métropolitaine.

1.1. Dépenses de santé, remboursements et restes-à-charge augmentent avec l'âge

Les dépenses de santé des individus de plus de 75 ans sont trois fois plus élevées que celles des 46-55 ans

Les dépenses de santé sont corrélées, en premier lieu, avec l'état de santé. Lorsque celui-ci se dégrade, la consommation de soins augmente. Comme l'état de santé se dégrade avec l'âge, les dépenses de santé moyennes augmentent avec l'âge. Ainsi, les dépenses de santé des individus de plus de soixante-quinze ans – 6 600 € en moyenne – sont 2,5 fois plus élevées que celles des 56-65 ans et 3 fois plus que celles des 36-45 ans (*graphique 2*). Ces dépenses augmentent notamment du fait d'une consommation accrue de soins hospitaliers.

Graphique 2 : Dépenses de santé en fonction de l'âge : moyennes et indicateurs de dispersion



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : Les dépenses annuelles de santé d'une personne âgée de plus de 75 ans s'élèvent en moyenne à 6 600 €. La dispersion des dépenses de santé des personnes âgées est bien plus importante que celle des classes d'âge plus jeunes.

À âge donné les dépenses de santé de santé sont dispersées, et la dispersion augmente avec l'âge

Au sein de chaque classe d'âge, les dépenses de santé connaissent une grande dispersion. Ainsi, si les dépenses de santé des 46-55 ans sont en moyenne de 2 000 euros, il apparaît que la moitié de cette classe d'âge connaît des dépenses inférieures à 1 000 euros alors que pour 10 % des individus, les dépenses sont supérieures à 4 000 euros. Au-delà de 75 ans, la moitié des individus ont des dépenses inférieures à 2 500 euros alors que 10 % connaissent des dépenses supérieures à 18 000 euros.

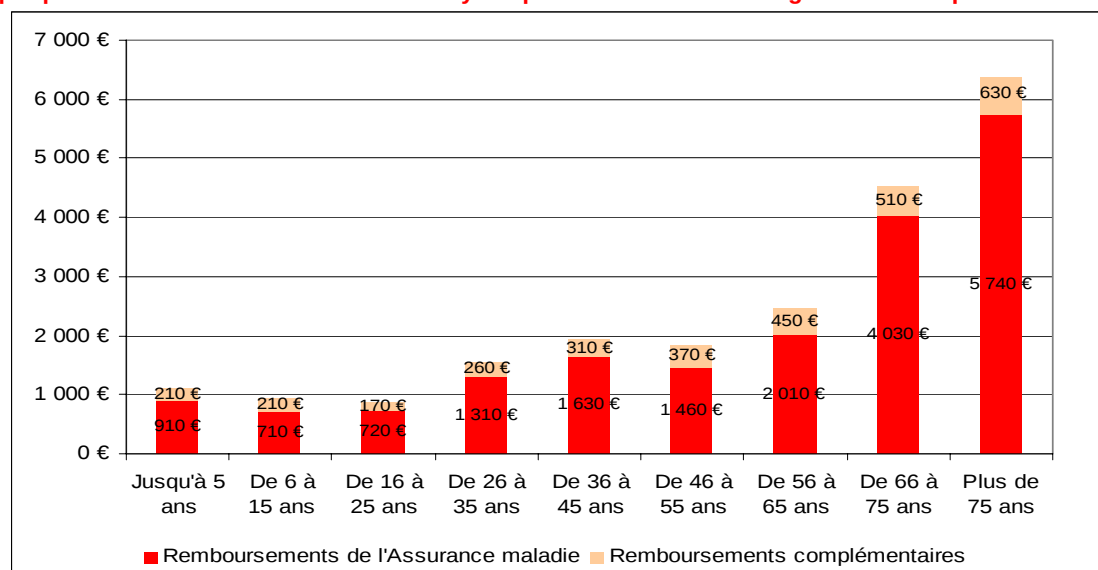
La dispersion des dépenses de santé augmente avec l'âge car les dépenses élevées sont concentrées aux âges jeunes sur une petite proportion d'individus. Ainsi le ratio D9/D5 (mesure de la dispersion qui rapporte le 9^{ème} décile à la médiane) s'élève à 7 au-delà de 75 ans, contre un ratio de 5 entre 66 et 75 ans et seulement 4 entre 46 et 55 ans.

Des remboursements fortement croissants avec l'âge côté assurance maladie, légèrement croissants côté assurances complémentaires

Mécaniquement, l'augmentation des dépenses de santé entraîne des remboursements de plus en plus importants, tant pour l'assurance maladie que pour les assurances complémentaires. Ainsi, comme le montre le graphique 3 ci-dessous, les remboursements moyens versés par l'assurance maladie à un individu de 26 à 35 ans sont d'un peu plus de 1 300 €, quand celui de 66 à 75 ans se voit rembourser plus de 4 000 € en moyenne par an. Pour ces mêmes classes d'âge, les assurances complémentaires versent quant à elles, en moyenne annuelle, respectivement 260 et 510 euros. Ces montants sont évidemment à rapporter aux dépenses de santé moyennes de chacun de ces groupes.

La croissance des remboursements avec l'âge est moins forte pour les assurances complémentaires qu'elle ne l'est pour l'assurance maladie. Ainsi le rapport entre le montant moyen par âge le plus élevé et le montant moyen par âge le plus faible est de 8 pour 1 pour l'assurance maladie quand il n'est que de 4 pour 1 pour les remboursements complémentaires.

Graphique 3 : Remboursements annuels moyens par les assurances obligatoire et complémentaire



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie ; pour les remboursements complémentaires, la population comprend les seuls individus bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire.

Note de lecture : un individu âgé de moins de six ans obtient, en moyenne et sur un an, un remboursement de 910 € de la part de l'assurance maladie. Si en plus il bénéficie d'une couverture maladie complémentaire, alors celle-ci lui permet d'obtenir en moyenne 210 € supplémentaires.

Plus précisément, alors que les dépenses de santé augmentent très fortement – de 56-65 ans à 66-75 ans – les remboursements complémentaires n'évoluent que très faiblement. Le passage de cette première tranche d'âge à la seconde est ainsi caractérisé par une hausse de 78 % des dépenses de santé, de 100 % des remboursements de l'assurance maladie mais de seulement 13 % des remboursements complémentaires.

Cette plus faible prise en charge des dépenses des plus âgés par les complémentaires a plusieurs explications. Tout d'abord, la structure de la consommation de soins se déforme avec l'âge, les dépenses hospitalières, essentiellement remboursées par l'assurance maladie obligatoire, prenant plus d'importance à l'inverse des dépenses dentaires ou optiques, où la place des assurances complémentaires dans le financement est plus grande. Par ailleurs, les plus âgés disposent en moyenne d'une couverture complémentaire offrant des garanties moins étendues que les assurés d'âge actif [11], notamment parce qu'ils ne bénéficient plus des contrats collectifs d'entreprise. Au moment du passage à la retraite, ils préfèrent en effet changer de contrat pour limiter la prime à payer [8], le mécanisme de la loi Évin limitant la hausse de la prime au moment du passage à la retraite ne jouant qu'un rôle modeste (voir infra). Enfin, la part de personnes non couvertes en complément de l'AMO augmente avec l'âge : elle est de 5 % avant 65 ans mais s'élève à 8 % au-delà.

Afin de favoriser l'accès à la couverture complémentaire, notamment pour les plus âgés, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est croissante avec l'âge. Ce dispositif, accessible aux membres des ménages ayant souscrit un contrat individuel et dont le niveau de vie est compris entre le plafond d'octroi de la CMU-C et ce plafond augmenté de 20 %⁴, permet de diminuer sensiblement le coût annuel de la protection complémentaire. Cependant le taux de non-recours à l'ACS reste encore très élevé aujourd'hui [18].

La forte hausse des dépenses de santé pour les dernières classes d'âge est donc majoritairement absorbée par l'assurance maladie, notamment via le jeu de mécanismes de remboursement visant à protéger les plus malades comme le dispositif ALD (*encadré 1*). Les assurances maladie complémentaires augmentant plus modestement leurs remboursements avec l'âge, il convient de s'intéresser alors aux évolutions du reste-à-charge des individus après intervention de ces organismes.

⁴ Ce seuil a depuis été relevé à seuil CMUC + 26% à partir de 2011, puis seuil CMUC + 30 % à partir de 2012.

Encadré 1

Dépenses de santé et exonérations du ticket modérateur

La forte augmentation des dépenses de santé survenant autour de 60 ans est en grande partie prise en charge par l'assurance maladie. Cela s'explique notamment par l'existence d'exonérations du ticket modérateur en ville et à l'hôpital permettant de maintenir l'accessibilité financière de l'ensemble des patients aux soins les plus onéreux. Ainsi, cette exonération est accordée notamment pour chacun des trois motifs suivants :

- le patient souffre d'une affection de longue durée (ALD)
- les actes pratiqués à l'hôpital ont un tarif supérieur à 91 € (barème 2008)
- la durée de l'hospitalisation dépasse 30 jours

Si un seul de ces motifs suffit pour être exonéré de certains frais de santé, l'étude sur le coût du dispositif ALD publiée dans le présent ouvrage ([1]) explique dans quelle mesure les motifs d'exonérations peuvent se cumuler. Ainsi, selon cette étude, 92 % des personnes en ALD ont utilisé au moins un autre motif d'exonération pour leur consommation de soins de ville en 2009 (données Régime Général).

Ces situations devenant plus courantes avec l'âge, les remboursements moyens de l'Assurance Maladie sont mécaniquement plus élevés pour les tranches de la population les plus âgées.

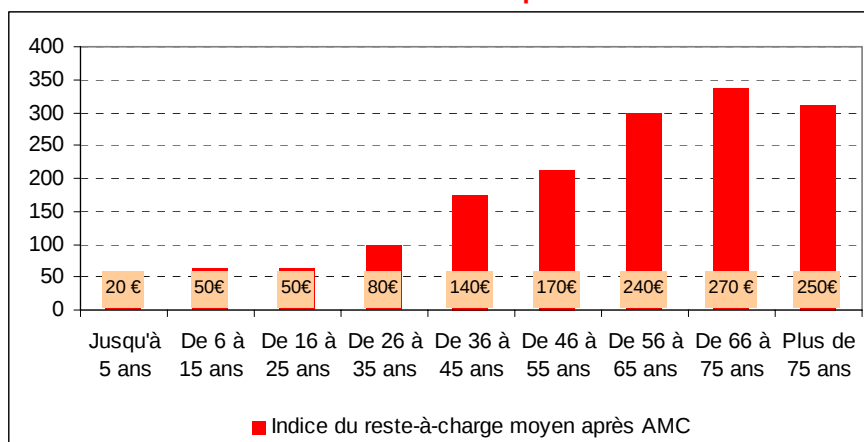
Une étude de la Drees, parue dans l'édition précédente de cet ouvrage (0), montre par ailleurs le rôle essentiel que joue l'assurance maladie dans ces configurations. Ainsi, grâce à ces exonérations, les patients les plus malades, aux dépenses moyennes six fois plus élevées que le reste de la population, ont un reste-à-charge avant assurance complémentaire 1,5 fois plus important seulement. Les exonérations du ticket modérateur, en limitant les montants assurables par les couvertures complémentaires facilitent ainsi la non-prise en compte de l'état de santé par ces mêmes organismes.

Les dépenses croissent plus rapidement que les remboursements : le reste-à-charge augmente avec l'âge

L'étude du reste-à-charge, défini comme la différence entre les dépenses de santé et les remboursements obligatoires et complémentaires, permet d'apprécier plus justement l'évolution des remboursements avec l'âge. Ainsi, il ne faut pas oublier que si les dépenses et les remboursements de l'assurance maladie sont très élevés pour les deux dernières classes d'âge, la charge financière supportée directement par ces individus est elle aussi à son niveau le plus haut.

Le graphique 4 ci-dessous fait apparaître l'évolution du reste-à-charge avec l'âge : alors qu'un individu de 46 à 55 ans a à sa charge 170 €, une personne de 10 ans son aînée doit s'acquitter en moyenne de 240 € par an pour le financement direct de ses dépenses de santé. Ainsi, le RAC final augmente de 200 % entre la classe d'âge 26-35 ans (base 100) et celle des 56-65 ans (indice 300).

Graphique 4 : Indice et montant des restes-à-charge moyens après intervention de la couverture maladie complémentaire



Sources : Ines-Omar 2008.

Champ : dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie ; individus couverts par une assurance maladie complémentaire.

Note de lecture : le reste-à-charge final augmente de 213 % (indice 313) entre les classes d'âge « 26-35 ans » (base 100) et « plus de 75 ans » ; une fois obtenus les remboursements de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, un individu âgé de plus de soixante-quinze ans paie en moyenne et sur un an 250 €.

1.2. Le financement de l'assurance maladie obligatoire : cotisation et CSG

Les ménages participent au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) par le biais des cotisations et des contributions sociales.

Ainsi une partie de la CSG est affectée à la branche maladie de la Sécurité sociale. Cette part de CSG représente plus du tiers du financement de l'assurance maladie. La CSG est un impôt proportionnel sur une assiette de revenus très large qui comprend les revenus d'activité, salariés ou non, les revenus de remplacement (principalement chômage et retraite), les revenus du patrimoine et de placement et les revenus des jeux. Ces derniers ne sont pas pris en compte dans l'étude et la CSG sur les revenus du capital n'est modélisée qu'imparfaitement par manque de données sur la nature des prélèvements effectués à la source⁵.

Le taux de CSG applicable dépend de la nature du revenu. Les revenus du patrimoine et les produits de placement sont assujettis à la CSG au taux de 8,2 % dont 5,95 points sont affectés à la branche maladie de la Sécurité sociale. Les salaires sont soumis au taux de 7,5 % sur une assiette correspondant à 97 % de la rémunération brute (5,29 points sont affectés au financement de l'AMO). Le taux applicable aux pensions de retraites et aux allocations chômage est quant à lui variable selon le niveau de revenus du foyer fiscal (*tableau 1*). Néanmoins, les taux maximaux sur chacun de ces revenus de remplacement restent moins élevés que celui pratiqué sur les revenus d'activité.

Tableau 1 : Taux de CSG sur les revenus de remplacement

	Assiette	Taux de CSG (dont part affectée à la branche maladie)		
		Si Revenu fiscal de référence (RFR) en 2006 < seuil	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 < 61 €	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 > 61 €
Retraites et pensions d'invalidité	Totalité de la pension	0,0 %	3,8 % (3,80pts)	6,6 % (4,35pts)
Allocations chômage et préretraite	97 % de l'allocation journalière brute	0,0 %	3,8 % (3,80pts)	6,2 % (3,95pts)

Note : le seuil correspond au seuil d'allègement de la taxe d'habitation. Pour la CSG sur les revenus 2006 il correspond à un seuil de RFR en 2006. Il est égal à 9 437€ + 5 040€ * (nombre de parts du quotient familial – 1).

La branche maladie reçoit également des cotisations sociales salariales et patronales via les salaires. Dans cette étude les cotisations patronales sont prises en compte (*voir encadré 2*) et attribuées aux salariés correspondants. Les cotisations patronales représentent plus de 90 % des cotisations sociales reçues par la branche maladie. Dans le régime général et hors dispositifs d'allègement pour les bas salaires (allègements Fillon), le taux de cotisations patronales pour le risque maladie et maternité est de 12,8 %.

La branche maladie reçoit également des cotisations des non-salariés. En revanche les cotisations salariales affectées au risque maladie le sont plus spécifiquement au financement des indemnités journalières et ne sont donc pas prises en compte dans cette étude.

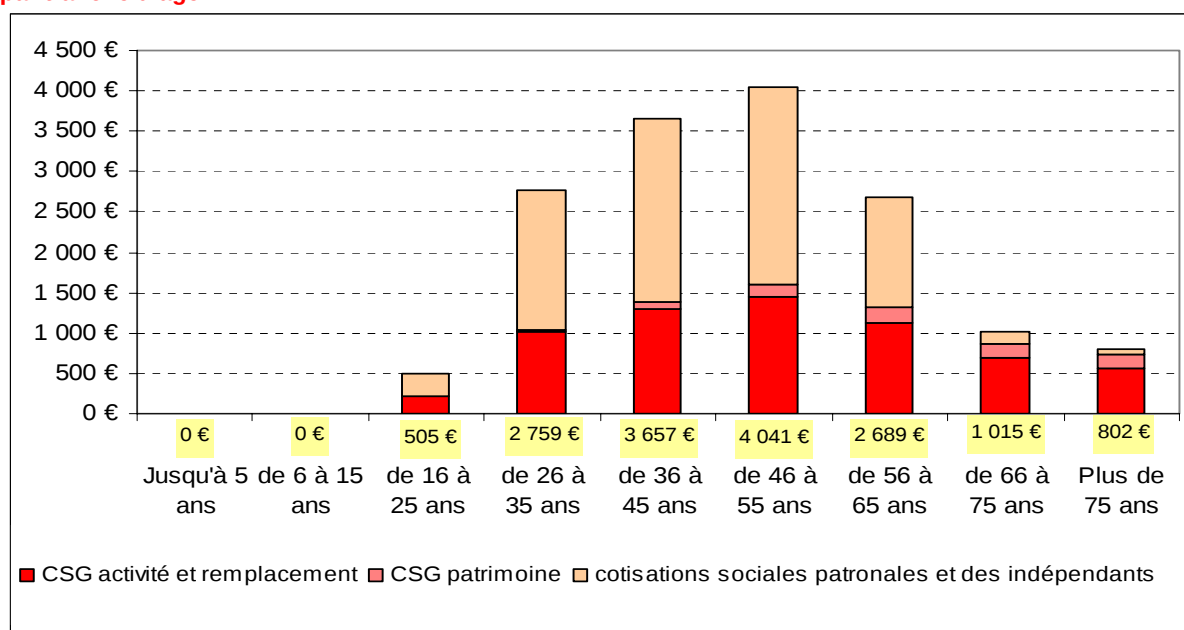
Des règles d'imposition qui font peser le financement de l'AMO principalement sur les actifs

Les enfants sont totalement exonérés (en vertu notamment du choix d'affectation des prélèvements effectué). Un individu âgé de 26 à 65 ans paye en moyenne plus de 2 600 € par an avec un maximum pour la tranche d'âge de 46 à 55 ans dans laquelle un individu paye en moyenne 4 041 € de contributions et de cotisations maladie par an. Ces montants décroissent ensuite pour atteindre 1 015 € en moyenne chez les 56 à 75 ans et 802 € pour les personnes âgées de plus de 75 ans (*graphique 5*).

Cette disparité est moins forte si l'on ne considère que les montants de CSG. Le rapport n'est plus que de 1 à 2 entre la tranche d'âge qui paye le plus et celle qui paye le moins dans la mesure où les retraités ne sont pas, par définition, soumis aux cotisations patronales. Outre l'effet taux, cet écart est imputable aux différences de revenus selon l'âge. Les plus de 65 ans ont en effet en moyenne des revenus inférieurs de 11 % à ceux des 46-65 ans.

⁵ Tous ces prélèvements se font à titre individuel sauf la CSG sur les revenus du capital. Pour cette dernière, le choix fait dans cette étude est de l'attribuer à parts égales à la personne de référence et à son conjoint le cas échéant. En conséquence, aucun enfant ne se voit attribuer de CSG patrimoine.

Graphique 5 : Montant moyen de contributions et de cotisations sociales affectées à la branche maladie par tranche d'âge



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ensemble des individus dans des ménages ordinaires métropolitains.

Note de lecture : Un individu âgé de 46 à 55 ans participe en moyenne à hauteur de 4 041 € par an au financement de la branche maladie dont 1 440 € de CSG activité et remplacement, 151€ de CSG patrimoine et 2 450 € de cotisations patronales et des indépendants.

1.3. Contrats collectifs et individuels : deux logiques différentes de fixation des primes

Hormis les personnes assurées au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la souscription d'une couverture maladie complémentaire implique le paiement de primes à l'organisme assureur. Les données disponibles à ce jour ne permettent pas de connaître ces cotisations de façon détaillée. Cependant, l'enquête menée par la Drees sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires nous renseigne sur la masse financière collectée au titre d'un contrat ainsi que sur le nombre d'assurés pour ce même contrat. C'est entre autres sur la base de ces données que nous parvenons à estimer des cotisations individuelles.

Suivant le type de contrat – individuel ou collectif – le mode de calcul des primes versées aux organismes complémentaires n'est pas le même.

Contrat collectif

L'expression « contrat collectif » renvoie aux contrats d'assurance maladie complémentaire proposés aux salariés par l'intermédiaire de leur employeur ou de leur branche professionnelle. Ces contrats peuvent être à souscription facultative ou obligatoire. Les garanties proposées s'appliquent ainsi de manière uniforme à un groupe de salariés (cadres / non-cadres par exemple) ou à l'ensemble du personnel de l'entreprise. Selon les résultats de l'enquête PSCE menée par l'Irdes (0), 72 % des salariés se voient proposer un contrat collectif.

La mise en place de ce type de contrats permet de répondre aux problèmes d'information imparfaite existant dans le champ de l'assurance. En proposant un contrat unique à un groupe de salariés d'une même entreprise, l'organisme assureur contracte avec une population dont l'état de santé est considéré en moyenne meilleur que celui des inactifs du même âge. Sur le plan théorique cela permet d'éviter l'anti sélection. De plus, assurer un groupe plutôt qu'un individu permet de mutualiser les risques.

Côté financement, ces contrats s'appuient le plus souvent à la fois sur l'employeur et l'employé : une part des cotisations est payée par l'assuré lui-même, le reste est financé par une participation de l'employeur. Enfin dans de nombreux cas, l'existence de forfaits famille implique que le rattachement d'ayants-droit au contrat n'entraîne pas de surcoût pour l'assuré.

Ainsi, le caractère collectif de ces contrats d'entreprise et leur mode de tarification – cotisations identiques pour des assurés avec ou non des ayants-droit – font qu'il est possible de les rapprocher

de la logique de l'assurance maladie : la couverture du risque individuel n'est pas le seul fondement de ce type d'assurance.

Encadré 2

Périmètre des recettes retenues dans la modélisation

Assurance maladie obligatoire (AMO)

Les résultats de l'étude dépendent fortement du périmètre des prélèvements pris en compte.

Sont retenues ici la part maladie de la CSG ainsi que les cotisations sociales patronales et non salariées du risque maladie. La question de l'incidence fiscale se pose pour le traitement des cotisations patronales. L'hypothèse retenue ici est de considérer que les cotisations patronales sont *in fine* payées par les salariés et doivent donc être comptabilisées dans les différents soldes que l'on calcule. Ce choix économique est en outre conforté par la prise en compte des cotisations sociales des indépendants pour lesquelles la distinction entre part salariale et part patronale n'a pas de sens.

Les recettes fiscales (droits alcool, tabac, médicament etc.) sont en revanche exclues. D'un point de vue fiscal ces recettes n'ont pas lieu d'être individualisées et elles ne sont en outre pas aisément individualisables dans l'absence d'une structure fine de la consommation et ne sont donc pas comptabilisées dans le modèle. Le biais éventuel introduit est de toute façon très faible. Le montant total de ces recettes s'élève à 14 Mds € contre 119 Mds € en 2008 pour les cotisations sociales et la CSG maladie. L'absence de cette partie du financement ne modifie donc pas les résultats et les conclusions présentés ici.

Enfin la branche maladie reçoit également des produits techniques (dont des transferts entre caisses) qui ne sont pas modélisés ici. Là encore, cela n'affecte pas les conclusions de l'étude puisque d'une part, dans le cadre de ce travail sur données individuelles on peut considérer que ces diverses sources de financement ne pèsent pas directement sur le budget des ménages et que d'autre part le but de la micro-simulation n'est pas ici de reconstituer le bilan de l'AMO.

Assurance maladie complémentaire (AMC)

Dans le champ des couvertures complémentaires, seuls les contrats collectifs et certains contrats individuels de la fonction publique sont co-financés par l'assuré et son employeur. Ici encore, les primes calculées dans cette étude et associées à chaque assuré n'ont pas été décomposées entre financement par le salarié et financement par l'employeur. Deux raisons principales motivent ce choix méthodologique.

Tout d'abord, dans le cas de contrats collectifs pour lesquels la participation de l'employeur est en moyenne de 58 %, cette participation peut être assimilée à un salaire indirect (0). Surtout, pour les contrats collectifs obligatoires et responsables – mis en place dans trois quarts des établissements proposant un contrat collectif – les primes totales (parts salarié et employeur) sont déductibles des revenus imposables du salarié (Art 83 - 1^{er} quater du Code général des impôts), dans la limite d'un plafond annuel fixé par la législation. Au-delà de ce plafond, les montants sont à ajouter aux revenus imposables. De même, l'employeur est exonéré de charges sociales sur sa participation.

Enfin, ce choix de ne pas distinguer les cotisations du salarié et de l'employeur permet de traiter de manière homogène le financement de l'AMO et de l'AMC.

Retraite et portabilité des contrats collectifs

Par ailleurs, si le passage de l'activité à la retraite se traduit, pour le financement de l'assurance maladie, par l'application d'un taux réduit de CSG (*cf. supra*), la souscription d'un contrat collectif entre quant à elle dans le cadre de la loi Évin (31 décembre 1989). Celle-ci stipule que le passage à la retraite ne doit pas entraîner, pour l'assuré d'un contrat collectif, une hausse de tarif supérieure à 50 %⁶. L'organisme doit par ailleurs proposer à l'assuré un contrat offrant des garanties équivalentes aux précédentes (0).

Cependant, le taux de 50 % fixé par la législation s'appliquant à la cotisation globale de l'assuré (*i.e.* y compris la participation de l'employeur), celui-ci peut voir le montant qu'il paie *effectivement* être multiplié par 3 lors de sa cessation d'activité (dans le cas où la participation de son employeur représenterait la moitié du montant global).

Contrat individuel

Les autres contrats, souscrits directement par les assurés auprès de l'organisme de couverture maladie complémentaire, sont appelés contrats individuels⁷. L'assureur prend alors en charge un risque propre à une personne bien définie. Alors que dans le cadre des contrats collectifs la tarification

⁶ Par le décret n°90-769 du 30 août 1990.

⁷ Y compris les contrats proposés aux agents des fonctions publiques.

se fait suivant le niveau de risque du groupe, la tarification est ici individualisée en fonction du niveau de risque de l'assuré.

Ainsi, les résultats de l'enquête menée par la DREES sur les contrats les plus souscrits montrent que près de 80 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal payent des cotisations dépendant de leur âge. Cette proportion s'élève même à quasiment 100 % lorsque l'organisme est une société d'assurance (O). D'autres critères tels que le lieu de résidence et les revenus sont aussi pris en compte, mais dans une moindre mesure. Globalement, cela conduit les personnes âgées à payer sensiblement plus cher leur couverture complémentaire et ce, parfois, pour de moindres garanties.

Enfin, le rattachement d'ayants-droit à un contrat individuel entraîne, dans la majorité des cas, une augmentation des cotisations. Dès lors, dans la méthodologie de construction du modèle Ines-Omar se pose la question de l'individualisation des primes versées aux organismes de couverture maladie complémentaire⁸.

Encadré 3

Individualisation des cotisations versées aux organismes de couverture complémentaire

Les cotisations versées aux organismes de couverture complémentaire n'étant pas connues au niveau individuel, deux hypothèses de travail ont été retenues pour individualiser le coût d'un contrat au sein d'un ménage:

1) À première vue, chaque contrat, qu'il soit « individuel » ou « collectif », étant souscrit par un seul membre du ménage, les cotisations sont entièrement supportées par l'assuré principal et les autres bénéficiaires de ce contrat ont des cotisations nulles (*hypothèse 1*).

2) Pourtant, dans une logique assurantielle, chaque nouveau bénéficiaire a un coût : il semble donc plus cohérent de faire supporter les cotisations à l'ensemble des bénéficiaires. Ce raisonnement s'applique totalement au cas des contrats individuels. Concernant les contrats collectifs, les logiques prévalant à la mise en place de la couverture ne sont pas les mêmes, et le fait de rattacher un ayant-droit à une couverture complémentaire n'entraîne pas nécessairement de surcoût. Dans cette seconde hypothèse, les cotisations versées aux OC sont donc équi-réparties entre les bénéficiaires de contrats individuels mais restent pleinement supportées par le souscripteur dans le cas de contrats collectifs (*hypothèse 2*).

Dans la suite de cette étude, c'est l'hypothèse 2 qui est retenue. Il convient toutefois de noter que si cette question est importante pour l'interprétation des résultats propres aux classes d'âge jeunes (constituant la majorité des ayants-droit), elle est relativement marginale pour les autres classes d'âge. Le fait principal observé ici étant avant tout les transferts à l'œuvre entre catégories actives et personnes âgées.

2. Les transferts intergénérationnels : redistribution massive des actifs vers les personnes âgées et les enfants

Il s'agit ici de mettre en regard cotisations versées et prestations perçues. Ainsi, pour chaque tranche d'âge, il est possible de calculer la différence entre les remboursements moyens de l'assurance maladie et des organismes complémentaires et les contributions respectives moyennes payées. Deux soldes sont obtenus, le solde AMO et le solde AMC. Ceux-ci font apparaître les tranches d'âge bénéficiaires et celles déficitaires, c'est-à-dire les tranches bénéficiaires ou contributives aux transferts intergénérationnels.

Il est également possible de présenter les résultats sous la forme de rapport des cotisations aux remboursements : ce ratio peut s'analyser comme un taux d'autofinancement moyen permettant d'identifier directement les classes d'âge pour lesquelles une partie des dépenses de santé doit être financée par d'autres.

Ainsi, pour les classes d'âge allant de 26 à 65 ans, ce taux est largement supérieur à 100 %⁹ pour l'AMO tout comme pour l'AMC. Ces quatre classes d'âge permettent donc, par les contributions

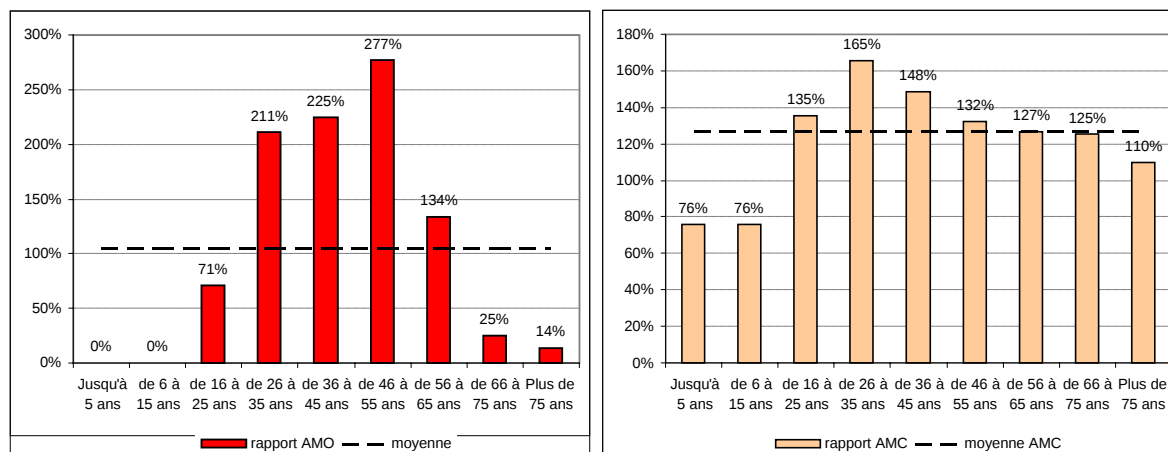
⁸ Par ailleurs, la méthodologie de calcul des primes versées pour un contrat individuel prend en compte le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

⁹ Le taux moyen n'est pas égal à 100 dans la mesure où l'on ne cherche pas ici à réaliser les bilans comptables complets de l'AMO et de l'AMC. Pour l'AMO, côté financement, on ne tient pas compte des ressources fiscales et des transferts. Du côté des dépenses on ne tient pas compte ni des transferts ni des frais de gestion. On ne reconstitue en outre que 90 des prestations versées par l'AMO au niveau national. L'enquête à l'origine des valeurs imputées dans le modèle ne couvre pas en effet le champ des personnes en institutions.

Pour l'AMC, on ne tient pas compte des frais de gestion et de la contribution au fonds CMU.

qu'elles versent, de financer l'ensemble de leurs remboursements mais aussi une grande partie des remboursements du reste de la population. Le rapport contributions moyennes sur remboursements moyens s'élève ainsi, pour les 46-55 ans côté AMO, à près de 280 % (*graphique 6*) contre 104 % en moyenne. Si ce constat est impressionnant du fait des valeurs élevées prises par les taux, il reste néanmoins tout-à-fait normal pour un système d'assurance sociale dont le financement est fondé majoritairement sur les revenus d'activité.

Graphique 6 : Contribution moyenne au financement rapportée aux remboursements moyens, pour l'AMO et l'AMC



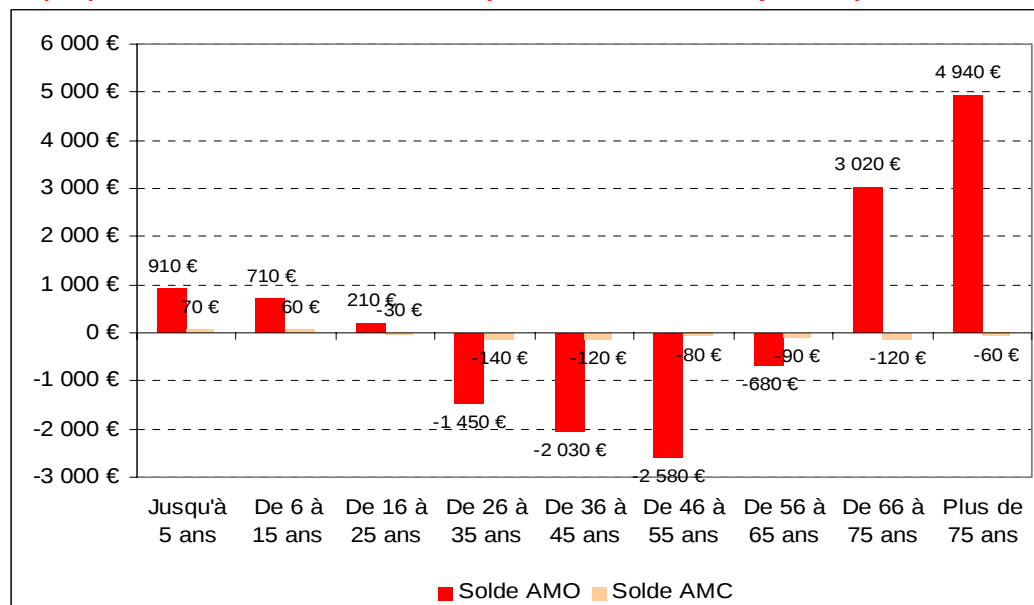
Source : Ines-Omar 2008.

Champ : Pour l'AMO, ensemble de la population. Pour l'AMC, tout individu bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire. L'individualisation des primes se fait ici selon l'hypothèse 2 qui n'attribue pas de cotisations aux ayants-droits des contrats collectifs (cf. supra). Hors recettes indivisibles et frais de gestion (cf. note de bas de page, n°9, page 40).

Note de lecture : un individu âgé de 46 à 55 ans contribue en moyenne à hauteur de 277 % aux remboursements moyens versés par l'assurance maladie à chaque membre de sa classe d'âge. Pour la même classe d'âge, un individu couvert par une assurance maladie complémentaire contribue à celle-ci en moyenne à hauteur de 132 % aux remboursements moyens qu'elle lui verse. Pour l'ensemble des personnes concernées les taux moyens s'établissent à 104 % pour l'AMO et 126 % pour l'AMC.

Concernant l'assurance maladie Obligatoire (AMO)

Graphique 7 : Solde 'Remboursements moyens - contributions moyennes' pour l'AMO et l'AMC



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : Pour l'AMO, ensemble de la population. Pour l'AMC, tout individu bénéficiant d'une couverture maladie complémentaire. L'individualisation des primes se fait ici selon l'hypothèse 2 qui n'attribue pas de cotisations aux ayants-droits des contrats collectifs (cf. supra). Hors recettes indivisibles et frais de gestion (cf. note de bas de page, n°9, page 40).

Note de lecture : un individu de 6 ans, pris en charge par un organisme de couverture maladie complémentaire, reçoit de la part de celui-ci en moyenne 60 € de plus que les primes moyennes qu'il verse. Pour ce même individu, le solde AMO s'élève en moyenne à 710 €.

Les soldes moyens AMO ont une amplitude également très importante, de - 2 580 € pour les individus de 46 à 55 ans jusqu'à 4 940 € pour les individus de plus de 75 ans (*graphique 7*). Cela s'explique à la

fois par la structure de financement (supporté largement par les actifs) mais également par le poids des remboursements de l'AMO (*graphique 3*). L'ampleur de ses soldes caractérise l'importance des transferts des actifs vers les personnes âgées opérés par l'AMO.

Concernant l'assurance maladie complémentaire (AMC)

Dans le champ de l'AMC, les soldes annuels moyens calculés sont faibles. Entre les soldes AMC et AMO, les rapports sont de l'ordre de 1 à 10. L'action des organismes de couverture maladie complémentaire est donc relativement faible et en tout cas, sans commune mesure avec les transferts observés dans le champ de l'assurance maladie (*graphique 7*).

Dans la mesure où les frais de gestion ne sont pas pris en compte ici¹⁰ le solde moyen 'Cotisations – Prestations' est, hormis pour les classes d'âge très jeunes, toujours négatif. Cela signifie donc qu'en moyenne, un individu de plus de 15 ans verse des cotisations d'un montant annuel supérieur aux prestations qu'il reçoit au titre de sa couverture maladie complémentaire. Le fait que les soldes soient positifs pour les moins de 15 ans résulte en grande partie de la méthode d'individualisation des primes choisie pour les contrats collectifs. En effet, pour cette catégorie de contrats, les ayants-droit (les enfants le plus souvent) ne se voient pas attribuer de cotisations, celles-ci étant en totalité supportées par l'assuré principal. Même s'ils ne sont pas essentiels, car fictifs d'une certaine façon, nous sommes bien ici en présence de transferts intergénérationnels, les parents cotisant pour les remboursements complémentaires de leurs enfants.

Pour les autres tranches d'âge, ce graphique montre aussi une très faible évolution du solde moyen concernant l'AMC : même si celui-ci oscille tantôt en-dessous, tantôt au-dessus de -100 €. On peut constater qu'il décroît légèrement entre la tranche d'âge 26-35 ans et celle des 56-65 ans : il y aurait donc, mais de manière marginale, des transferts entre plus jeunes et plus vieux (*graphique 6*).

En conclusion, dans le champ de l'AMC, si des transferts intergénérationnels sont observés, ils restent marginaux. L'assurance maladie quant à elle permet des transferts massifs entre classes d'âge, notamment en direction des plus âgés.

3. Des transferts déterminés avant tout par l'état de santé

Si le solde d'un groupe donné peut globalement être négatif cela ne signifie pas pour autant que l'ensemble des individus cotise plus que ce qu'il reçoit. Au sein de chaque tranche d'âge, il y a toujours une part de mal-portants qui bénéficient de la couverture maladie, qu'elle soit publique ou privée. On s'intéresse donc ici aux transferts à l'œuvre au sein de chaque classe d'âge.

Une telle appréhension du sujet, avec une observation de la distribution des soldes individuels n'est bien sûre rendue possible que par la finesse de la source utilisée, fondée sur des méthodes de micro-simulation.

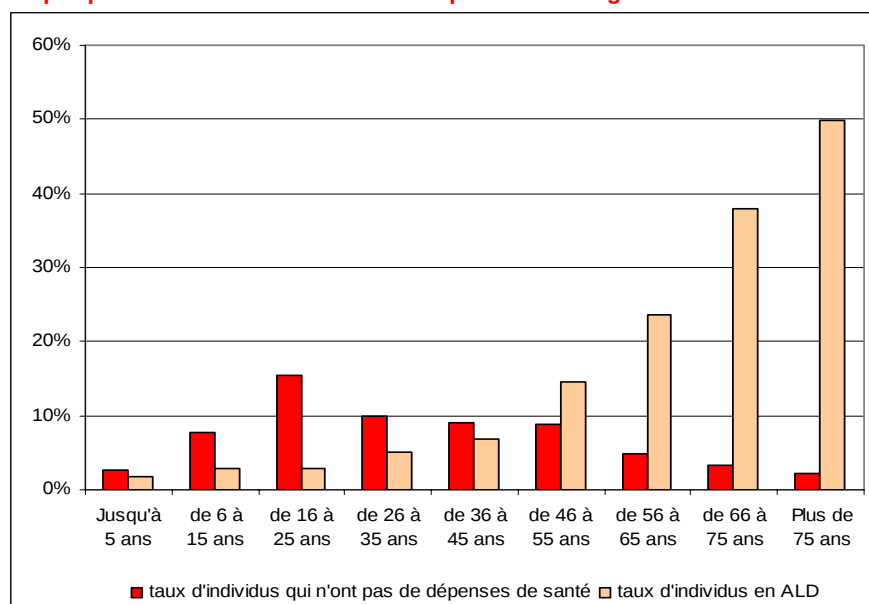
État de santé et concentration des dépenses

Le risque maladie peut survenir à tout âge et l'on retrouve dans chaque classe des individus dont le solde vis-à-vis de l'assurance maladie est positif. L'assurance maladie n'est en effet pas seulement un outil de transfert intergénérationnel mais surtout un outil de transfert entre malades et bien portants.

La part d'individus sans dépense de santé au cours de l'année est faible, culminant à 16 % chez les individus de 16 à 25 ans. Pour toutes les autres tranches d'âge, elle est inférieure à 10 % (*graphique 8*). Cette faible proportion est imputable aux dépenses de généralistes, chacun ayant le plus souvent au moins une consultation dans l'année. Si on s'intéresse au risque lourd, par exemple à la part de personnes en ALD, on constate que celle-ci est beaucoup plus faible pour les individus jeunes que pour les individus des classes d'âge les plus élevées sans pour autant être nulle rappelant que les affectations lourdes également peuvent survenir à tout âge.

¹⁰ Sur cette question des frais inhérents aux contrats complémentaires, se référer notamment aux résultats publiés par l'Autorité de contrôle prudentiel et par la Drees (« La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » in rapport 2010) ainsi qu'à l'étude Drees sur les contrats les plus souscrits en 2009 (à paraître).

Graphique 8 : Taux d'individus en ALD par classe d'âge



Source : Ines-Omar 2008.

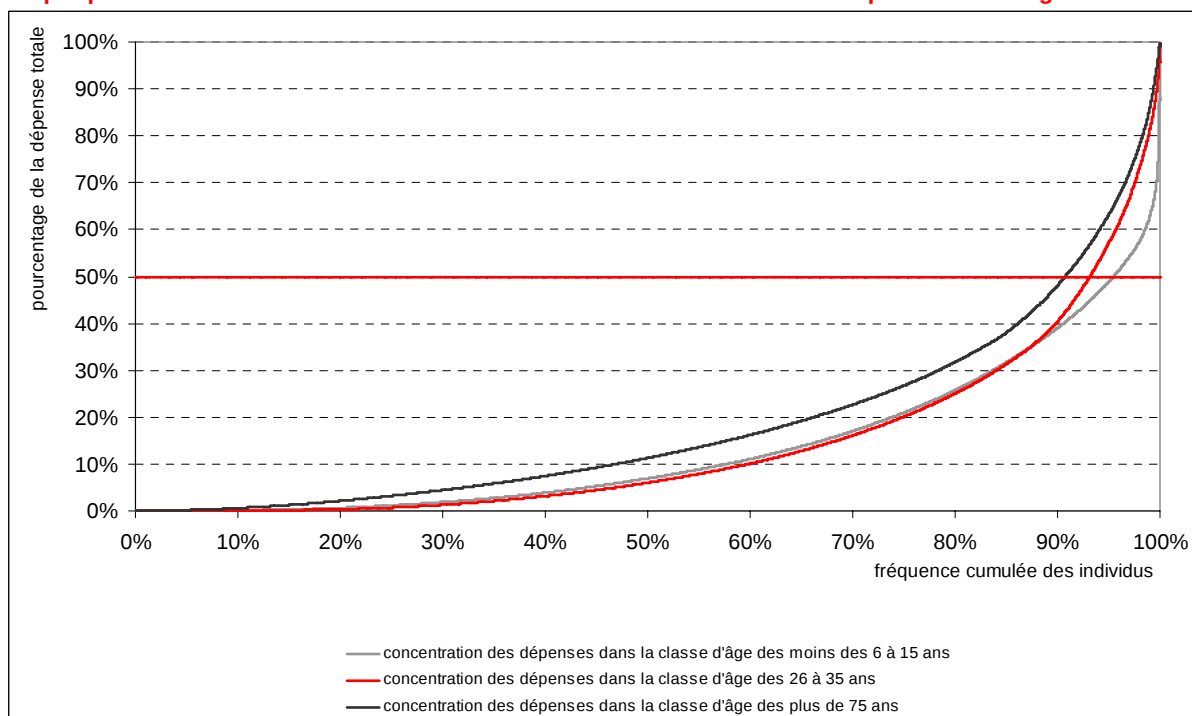
Champ : ensemble des individus dans des ménages ordinaires métropolitains.

Note de lecture : 3 % des individus de 6 à 15 ans sont en ALD.

8 % des individus de 6 à 15 ans n'ont pas de dépenses de santé dans l'année.

Le risque maladie étant plus élevé avec l'âge, la concentration des dépenses a néanmoins tendance à diminuer lorsque la tranche d'âge augmente (*graphique 9*) et le poids des dépenses des individus qui ont les dépenses les plus fortes diminue. Ainsi dans la tranche d'âge des 6-15 ans, 50 % de la dépense totale de la tranche d'âge est imputable aux 4,5 % d'individus qui ont les dépenses les plus importantes. Ce taux augmente à 6,8 % dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans et à 9,2 % chez les plus de 75 ans.

Graphique 9 : Courbe de concentration de la consommation totale de soins par tranche d'âge



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ensemble des individus dans des ménages ordinaires métropolitains.

Note de lecture : Parmi la tranche d'âge de 26 à 35 ans, les 50 % des individus qui ont les dépenses de santé les plus faibles représentent 6 % des dépenses totales de la classe d'âge.

Analyse détaillée suivant le solde global (solde AMO + solde AMC)

De manière plus détaillée enfin, il est possible d'étudier les dépenses moyennes et le reste-à-charge moyen selon l'âge en segmentant la population en deux groupes. D'un côté, les individus dont les remboursements AMO et AMC sont tels que leur solde global est supérieur au solde moyen de l'ensemble de la population ; et de l'autre, ceux qui, au contraire, ont un solde global inférieur au solde moyen. En réalité, et c'est ce que montre l'analyse des dépenses et des RAC, les individus dont le solde est supérieur ont des dépenses moyennes de cinq à dix fois plus élevées que les individus dont le solde est inférieur dans la même tranche d'âge : il s'agit donc d'individus à état de santé fortement dégradé. Cette proportion d'individus avec un solde global supérieur à la moyenne croît fortement à partir de la tranche d'âge 36 à 45 ans pour laquelle elle s'établit à 20 %. Chez les individus de 66 à 75, cette proportion atteint 61 % et 70 % chez les plus de 75 ans (Tableau 2).

Quatre cinquièmes des enfants ont quant à eux un solde supérieur au solde moyen : par défaut, ils ne participent pas au financement de l'assurance maladie ni au financement des contrats collectifs. Le solde d'une grande majorité de personnes âgées est dû également au moindre financement des personnes inactives mais également à des dépenses de maladie de niveau élevé.

Tableau 2 : Dépenses moyennes par classe d'âge

Tranche d'âge	Individus ayant un solde global inférieur au solde moyen			Individus ayant un solde global supérieur ou égal au solde moyen		
	% dans la pop.	Solde global moyen	Dépenses moyennes	% dans la pop.	Solde global moyen	Dépenses moyennes
Jusqu'à 5 ans	20,1 %	-140 €	160 €	79,9 %	1 250 €	1 380 €
De 6 à 15 ans	29,7 %	-160 €	130 €	70,3 %	1 160 €	1 310 €
De 16 à 25 ans	48,9 %	-940 €	250 €	51,1 %	1 360 €	1 640 €
De 26 à 35 ans	78,3 %	-3 150 €	560 €	21,7 %	4 540 €	5 850 €
De 36 à 45 ans	79,8 %	-4 080 €	720 €	20,2 %	6 000 €	7 690 €
De 46 à 55 ans	78,5 %	-4 480 €	960 €	21,5 %	4 180 €	5 870 €
De 56 à 65 ans	62,3 %	-3 420 €	1 100 €	37,7 %	3 860 €	5 450 €
De 66 à 75 ans	39,1 %	-1 420 €	1 060 €	60,9 %	5 810 €	7 320 €
Plus de 75 ans	30,1 %	-1 150 €	1 140 €	69,9 %	7 440 €	8 920 €

Source : Ines-Omar 2008.

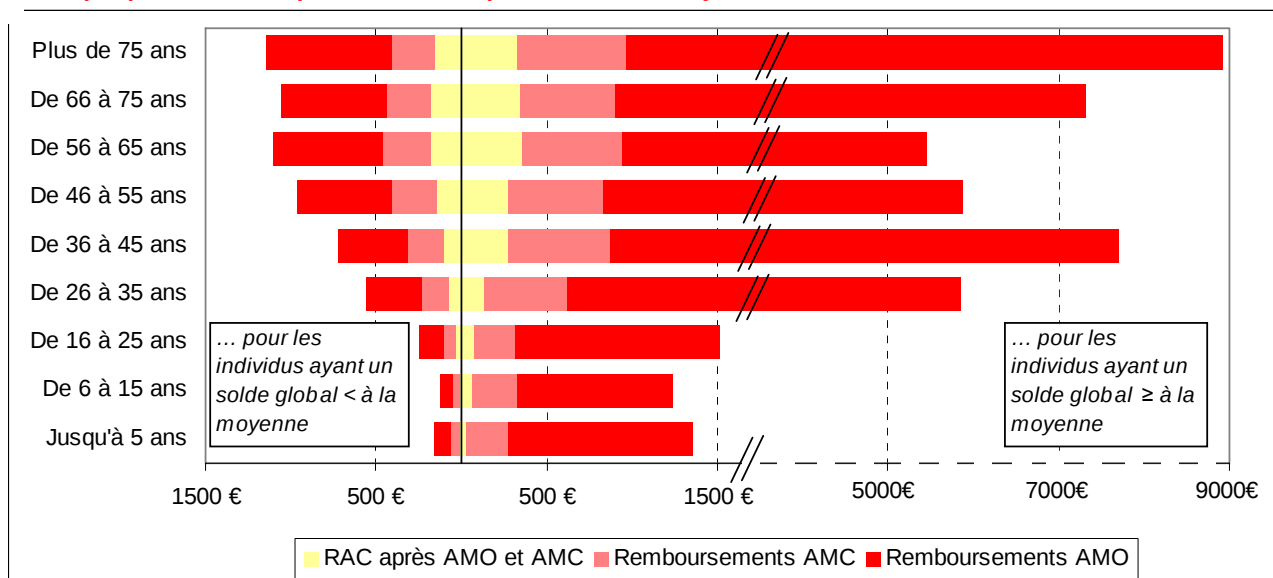
Champ : ensemble de la population. L'individualisation des primes se fait ici selon l'hypothèse 2 qui n'attribue pas de cotisations aux ayants-droits des contrats collectifs (cf. supra). Hors recettes indivisibles et frais de gestion (cf. note de bas de page n° 9, page 40).

Note de lecture : un individu de 26 ans ayant un solde inférieur au solde moyen (resp. supérieur) a un solde moyen de -3 150 € (resp. 4 540€) et des dépenses moyennes s'élevant à 560€ (resp. 5 850 €). Le solde moyen permettant de segmenter la population vaut 13 €.

Si l'on s'intéresse ensuite aux montants moyens des remboursements pour ces deux groupes de population, le premier constat est celui d'un fort différentiel dans les prestations obtenues (Graphique 10). En effet, par construction du solde, les individus qui ont des remboursements AMO et AMC élevés sont bénéficiaires en termes de solde. Pourtant, l'autre message qui apparaît vient immédiatement relativiser l'analyse de ces soldes supérieurs au solde moyen en termes de « bénéfices » : le reste-à-charge avant AMC (i.e. sur le graphique, lorsque seuls les remboursements AMO ont été enlevés) est, pour chacune des classes d'âge, plus élevé pour les individus à solde supérieur à la moyenne.

Ce constat est encore présent lorsque l'on s'intéresse au reste-à-charge après AMO et AMC. Ainsi dans une même tranche d'âge, le reste-à-charge moyen est beaucoup plus important chez les individus avec un solde supérieur à la moyenne que chez les autres individus : respectivement 360 € contre 180 € pour la classe d'âge 56 à 65 ans. De manière générale, le RAC des individus à solde supérieur à la moyenne est de deux à trois fois plus important que celui du reste de la population. Un solde élevé n'équivaut donc pas à un reste-à-charge nul ou réduit. Enfin, celui-ci a tendance à augmenter avec l'âge, pour avoisiner les 350 € pour les plus âgés.

Graphique 10 : Décomposition de la dépense annuelle moyenne



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ensemble de la population. L'individualisation des primes se fait ici selon l'hypothèse 2 qui n'attribue pas de cotisations aux ayants-droits des contrats collectifs (cf. supra). Hors recettes indivisibles et frais de gestion (cf. note de bas de page n°9, page 40).

Note de lecture : Les plus de 75 ans ayant un solde global supérieur à la moyenne ont une dépense annuelle moyenne avoisinant les 9 000 €. Parallèlement, ceux ayant un solde global négatif ont des dépenses de « seulement » 1 100 €. Pour les premiers, les remboursements AMO et AMC sont importants alors qu'ils sont, en valeur absolue, faibles pour les seconds. Cependant, le RAC après AMO et AMC des individus à solde supérieur à la moyenne est bien plus élevé que celui des individus à solde négatif.

Finalement, l'AMC parvient à diminuer le coût des soins en réduisant le RAC avant AMC d'environ 60 % pour chaque tranche d'âge. Toutefois, elle ne réduit pas intégralement les écarts de coûts existants entre les bien-portants et les plus malades.

Conclusion

Grâce au rapprochement de deux modèles de micro-simulation, Omar et Ines, cette étude a permis de mettre en perspective pour la première fois la nature des transferts intergénérationnels opérés par l'assurance maladie avec ceux opérés par les assurances complémentaires santé. Les résultats obtenus montrent que l'assurance maladie opère des transferts intergénérationnels massifs des actifs vers les retraités, tandis que ceux opérés par les assurances complémentaires sont plus faibles, voire mineurs au regard des premiers. Ce résultat tient à deux facteurs.

D'abord, AMO et AMC fonctionnent selon des logiques radicalement différentes. Les cotisations maladie qui financent l'AMO sont assises sur les revenus ; au contraire les primes des contrats complémentaires santé n'en dépendent pas (sauf exception pour quelques contrats collectifs ou pour les mutuelles de fonctionnaires). Par ailleurs, les cotisations maladie ne sont liées d'aucune manière au risque santé de l'individu, en revanche les primes des contrats complémentaires sont très fréquemment calculées en tenant compte de l'âge de l'assuré, ce qui, compte tenu du lien très fort entre âge et dépenses de santé, est une manière indirecte de tarifier partiellement au risque.

Ensuite, l'effet de ces différences de logiques sur la nature des transferts intergénérationnels est largement amplifié par les différences de périmètre d'intervention entre l'un et l'autre type de couverture. Plus précisément, le périmètre de l'assurance maladie obligatoire étant bien plus large que celui des assurances complémentaires, cela renforce mécaniquement l'ampleur des transferts intergénérationnels opérés par la première, au regard de ceux opérés par les secondes.

Il ne faudrait pas conclure trop rapidement de cette étude que l'assurance maladie obligatoire est « défavorable » aux actifs et « profitable » aux retraités. En effet, premièrement il faut garder à l'esprit que par construction, les « bénéficiaires »¹¹ sont avant tout des malades. Le qualificatif « profitable » est donc impropre. Deuxièmement, les transferts intergénérationnels mis en évidence par cette étude ne doivent pas masquer que l'assurance maladie opère avant tout des transferts entre « malades » et « bien portants », conformément à son objectif premier.

Aussi les transferts intergénérationnels révélés ici ne sont en réalité que la conséquence des transferts entre « malades » et « bien portants ». C'est d'ailleurs le sens des résultats de la troisième partie qui rappellent qu'il existe des « bénéficiaires » (au solde supérieur à la moyenne) à tout âge¹². Toutefois, compte tenu du lien entre l'âge et les dépenses de santé, et par conséquent entre l'âge et les remboursements de l'assurance maladie, les bénéficiaires sont plus nombreux dans les tranches d'âge extrêmes et leur solde plus élevé que celui des bénéficiaires des autres tranches d'âge.

En conclusion, dans un contexte où le partage entre assurance maladie et couverture complémentaire évolue, cette étude éclaire les enjeux redistributifs qui s'attachent à cette évolution.

¹¹ Qui selon l'indicateur retenu, sont des individus dont le solde remboursements – cotisations est supérieur au solde moyen calculé sur l'ensemble de la population.

¹² De fait une personne décédant prématurément, alors qu'elle encore en activité mais avec de nombreux soins dans ses derniers mois de vie, aura un solde positif dans sa dernière année de vie. Dans certains cas, une telle situation fera alors passer le solde à l'échelle du cycle de vie en positif. Attention donc à ne pas déduire de cette étude des résultats en termes de cycle de vie.

Annexe 1 : Ines-Omar, un outil de micro-simulation pour l'analyse des transferts dans le champ de la santé

Le développement des modèles de micro-simulation répond aux besoins croissants d'évaluation des politiques sociales ou redistributives, qu'il s'agisse de mieux en identifier les bénéficiaires ou de mieux en évaluer les coûts ou les conséquences sur l'équilibre économique. La micro-simulation s'oppose à l'analyse par cas types et offre des possibilités d'analyse bien supérieures ([2], [3], [4]).

L'outil Ines-Omar est le rapprochement de deux sources complémentaires permettant de mieux cerner les transferts économiques à l'œuvre dans le champ de la santé et à l'échelle individuelle. Le rapprochement de ces deux sources (Ines et Omar) se fait ici par micro-simulation. Les individus présents dans la base Ines se voient imputer des informations individuelles sur la base des observations et des mécanismes décrits dans Omar. Le rapprochement de deux bases de données par micro-simulation pour pallier l'absence de données exhaustives est une méthode couramment utilisée pour l'étude des transferts liés à la protection sociale (0, 0, [6], 0).

Omar

Omar, Outil de micro-simulation pour l'analyse des restes-à-charge, élaboré par la Drees depuis 2009 a permis dans de récentes études ([2], [3]) de renouveler l'approche du financement des dépenses de santé, notamment par une analyse plus fine du partage entre assurance maladie, couvertures complémentaires et ménages. Il s'agit ici de la principale source utilisée pour imputer des informations relatives à la santé et aux soins dans Ines.

Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'Irdes, l'appariement d'ESPS avec les données de l'assurance maladie disponibles dans l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas) et les informations récoltées dans l'Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires (ECPS) menée par la Drees.

La mise en cohérence de ces bases de données passe par trois étapes d'imputation. Dans un premier temps, une imputation des revenus permet de corriger la non-réponse et la non-réponse partielle (déclaration par tranche de revenus) dans ESPS. La deuxième phase d'imputation concerne les dépenses de santé : seule la moitié de la population d'ESPS est appariée avec l'Epas, la seconde moitié se voit donc imputer des dépenses de santé. Enfin, au cours d'une troisième et dernière phase d'imputation, chaque individu de l'enquête de l'Irdes se voit attribuer un contrat de couverture complémentaire issu de l'enquête de la Drees. Grâce à cette dernière imputation, les taux de remboursements complémentaires sont connus et il est possible, en appliquant ces taux aux dépenses imputées ou constatées, de calculer les montants versés par les organismes complémentaires.

Si la correction de la non-réponse sur les revenus est réalisée par équations d'imputation et résidus simulés, les deux autres imputations recourent-elles à la technique du hot deck stratifié. Cette méthode consiste à mettre en relation deux individus aux caractéristiques similaires afin d'imputer la variable d'intérêt absente pour l'un (le « receveur ») à partir de la valeur déclarée pour l'autre (le « donneur »). Concrètement, pour les dépenses de santé la population ESPS est stratifiée suivant certaines variables explicatives de la dépense (sexe, âge, couverture complémentaire etc.) puis, chaque individu présent dans la base mais non apparié avec l'Epas se voit attribuer un montant de dépenses égal à celui d'un individu présent dans la même strate mais apparié avec l'Epas. Pour les contrats complémentaires, les variables utilisées pour la stratification sont le type d'organisme, le caractère individuel ou collectif du contrat, la qualité des garanties (classification Drees) et la tranche d'âge de l'assuré.

En fin de compte Omar permet de connaître, pour 22 000 individus (population ESPS), les dépenses de santé, les remboursements versés par l'assurance maladie, les remboursements versés par une éventuelle couverture maladie complémentaire et enfin, les cotisations versées à l'organisme complémentaire le cas échéant.

Ines

Le principe du modèle de micro-simulation Ines, développé par la Drees et l'Insee, consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi en continu (EEC), les informations administratives de la Cnaf et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

On calcule pour chaque ménage les différents transferts monétaires (selon sa composition familiale, l'activité de ses membres et son revenu imposable). L'étude menée correspond à une analyse statique des transferts monétaires qui permet d'évaluer, au premier ordre, dans quelle mesure les transferts modifient à une date donnée la distribution des richesses. Le modèle Ines ne tient en effet pas compte des changements de comportement des ménages en matière de fécondité ou de participation au marché du travail que pourraient induire les évolutions des dispositions de la législation socio-fiscale.

Le modèle Ines simule les prélèvements sociaux et fiscaux directs, comprenant les cotisations dites « redistributives » (logement, famille, accident du travail, décès, taxes diverses au titre des transports et de l'apprentissage), la CRDS, la CSG hors maladie, l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation.

L'inobservabilité dans l'enquête des paramètres nécessaires au calcul de certaines prestations limite le champ de la redistribution examiné. Les principales omissions concernent l'allocation unique dégressive pour les chômeurs en fin de droits, la règle du cumul intégral du rSa et des revenus professionnels lors de la reprise d'un emploi, le rSa jeunes, les taxes et aides locales (en dehors de la taxe d'habitation) et l'impôt de solidarité sur la fortune. Le modèle de micro-simulation couvre toutefois 90 % des prestations sans contrepartie et 22 % des prélèvements obligatoires.

Rapprochement des deux sources

La population Ines étant plus nombreuse que la population Omar (161 000 contre 22 000 individus), Ines-Omar est construit comme la greffe d'un module Omar sur l'outil Ines.

Utilisant des méthodes identiques à celles mises en œuvre pour l'élaboration d'Omar, le rapprochement des deux sources se fait en trois temps :

- 1) Imputation d'une éventuelle couverture maladie complémentaire pour les ménages ne recourant pas à la CMU-C. Le recours à la CMU-C est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire. La réalisation de cette imputation à l'échelle du ménage permet de conserver la corrélation observée entre les remboursements complémentaires des différents membres d'un même ménage.
- 2) Imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel. Seules les dépenses disponibles directement dans l'appariement ESPS-Epas sont utilisées. Cette étape arrive dans un deuxième temps dans la mesure où la première imputation fournit une information sur la couverture maladie complémentaire qui permet d'encadrer l'imputation des dépenses de santé.
- 3) Application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

Le schéma ci-dessous retrace les imputations et calculs effectués permettant d'aboutir à Ines-Omar :

Omar			Ines-Omar		
22 000 individus 8 000 ménages EPAS-ESPS ; ECPS			161 000 individus 70 000 ménages EEC ; ERFS		
ESPS	Informations socio-économiques et sanitaires Revenus Déclarés (avec correction de la non-réponse par équations et résidus simulés)	→ imputation	Informations socio-économiques Revenus et cotisations Déclarés et/ou constatés	Ines	Module Omar
	Couvertures complémentaires déclarées (aucune, CMU-C, privée)		Ménages éligibles à la CMU-C déduits sur barème		
ECPS	Contrats de couverture complémentaire imputés	→ imputation	Types de couverture complémentaire et contrats (le cas échéant) imputés au niveau ménage		
EPAS	Dépenses de santé et remboursements AM constatés	→ imputation	Dépenses de santé et remboursements AM imputés au niveau individuel		
	Dépenses de santé et remboursements AM imputés		Remboursements AMC calculés au niveau individuel		

Annexe 2 : Les transferts de revenus opérés par l'assurance santé (obligatoire et complémentaire)

L'assurance maladie, qu'elle soit obligatoire ou complémentaire, contribue à transférer des revenus (principalement des bien portants vers les malades mais pas seulement) par le jeu des cotisations versées (prélèvements obligatoires pour l'assurance maladie et primes d'assurance pour les assurances complémentaires) et des prestations en nature reçues (qui prennent la forme de remboursements des dépenses engagées par l'individu pour se soigner).

Pour le voir, nous repartons du salaire super brut de l'individu. Pour simplifier le propos, abstraction est faite ici des autres formes de prélèvements et des autres revenus de transferts. Les prendre en compte compliquerait les écritures, sans changer le raisonnement.

Avant tout prélèvement obligatoire, l'individu dispose d'un salaire super brut $R_{superbrut}$. Sur ce salaire lui sont prélevées les cotisations maladie (employeur et employé) $Cotis_{AMO}$, de sorte qu'il lui reste alors R_{net} défini par $R_{superbrut} = Cotis_{AMO} + R_{net}$.

En engageant des dépenses de santé Dep , l'individu reçoit un remboursement $Remb_{AMO}$ de la part de l'assurance maladie. Grâce à l'achat d'une assurance complémentaire, en l'échange du versement d'une prime $Cotis_{AMC}$, il reçoit un remboursement $Remb_{AMC}$ pour ces mêmes dépenses.

Au final, l'écriture de l'équilibre emplois/ressources conduit à l'égalité comptable suivante :

$$Remb_{AMO} + Remb_{AMC} + R_{net} = Dep + Cotis_{AMC} + R_{dispo}$$

Qu'on réécrit :

$$R_{dispo} = R_{superbrut} - Dep + T$$

Avec :

- $T_{AMO} = Remb_{AMO} - Cotis_{AMO}$: le transfert opéré par l'assurance maladie
- $T_{AMC} = Remb_{AMC} - Cotis_{AMC}$: celui opéré par l'assurance complémentaire
- $T = T_{AMO} + T_{AMC}$: le *transfert total* opéré par l'assurance maladie et l'assurance complémentaire

Bibliographie

- [1] Baillot A. (2011) : « Une estimation par excès du surcoût du dispositif des Affections de longue durée pour le Régime général d'assurance maladie », *Comptes Nationaux de la Santé 2010*, DREES, septembre 2011.
- [2] Blanchet D. (1998) : « La micro-simulation appliquée à l'analyse des politiques sociales », *Économie et statistique*, n° 315, 1998-5.
- [3] Bourguignon F. et Spadaro A. (2003) : « Les modèles de micro-simulation dans l'analyse des politiques de redistribution : une brève présentation », *Économie et prévision*, n° 160-161, 2003-4/5.
- [4] Breuil-Genier P. (1998) : « Les enseignements théoriques et pratiques des micro-simulations en économie de la santé », *Économie et statistique*, n° 315, 1998-5.
- [5] Caussat L., Le Minez S. et Raynaud D. (2005) : « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité-Santé*, DREES, 2005.
- [6] Dang T.-T et alii, (2006) : « An age perspective on economic well-being and social protection in nine OECD countries », OCDE 2006.
- [7] Forsell C., Hallberg D., Lindh T. and Öberg G. (2008): « Intergenerational Public and Private Sector Redistribution in Sweden 2003 », *Institute for Futures Studies*, 2008.
- [8] Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007): « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite », *Question d'Économie de la Santé*, n° 126, Irdes, octobre 2007
- [9] Francesconi C., Perronnin M. et Rochereau T. (2006) : « Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'anti-sélection et conséquences pour les salariés », *Questions d'économie de la santé*, n° 115, Irdes, novembre 2006.
- [10] Garfinkel I., Rainwater L. and Smeeding T.(2005): « Welfare State Expenditures and the Redistribution of Well-being : Children, Elders and Others in Comparative Perspective », *Luxembourg Income Study Working Paper Series*, Working Paper No. 387, septembre 2005.
- [11] Garner M. et Rattier M.-O. (2011): « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Études et résultats*, DREES, n° 752, février 2011.
- [12] Guillaume S. et Rochereau Th. (2010) : « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, n° 155, Irdes, juin 2010.
- [13] Henriot D. et Rochet J.-C. (2006): « Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution? », *Annales d'économie et de statistiques*, 2006.
- [14] Legal R., Raynaud D. et Vidal G. (2010) : « Financement des dépenses de santé et reste-à-charge des ménages : une approche par micro-simulation », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, 2010.
- [15] Legal R., Raynaud D. et Vidal G. (2010) : « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'Assurance Maladie et des organismes complémentaires ? », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, 2010.
- [16] Lengagne P., Perronnin M. et Pierre A. (2010) : « La complémentaire santé d'entreprise se substitue-t-elle au salaire? », *Communication lors du colloque protection sociale d'entreprise*, 25 et 26 mars 2010.
- [17] Lenseigne F. et Ricordeau P. (1997) : « Assurance maladie : un bilan par génération », *Économie et statistique*, n° 307, Septembre 1997. pp. 59-76.
- [18] Steckmest E. (1996) : « Noncash Benefits and Income Distribution », *LIS Working Paper* No. 150, décembre 1996.
- [19] Fonds CMU (2010) : Rapport d'activité.

Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins



Vanessa Bellamy (Drees)
Anne-Laure Samson (LEDa-Legos, Université Paris Dauphine)

Cette étude analyse pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine.

La pratique des dépassements constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique : depuis les 10 dernières années, la part des médecins en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements) ne cesse de croître, et la part des dépassements dans les honoraires totaux de ces médecins progresse constamment. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes, et certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologistes). Les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements, pour certains modes d'exercice spécifiques et sur certains types d'actes. La pratique des dépassements d'honoraires a donc des conséquences majeures pour l'accès aux soins des assurés, qu'il soit géographique ou financier.

Nous décrivons dans un premier temps les pratiques de l'ensemble des médecins en matière de dépassements d'honoraires. Puis nous nous concentrons sur quatre spécialités (chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues et gynécologues) pour mener une analyse économétrique qui vise à étudier les déterminants de l'accès au secteur 2 et le montant moyen des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités. Notre étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements pratiqués. De même, plus la densité médicale dans le département est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. On observe par ailleurs que les dépassements sont en moyenne plus élevés sur les actes cliniques et que les médecins ont un comportement mimétique en matière de dépassements : les montants de dépassements sont d'autant plus élevés que ceux des confrères exerçant dans le même département le sont. C'est pourquoi la régulation de la répartition des médecins et celle des dépassements sont ainsi étroitement liées

Instauré en 1980, dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais aussi de faible croissance du PIB et de forte augmentation du chômage, le secteur 2 résultait d'un double objectif du gouvernement : freiner la progression des dépenses de santé (en évitant d'augmenter les tarifs conventionnels) tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins.

Traditionnellement payés à l'acte avec des tarifs fixés par les conventions nationales, les médecins libéraux ont donc bénéficié, à partir de cette date, de la possibilité de fixer librement le tarif de leurs actes, au-delà du tarif opposable, et de pratiquer ainsi des dépassements d'honoraires de manière permanente. Ceci n'était jusqu'alors autorisé qu'à certains médecins du secteur 1, ceux ayant un droit au dépassement permanent du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers (*encadré 1*). Mais ce statut restait très marginal et la pratique des dépassements s'est développée et généralisée avec la création du secteur 2. Cette liberté tarifaire, qui introduit pour la première fois un mécanisme de marché dans la fixation des tarifs médicaux, n'est pas sans conséquence pour la régulation du système de santé : trente ans après la création du secteur 2, les dépassements d'honoraires ont progressé de façon spectaculaire. Le montant des dépassements a plus que doublé en vingt ans, passant de 900 millions d'euros en 1990 à 2,5 milliards d'euros en 2010 (en euros courants) (Cnamts, 2011). Le poids des médecins en secteur 2 par rapport aux médecins en secteur 1 avec droit au dépassement permanent s'est fortement accru et les médecins en secteur 2 constituent aujourd'hui l'essentiel des médecins pratiquant des dépassements. Leur part parmi l'ensemble des médecins progresse régulièrement depuis les années 2000 et cette tendance devrait se poursuivre dans les prochaines années. Les dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui un enjeu de politique publique majeur.

Du côté de la demande de soins, les dépassements, s'ils se généralisent, nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. En effet, ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire : seules les personnes couvertes par une assurance complémentaire peuvent être remboursées de tout ou partie du montant des dépassements. Même si une large part de la population possède une couverture complémentaire (94 % selon l'enquête ESPS 2008, Perronnin et al., 2011), les dépassements ne sont pas toujours pris en charge par les organismes complémentaires. L'enquête annuelle de la DREES sur les garanties des contrats modaux en 2008 (Garnero et Rattier, 2011) montre que seulement 40 % des assurés sont remboursés, en tout ou partie, en cas de dépassements d'honoraires.

Du côté de l'offre de soins, puisque les médecins n'ont pas tous la possibilité d'exercer en secteur 2 (*encadré 1*), les dépassements introduisent de fortes disparités de rémunération, non justifiées par des différences de diplôme, de style de pratique ou de qualité des soins fournis, mais largement expliquées par la date à laquelle le médecin s'est installé (Igas, 2007). En outre, ils peuvent accentuer encore plus la mauvaise répartition des médecins sur le territoire (Igas, 2007). En effet, pratiquer des dépassements d'honoraires permet aux médecins de continuer à s'installer dans des régions déjà très fortement dotées en médecins, puisque leurs tarifs plus élevés compensent la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

La question des dépassements d'honoraires touche donc directement à l'organisation de notre système de santé. Bien que les dépassements ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie obligatoires, ils ont des conséquences importantes sur l'équité et l'accès aux soins. Pourtant, en France, la littérature sur les dépassements d'honoraires est peu abondante ; elle se résume à quelques rapports : rapport de l'Igas (2007), rapport du HCAAM (2009) et « Point d'information » de la Cnamts (2011), qui fournissent essentiellement des éléments de cadrage sur l'ampleur des dépassements d'honoraires. Il n'existe aucune étude visant à analyser les déterminants de ces dépassements (voir *encadré 2* pour une revue plus complète de la littérature). L'objectif de cet article est donc d'approfondir la connaissance sur ce sujet en analysant les déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires afin, notamment, d'éclairer les débats sur la régulation des modes de rémunération des médecins libéraux français. Plus précisément, il s'agit d'expliquer les déterminants du choix de l'exercice en secteur 2 et les facteurs explicatifs du montant des dépassements d'honoraires des médecins exerçant dans ce secteur.

Pour cela, nous utilisons pour la première fois des données individuelles recueillies pour l'ensemble des médecins français, issues d'un appariement effectué entre les données de la CNAMTS (SNIIRAM) et de la DGFIP (les déclarations de revenus des médecins libéraux – *encadré 3*).

Dans un premier temps, nous dressons un état des lieux des dépassements d'honoraires en France métropolitaine. Nous présentons, pour l'ensemble des spécialités médicales, des éléments chiffrés sur les montants, les taux, la localisation et la dispersion des dépassements.

La seconde partie vise à expliquer les déterminants de la pratique des dépassements pour quatre spécialités : les chirurgiens, les ophtalmologues, les gynécologues et les psychiatres. L'objectif est d'analyser les principaux facteurs explicatifs de l'accès au secteur 2 et du montant des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités.

Encadré 1 La pratique des dépassements d'honoraires au sein du système conventionnel

Les médecins libéraux ayant accepté d'adhérer au système conventionnel en 1971 ont abandonné la possibilité de fixer librement leurs tarifs. Néanmoins, certains d'entre eux peuvent pratiquer des dépassements, c'est-à-dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable. Cette possibilité s'offre aux médecins du secteur 2 mais également, dans certains cas, aux médecins du secteur 1.

1. Une pratique occasionnelle pour les médecins du secteur 1

Les médecins conventionnés du secteur 1 ne disposant pas d'un droit permanent à dépassement (DP) peuvent pratiquer des dépassements de façon occasionnelle dans deux situations :

- depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une visite médicalement injustifiée ou d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés (DA) lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les spécialistes, le passage préalable par un médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5 % du tarif opposable.

2. Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement (DP) ou les médecins du secteur 2

Le praticien dispose d'une possibilité permanente de dépasser s'il est en secteur 1 et titulaire d'un droit permanent à dépassement (DP) ou s'il est en secteur 2. Depuis 1960, le DP était donné à certains médecins du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers. La liste de ces médecins était dressée par une commission paritaire départementale. Ils pouvaient alors pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs fixés par les conventions départementales. Accusé de favoritisme, ce DP a été supprimé lors de la troisième convention nationale de 1980 et remplacé par le secteur 2. Le nombre de médecins en exercice encore titulaires d'un DP est donc aujourd'hui très faible, et en constante diminution. En 2008, toutes spécialités confondues, seuls 0,3 % des médecins étaient encore titulaires de ce DP (fichier DGFIP-Cnamts).

Le secteur 2 ou secteur « conventionné à honoraires libres » a été créé par cette même convention nationale de 1980. Il offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pour autant pratiquer les tarifs opposables. Les possibilités de dépassements sont permanentes ; les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin (avec « tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »). En échange, une partie de ces cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses¹. La caisse de sécurité sociale rembourse en revanche le malade sur la base du tarif opposable.

Ce secteur a été ouvert dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais également de faible croissance du PIB et de forte augmentation du chômage. L'objectif du gouvernement était alors double : i) freiner la progression des dépenses de l'assurance maladie due à la médecine ambulatoire en mettant en place une enveloppe globale annuelle et en ne revalorisant pas les tarifs conventionnels ; ii) permettre toutefois la revalorisation des revenus des médecins, notamment à l'approche des élections présidentielles de 1981 (Pellet, 2003).

Le secteur 2 a rencontré un très vif succès auprès des médecins. Accusé de générer de fortes inégalités dans l'accès aux soins des patients, son accès a été limité au cours de la cinquième convention nationale de 1990. Tous les médecins installés entre 1980 et 1990 ont donc pu choisir leur secteur de conventionnement au moment de leur installation. Sur cette même période, les médecins en activité étaient autorisés à changer de secteur de conventionnement au cours de l'ouverture des « fenêtres conventionnelles ». Lors de celle de 1987 par exemple, 5,8 % des spécialistes initialement installés en secteur 1 ont opté pour le secteur 2 (Cnamts, 1989).

En revanche, depuis 1990, seuls les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux peuvent, au moment de leur installation uniquement, choisir de s'installer en secteur 2 (Igas, 2007). En pratique, puisqu'il s'agit de médecins qui ont combiné (pendant une durée maximale de 4 ans) leur activité de praticien à l'hôpital avec une activité d'enseignement et de recherche, la possibilité de débiter son activité en secteur 2 après 1990 concerne surtout les médecins spécialistes.

Outre cette restriction de l'accès au secteur 2 en 1990, les pouvoirs publics ont depuis tenté de restreindre la liberté tarifaire des médecins :

- d'une part, en 1999 avec la loi sur la couverture complémentaire universelle qui interdit que les dépassements soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. En pratique, cependant, en 2006, 1,6 % des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire auraient donné lieu à un dépassement d'honoraires (Igas, 2007).
- d'autre part, les médecins du secteur 2 ou ayant un DP, et qui ont adhéré à l'option de coordination prévue par la convention nationale de 2005 doivent, lorsque le patient est dans le parcours de soins, appliquer les tarifs opposables pour les consultations et limiter leurs dépassements à 15 % des tarifs opposables. En échange, une partie de leurs cotisations sociales est prise en charge. En pratique, toutefois, seulement quelques centaines de médecins auraient adhéré à cette option (Igas, 2007).

¹ À titre d'exemple, en 2000, le taux de cotisation d'assurance maladie des médecins en secteur 1 était de 1,61 % mais de 9,81 % pour les médecins en secteur 2. De même, le taux de cotisations d'allocations familiales dues à l'Urssaf était fixé à 5,4 % pour les médecins du secteur 2 mais le taux était réduit pour les médecins du secteur 1 (fixé à 1,1 % sur la part de l'assiette qui ne dépasse pas le plafond de la sécurité sociale et à 2,5 % sur la part de cette assiette qui dépasse le plafond) (Hensgen et al., 2000).

Ces deux dispositifs étant très marginaux, ils révèlent surtout que les médecins en secteur 2 ont aujourd'hui une liberté totale dans la fixation de leurs tarifs. Selon le rapport du HCAAM (2007), les dépassements d'honoraires n'ont d'ailleurs jamais pu être véritablement encadrés. La convention de 1990 prévoyait que les médecins exerçant en secteur 2 devaient effectuer un quart de leurs actes gratuitement ou conformément aux tarifs opposables. Cette disposition a eu une portée limitée et a notamment été annulée par le Conseil d'État en 1992. Par ailleurs, depuis 1999, le code de la sécurité sociale permet à la convention nationale de définir pour les médecins en secteur 2, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pouvant être fixé en fonction du montant total des dépassements constaté l'année précédente. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

3. Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés

Le médecin est toujours libre de signer ou non la convention avec l'assurance maladie. Lorsqu'il choisit de ne pas signer cette convention, il bénéficie d'une totale liberté dans la fixation de ses honoraires. Dans ce cas, ses patients sont seulement remboursés sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 euros) ; en revanche, les prescriptions sont prises en charge. La part de ces médecins « non conventionnés » est faible : 1,3 % des omnipraticiens en 2004 et seulement 0,2 % de l'ensemble des médecins spécialistes (Cnamts, 2006)

4. Le cas particulier des médecins hospitaliers avec secteur privé à l'hôpital

Le code de la santé publique autorise les praticiens hospitaliers à temps plein (HTP) à exercer une activité libérale au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils sont nommés, mais celle-ci est soumise à diverses conditions :

- le praticien doit exercer son activité au sein d'un service public hospitalier ;
- l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier (hors gardes) ;
- le nombre de consultations et d'actes doit être inférieur à celui de l'activité publique.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le médecin d'une redevance calculée en pourcentage du tarif de l'acte CCAM, donc hors dépassements éventuels : 16 % pour les consultations dans les centres hospitaliers universitaires (15 % dans les centres hospitaliers), 25 % pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie pour les centres hospitaliers universitaires, (16 % dans les centres hospitaliers), et 60 % des actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie.

Encadré 2

Revue de la littérature

La littérature sur les dépassements d'honoraires en France est peu abondante mais elle se caractérise par une temporalité marquée. Trois périodes principales se distinguent.

Dans un premier temps, l'ouverture du secteur 2 et la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires a généré quelques rapports, tels que ceux de la Cnamts (1986, 1987, 1988, 1992) et de la MSA (1991). Ces travaux, principalement statistiques et descriptifs, fournissent des éléments chiffrés sur l'ampleur des dépassements ou le pourcentage de médecins exerçant en secteur 2 une année donnée. En revanche, il existe très peu d'études (économétriques) sur le sujet, probablement en raison du manque de données disponibles sur les honoraires et les revenus des médecins. Une des principales est celle de Lancry (1986) qui, sur données départementales datant de 1986, étudie les facteurs explicatifs du taux d'accès au secteur 2 et du taux de dépassement. Si aucune variable n'explique significativement le taux de dépassement départemental, il montre en revanche que la solvabilité de la clientèle est la variable la plus explicative du taux d'accès au secteur 2. Ce résultat corrobore celui de Darbon et Letourmy (1989) qui observent, sur données communales, que le pourcentage de médecins en secteur 2 au sein d'une commune est positivement (resp. négativement) corrélé au pourcentage de cadres (resp. d'ouvriers). Même lorsque des données individuelles sont disponibles, elles ne font pas l'objet d'une exploitation détaillée. Ainsi, Sandier (1993), à partir du panel d'omnipraticiens de la Cnamts disponible sur la période 1980-1991, étudie uniquement les caractéristiques des médecins (en termes d'activité et d'honoraires) et en particulier celles des médecins ayant changé de secteur de conventionnement sur la période (passage du secteur 1 au secteur 2). Ces médecins avaient, lorsqu'ils étaient en secteur 1, une activité supérieure de 10 % à celle des médecins restés en secteur 1 sur l'ensemble de la période. Ils ont réduit leur activité après leur passage en secteur 2 : celle-ci devient inférieure de 10 à 20 % à celle des médecins restés en secteur 1. Cette analyse sur données longitudinales permet de répondre à une interrogation soulevée par Lancry (1989) : les médecins choisiraient-ils de passer en secteur 2 pour diminuer leur niveau d'activité.

Jusqu'en 2006, et probablement en raison de la restriction de l'accès au secteur 2 à partir de 1990, cette question a été peu abordée, que ce soit par les chercheurs, administrations et pouvoirs publics.

Seules quelques publications abordent la question des dépassements d'honoraires. Les carnets statistiques annuels de la Cnamts sur le secteur libéral des professions de santé (publiés jusqu'en 2004), consacrent chaque année une section à la présentation des montants des dépassements d'honoraires, par spécialité, en mentionnant régulièrement leur progression. Mais aucune étude spécifique sur cette question n'est pour autant publiée au cours de ces années.

En outre, les pouvoirs publics semblent ne s'être intéressés à la question des dépassements qu'à partir de 2001. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS, 2002) consacre en effet un chapitre à l'accès aux soins, dans lequel la part importante des dépassements dans les honoraires des spécialistes (11,2 %) mais surtout des chirurgiens-dentistes (47 %) apparaît comme un réel frein à l'accès aux soins. Deux rapports ultérieurs (CCSS, 2004 et CCSS, 2007) consacrent chacun un chapitre aux chirurgiens, dans un contexte de difficulté croissante d'accès aux soins chirurgicaux, attribué à leur mauvaise répartition sur le territoire ainsi qu'au nombre grandissant de chirurgiens libéraux en secteur 2. Les différents rapports du HCAAM parus entre 2004 et 2011 posent également la question des dépassements d'honoraires sous l'angle de l'accès aux soins et mentionnent la nécessité de contrôler les dépassements afin de limiter les restes à charge des ménages.

Devant l'ampleur de la progression des dépassements d'honoraires, les pouvoirs publics prennent conscience qu'ils constituent un enjeu de politique économique considérable. L'année 2007 marque alors un tournant, avec la sortie du rapport de l'Igas (Igas, 2007), premier rapport exclusivement consacré aux dépassements. On y trouve un panorama complet de la pratique des dépassements : évolution des montants et des taux de dépassements (moyennes et distributions), part des médecins en secteur 2, le tout par spécialité.

Signe de l'intérêt croissant des pouvoirs publics pour la question des dépassements d'honoraires, cette question est présente dans les différentes lois de financement de la sécurité sociale entre 2007 et 2011 et en particulier dans les « programmes de qualité et d'efficacité ». Pour le risque maladie, l'objectif d'un égal accès aux soins passe par la limitation de la pratique des dépassements. À ce titre, deux indicateurs sont définis pour être suivis dans le temps : la part de la population résidant dans des départements dans lesquels la proportion d'omnipraticiens (resp. de spécialistes) en secteur 2 dépasse 20 % (resp. 50 %), et le rapport des dépassements moyens pratiqués aux honoraires hors dépassement, par médecin du secteur 2. La LFSS de 2010 appelle à une régulation de la pratique des dépassements d'honoraires et notamment à la création du secteur optionnel, qui obligerait les spécialistes à pratiquer une partie de leurs actes en honoraires opposables.

Par ailleurs, un rapport présenté à l'Assemblée nationale sur l'organisation de l'offre de soins sur le territoire (Assemblée nationale, 2008) propose cinq stratégies d'aménagement de l'offre de soins de premier recours, dont l'encadrement des dépassements d'honoraires.

Enfin, le rapport des comptes de la sécurité sociale 2007 (CCSS, 2008) est le premier à consacrer un chapitre entier à un état des lieux des dépassements d'honoraires des médecins, toutes spécialités confondues.

Sur cette période, il faut attendre 2011 pour que la Cnamts (Cnamts, 2011), seul organisme à disposer de données sur les montants des dépassements, fournisse un point sur la question des dépassements.

Dans tous les cas, cette rapide synthèse des documents publiés depuis l'ouverture du secteur 2 montre qu'il s'agit principalement de rapports et non d'études ; les déterminants de l'accès au secteur 2 ou de la pratique des dépassements ne sont ainsi jamais analysés.

1. Une pratique des dépassements hétérogène et en forte progression ces dix dernières années

Cette première partie dresse un état des lieux de la pratique des dépassements d'honoraires en France métropolitaine, pour l'ensemble des spécialités médicales.

1.1. Des dépassements d'honoraires élevés et en forte progression sur les dix dernières années

En 2010, le montant global des dépassements d'honoraires, toutes spécialités confondues, s'élevait à 2,5 milliards d'euros (CNAMTS, 2011), contre 900 millions en 1990. Les dépassements représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins, mais 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens.

Les dépassements s'élèvent en 2010 à 21 100 euros en moyenne par médecin (*tableau 1- voir annexe 1* pour la nomenclature des spécialités étudiées). Ce chiffre cache toutefois de fortes disparités entre spécialités : les dépassements sont de 18 800 euros pour les psychiatres mais atteignent 80 000 euros pour les chirurgiens. Les évolutions sur les onze dernières années sont également très contrastées entre spécialités, avec un taux de croissance annuel moyen des dépassements par médecin variant de 1,9 % (cardiologues) à 9,6 % (radiologues). En euros constants et pour l'ensemble des médecins, les montants de dépassements moyens ont progressé de 50 % entre 2000 et 2010. Pour certaines spécialités ce montant a plus que doublé : les anesthésistes (+150 %), les radiologues (+120 %) et les psychiatres (+101 %). Dans une moindre mesure, c'est aussi le cas des ophtalmologues (+95 %).

Il n'existe cependant pas de relation directement observable entre le montant des dépassements par médecin de chaque spécialité et leur évolution sur la période. Les spécialités ayant les montants de dépassements les plus faibles en 2000 n'ont pas connu de progression des dépassements sur la période particulièrement forte ; il n'y a pas eu de « rattrapage ». Ainsi, bien que les psychiatres et les ophtalmologues aient des montants moyens de dépassements très différents, le taux de croissance annuel moyen de leurs dépassements a été identique sur la décennie (+7 % environ en moyenne par an) et les montants de leurs dépassements ont été multipliés par deux. Les omnipraticiens sont les seuls à avoir des montants de dépassements par médecin plus faibles en 2010 qu'en 2000, toujours en euros constants.

Tableau 1 : Montant annuel moyen des dépassements par médecin (en milliers d'euros constants 2010)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TCAM* 2000/2010	Taux de croissance 2000/2010
Omnipraticiens	6,8	7,0	8,3	7,5	7,1	6,3	6,3	6,2	6,1	5,9	5,5	-2,0	-18,6
Anesthésistes	19,9	22,5	27,7	32,1	33,6	34,2	41,8	43,8	45,0	47,5	49,8	9,6	150,4
Cardiologues	7,4	7,8	8,7	8,6	8,8	8,5	9,5	9,7	10,1	10,8	9,0	1,9	21,0
Chirurgiens	44,0	48,9	58,7	65,0	69,7	65,8	73,8	74,7	75,3	77,8	80,0	6,2	81,7
Dermatologues	20,6	22,1	25,5	26,9	27,3	25,2	25,9	29,2	26,9	29,2	27,3	2,9	32,4
Radiologues	9,1	9,8	11,2	11,5	11,7	12,2	14,5	18,6	20,8	22,5	19,9	8,2	119,8
Gynécologues	32,7	35,1	41,5	46,0	46,0	44,1	48,0	49,6	50,1	51,4	53,1	5,0	62,3
Gastro-entérologues	12,5	13,7	16,7	18,1	19,1	18,3	20,5	21,6	22,5	23,4	23,5	6,5	88,5
ORL	27,7	29,3	33,6	35,5	36,0	33,4	34,2	36,0	36,7	38,1	39,1	3,5	41,1
Pédiatres	12,3	13,3	16,7	15,9	15,0	14,8	15,8	16,0	16,5	17,8	17,7	3,7	44,0
Rhumatologues	19,7	20,9	24,1	25,5	26,2	24,3	25,6	25,0	25,4	26,2	26,3	2,9	33,4
Ophtalmologues	36,3	39,8	47,7	52,3	55,5	54,6	59,3	65,1	65,0	69,1	70,6	6,9	94,6
Psychiatres	9,4	10,5	12,6	14,6	15,1	14,3	15,5	16,4	16,7	17,9	18,8	7,2	100,9
Stomatologues	86,1	90,6	100,1	104,5	102,4	104,5	108,1	110,0	108,6	111,8	119,0	3,3	38,2
Autres médecins	13,0	14,2	16,6	17,5	17,7	16,2	16,9	17,4	16,9	17,1	17,0	2,7	30,3
Autres chirurgiens	49,4	53,6	63,0	68,9	74,4	73,8	83,7	85,2	83,1	85,1	84,8	5,5	71,5
Ensemble	14,1	15,1	17,9	18,6	18,9	17,9	19,4	20,2	20,3	21,1	21,1	4,1	49,3

Champ : France métropolitaine, médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année.

* Taux de Croissance Annuel Moyen

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), exploitation DREES

Les dépassements sont surtout le fait des médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit permanent à dépassement (DP). Les dépassements pratiqués par les médecins du secteur 1 ne peuvent être qu'occasionnels ; l'encadré 1 décrit plus précisément les conditions dans lesquelles les médecins peuvent les pratiquer.

Le *tableau 2* présente donc l'évolution des taux de dépassements² des seuls médecins en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit au DP.

Pour simplifier, dans la suite de cet article, on utilisera le terme « secteur 2 » pour désigner à la fois les médecins de secteur 1 avec droit au dépassement permanent et ceux du secteur 2.

Tableau 2 : Évolution du taux de dépassement par médecin, pour ceux en secteur 2 ou 1 avec droit au DP

en %

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2000-2010 en points
Omnipraticiens	30,0	30,6	30,6	29,7	30,1	28,4	29,9	30,0	31,0	30,9	30,5	0,5
Anesthésistes	26,7	28,4	30,8	32,1	31,4	31,3	33,7	33,9	32,5	32,7	33,2	6,6
Cardiologues	15,9	17,1	18,7	18,9	19,0	18,2	19,2	19,7	19,3	19,1	18,2	2,4
Chirurgiens	25,8	27,6	30,4	32,9	33,9	32,5	34,8	35,2	34,8	35,7	36,7	10,8
Dermatologues	31,5	32,4	34,9	35,9	36,6	35,4	37,0	40,2	39,0	42,7	39,8	8,4
Radiologues	14,7	15,5	16,9	17,3	17,3	16,6	18,1	19,0	20,4	21,6	23,5	8,8
Gynécologues	33,7	35,2	37,7	38,8	38,3	37,7	40,6	41,6	41,6	42,5	43,4	9,7
Gastro-entérologues	17,6	18,9	20,6	21,7	22,5	21,8	24,1	24,6	24,9	25,3	25,7	8,1
Oto-rhino-laryngologues	27,4	28,4	30,7	31,6	32,0	30,5	31,0	31,1	31,4	31,8	32,5	5,1
Pédiatres	28,6	29,8	31,7	30,3	30,5	30,4	31,9	32,7	33,8	35,1	35,8	7,2
Rhumatologues	30,5	31,6	33,8	34,7	35,4	34,0	35,0	33,6	33,3	33,9	34,3	3,8
Ophthalmologues	29,5	30,7	33,1	34,2	34,9	34,4	36,3	37,9	36,7	37,7	37,6	8,2
Psychiatres	29,1	30,5	33,4	35,5	36,6	36,1	39,8	40,6	40,9	42,6	44,4	15,3
Stomatologues	43,2	43,8	45,3	45,9	45,4	43,8	46,8	46,6	45,1	46,3	48,9	5,7
Autres médecins	27,8	28,7	30,3	31,3	31,7	30,2	32,1	32,5	32,0	32,2	31,9	4,1
Autres chirurgiens	26,4	27,7	30,0	31,6	33,0	31,2	33,5	33,7	33,8	34,5	34,3	7,9
Ensemble	27,9	29,1	30,9	31,7	32,2	31,1	33,0	33,6	33,5	34,2	34,7	6,8

Champ : France métropolitaine, médecins de secteur 2 ou 1 avec droit au DP ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année.

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), exploitation DREES.

Le taux de dépassement des médecins en secteur 2 a progressé de près de 7 points entre 2000 et 2010 pour l'ensemble des spécialités, passant de 28 % à 35 %. Pour certaines, cette progression a été particulièrement importante : +15 points pour les psychiatres et +11 points pour les chirurgiens. Le taux de dépassement des omnipraticiens du secteur 2 n'a, quant à lui, quasiment pas évolué sur la décennie : il reste stable autour de 30 %. Afin de quantifier l'ampleur des dépassements d'honoraires mais aussi leur dispersion, inter et intra-spécialités³, nous utilisons dans la suite de cette étude les données individuelles issues d'un appariement entre le SNIIRAM et les données fiscales (*encadré 3*).

Encadré 3 Les données : deux sources de données administratives appariées

Cette étude est réalisée à partir d'un appariement, effectué par l'INSEE pour le compte de la DREES, de deux sources de données administratives : celles issues des fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et celles des fichiers des déclarations de revenus de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP).

Les données issues des fichiers de la CNAMTS fournissent des informations détaillées sur les médecins ayant une activité libérale : caractéristiques socio-démographiques, localisation géographique, caractéristiques de la clientèle, niveau d'activité et décomposition des honoraires totaux entre les honoraires hors dépassement et forfaits, les forfaits⁴ et les dépassements. Le taux de dépassement est ici mesuré par la part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins.

Ces données sont appariées avec les déclarations de revenus de la DGFiP (formulaire Cerfa 2042), qui fournissent, des informations sur l'ensemble des revenus déclarés par les médecins (revenu individuel libéral, revenu individuel salarié, revenu du foyer fiscal,...) et sur les montants d'une partie des impôts payés par le foyer fiscal.

Le fichier initial comporte 110 603 médecins pour l'année 2008 (médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année). Pour les besoins de l'étude, nous avons effectué quelques restrictions. Nous excluons notamment les médecins non conventionnés ainsi que les médecins ayant débuté leur activité en 2008 ou avant 1970. Enfin, nous excluons les médecins déclarant des revenus d'activité, des honoraires ou un nombre de patients nul. L'échantillon final comporte 105 370 observations.

² Dans la suite de cette étude et sauf mention particulière, le taux de dépassement est la part des dépassements dans les honoraires totaux (*encadré 3*).

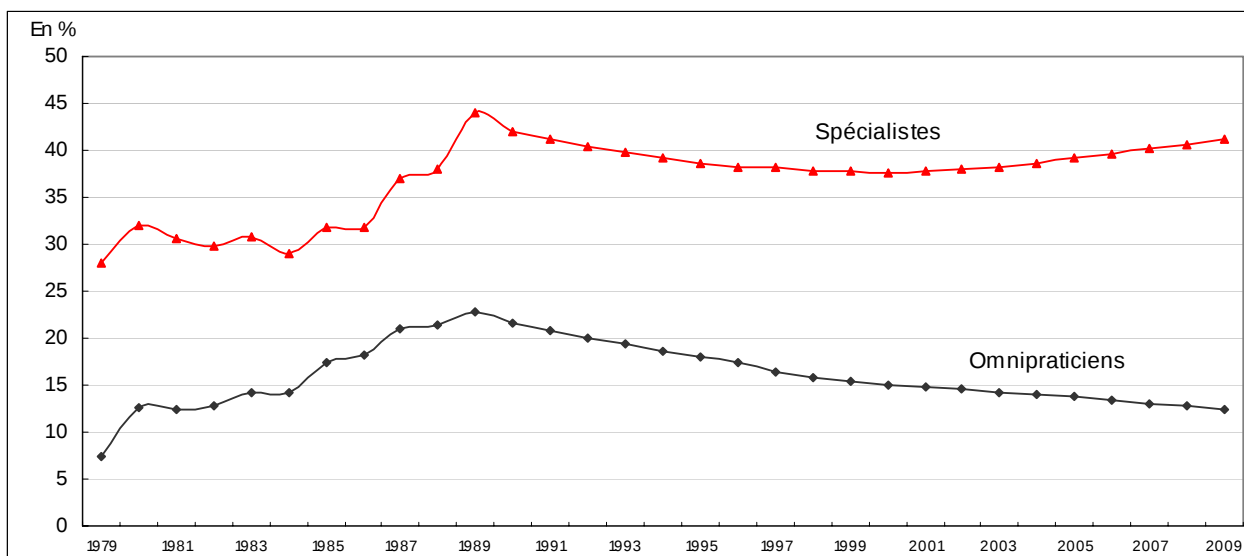
³ On trouvera en annexe 1.1 le détail de la nomenclature des spécialités et les regroupements effectués pour les analyses.

⁴ Tels que la rémunération des gardes et astreintes ou les contrats de bonnes pratiques.

1.2. Une progression continue de la part des spécialistes s'installant nouvellement en secteur 2

La proportion d'omnipraticiens en secteur 2 a cru fortement et continûment entre 1980 à 1990 et décru régulièrement à partir de 1990 : chaque année, le nombre d'omnipraticiens en secteur 2 partant à la retraite est supérieur au nombre de nouveaux installés en secteur 2 (*graphique 1*). En comparaison, la proportion de spécialistes a cru plus faiblement jusqu'en 1985 et a considérablement augmenté entre 1985 et 1990 (près de 15 points). Elle est restée très stable après 1990, oscillant entre 37 et 42 %. Toutefois, la croissance de la part de spécialistes en secteur 2 repart à la hausse à partir des années 2000. Ceci s'explique par la très forte croissance du pourcentage de nouveaux installés en secteur 2 à partir de cette date.

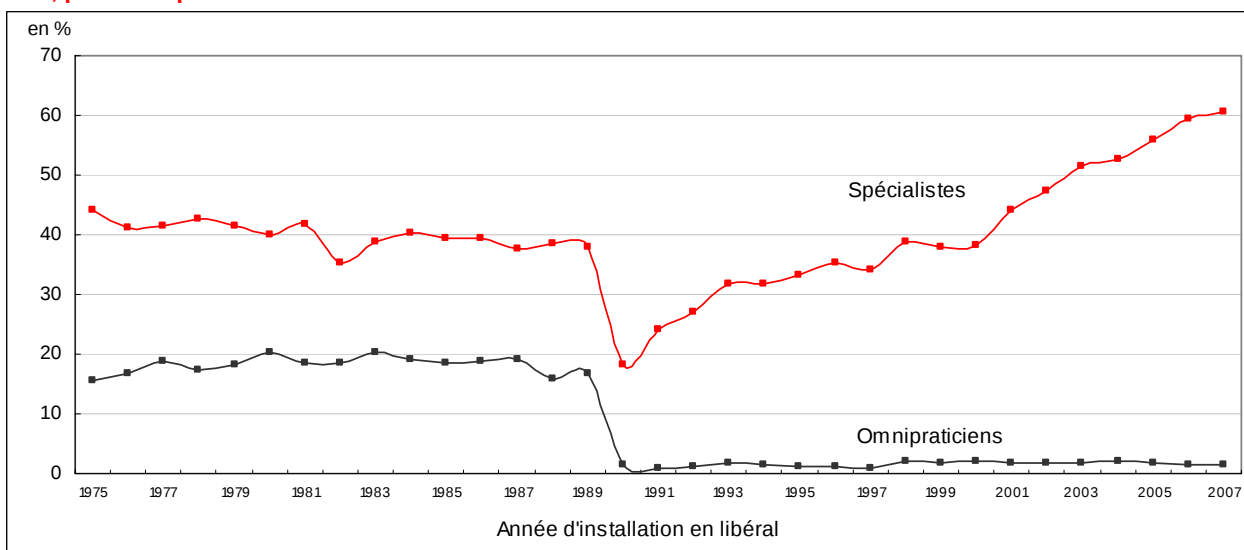
Graphique 1 : Évolution de la part d'omnipraticiens et de spécialistes en secteur 2 ou secteur 1 avec DP depuis 1979



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

Le pourcentage d'omnipraticiens s'installant chaque année en secteur 2 a considérablement diminué après 1990 et n'est plus que de 1 ou 2 % (*graphique 2*). En revanche, le gel du secteur 2 (*encadré 1*) touche peu les spécialistes : le pourcentage de spécialistes s'installant en secteur 2 ne cesse d'augmenter depuis 1990 et cette tendance s'observe pour l'ensemble des spécialités. 35 % des spécialistes installés en 1995 se sont installés en secteur 2 ; c'est le cas de 60 % des spécialistes installés en 2007. Remarquons qu'une proportion élevée de médecins ayant débuté leur activité libérale avant 1980 appartient toutefois au secteur 2 en 2008. Il s'agit de médecins installés initialement en secteur 1 et qui ont changé de secteur lorsqu'ils en avaient la possibilité, entre 1980 et 1990.

Graphique 2 : Pourcentage de médecins installés en secteur 2 ou secteur 1 avec DP, chaque année depuis 1975, parmi les présents en 2008



Sources : Insee-DGFiP-Cnamts – Exploitation Drees.
Champ : France métropolitaine.

1.3. Une forte variabilité des dépassements inter et intra-spécialités en 2008

Les éléments de cadrage présentés précédemment sont principalement issus de données agrégées, macroéconomiques, qui masquent donc l'hétérogénéité des comportements des médecins en matière de pratique des dépassements, entre mais également au sein des spécialités. En utilisant des données individuelles recueillies pour l'ensemble des médecins français (*encadré 3*), nous analysons ici cette variabilité des pratiques au regard des variables dont nous disposons : l'activité ou le mode d'exercice des médecins, leur spécialité, la structure des actes effectués (cliniques ou techniques) ou leur localisation géographique⁵. Les variables sont analysées indépendamment les unes des autres. Afin d'étudier leur influence simultanée, nous avons par ailleurs réalisé une typologie des médecins exerçant en secteur 2, présentée dans l'encadré 4.

Encadré 4

Typologie des médecins en secteur 2

Comme nous l'avons vu précédemment, les dépassements d'honoraires sont liés à de multiples facteurs : spécialité, mode d'exercice, localisation, niveau et structure de l'activité etc. Jusqu'à présent, l'analyse univariée a permis d'étudier l'influence de ces différentes variables séparément. Le recours à des méthodes d'analyses multidimensionnelles permet d'analyser l'impact simultané des différentes variables et leurs interactions, afin de dégager des « profils » de médecins.

1. Classification des médecins spécialistes en secteur 2

La typologie présentée ici porte sur les 17 292 médecins, hors omnipraticiens et médecins classés dans « autres »⁶, qui exercent en secteur 2. Il s'agit dans un premier temps, grâce à une analyse des correspondances multiples (ACM), de mettre en évidence les associations majeures et les principales oppositions dans le « recours » aux dépassements d'honoraires et dans l'activité. En complément, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a permis de dégager des classes de médecins selon ces axes d'analyse⁷.

La répartition en 7 classes résulte d'un compromis entre la volonté de restituer le plus d'information possible sur le sujet des dépassements et de l'activité des médecins et celle d'obtenir une typologie simple et « lisible ». Elle dépend en outre du choix des variables actives retenues pour l'ACM. Ces variables actives sont issues des données fournies par la CNAMTS ; il s'agit des montants des dépassements et des honoraires totaux, du taux de dépassement, du nombre total d'actes et de patients, du taux d'actes techniques et de la part des dépassements issus des actes techniques. Ces variables actives ont été découpées en tranches pour l'ACM. La spécialité est aussi entrée comme variable active. Des variables supplémentaires ont été ajoutées ; elles permettent de mieux connaître les groupes mais n'influencent en rien la classification. Nous décrivons ici les 7 classes et le tableau complet des résultats est présenté ci-après⁸.

2. Psychiatres, pédiatres et anesthésistes : trois spécialités homogènes

On peut séparer ces classes en trois groupes. Le premier est constitué des classes « mono spécialités », au nombre de trois.

La classe 1 (1 330 médecins) est quasi uniquement constituée de psychiatres et neuropsychiatres et 85 % de l'ensemble des psychiatres et neuropsychiatres (58 % de ces derniers) s'y retrouve. Ces médecins ont une activité plus faible que la moyenne : moins de patients (274 vs 1 765), moins d'actes (2 318 vs 3 640) et quasiment pas d'actes techniques. Ils ont ainsi des honoraires égaux à plus de la moitié des honoraires moyens mais pratiquent des dépassements valant 69 % des dépassements moyens. Ils ont ainsi la moyenne de taux de dépassement la plus élevée (ex aequo avec la classe 4) des 7 classes constituées, soit 40 %.

La classe 3 (735 médecins) est celle des pédiatres : la totalité des médecins de cette classe sont des pédiatres, et 94 % des pédiatres s'y trouvent. Ils ont un peu moins de patients que la moyenne (1 328 vs 1 765 en moyenne), mais réalisent un nombre d'actes proche de la moyenne. Comme les psychiatres de la classe 1, ils réalisent très peu d'actes techniques. Leurs honoraires totaux comme leurs dépassements sont plus faibles que la moyenne, avec un taux de dépassement égal à la moyenne. Ce sont aussi les médecins qui sont depuis le plus longtemps dans leur département d'exercice. On a choisi de ne pas réaliser la classification avec les omnipraticiens, mais on peut penser que ces derniers et les pédiatres auraient eu des profils assez proches.

Enfin, la classe 5 (824 médecins) est constituée exclusivement d'anesthésistes et 96 % des anesthésistes s'y trouvent. Le taux d'actes techniques y est logiquement près du double de la moyenne, soit 61 %, avec un nombre de patients important (2 298) et un nombre d'actes dans la moyenne. Les honoraires sont très importants, plus de 50 % de plus que la moyenne, et les dépassements sont eux aussi élevés, mais la moyenne des taux de dépassement reste plus faible que pour l'ensemble des médecins de secteur 2 étudiés (31 % contre 35 %). Autre particularité, près de 22 %

⁵ Les facteurs sociodémographiques (âge, sexe etc...) qui influencent fortement l'activité des médecins sont également susceptibles d'influencer les dépassements. Toutefois, l'impact de ces facteurs ne sera analysé que dans la deuxième partie de cet article, afin de ne pas alourdir la présentation.

⁶ Voir *annexe 1.1* pour les détails de nomenclature.

⁷ Nous n'analyserons pas ici les résultats de l'ACM, préalable à la réalisation de la CAH. On n'introduit pas dans la CAH directement les observations mais les coordonnées des individus sur les axes, en sortie de l'ACM.

⁸ On rappelle que les moyennes données ci-dessous sont celles relatives à la population ayant fait l'objet de la classification, c'est-à-dire tous les médecins de secteur 2, hors omnipraticiens, « autres chirurgiens » et « autres médecins ».

des médecins de cette classe sont en SEL⁹. Ils ont par ailleurs le revenu fiscal libéral le plus élevé des 7 classes présentées : 154 200 euros ont été déclarés en moyenne aux impôts à titre individuel hors de toute activité salariée supplémentaire éventuelle.

Ces trois spécialités (psychiatres, pédiatres et anesthésistes) ont des traits marqués en termes d'activité, de pratique des dépassements et d'effectifs. Un deuxième groupe est constitué, au contraire, de classes regroupant plusieurs spécialités.

3. Des classes « pluri-spécialités »

La classe 2, la plus importante car regroupant plus de la moitié des médecins de secteur 2 étudiés ici, (9 035 médecins), rassemble 85 % des chirurgiens, 90 % des gynécologues, des ORL et des rhumatologues, 78 % des dermatologues et un peu moins de la moitié (47 %) des ophtalmologues. Le nombre de patients est légèrement plus faible que la moyenne, de même que le nombre total d'actes et le nombre d'actes techniques. Les honoraires totaux sont à peu de choses près égaux à la moyenne, mais les dépassements sont élevés (88 254 vs 83 047 en moyenne). Le taux de dépassement moyen est ainsi plus élevé que la moyenne (38 vs 35 %).

La sixième classe (1 992) est composée de la quasi-totalité des radiologues (98 % d'entre eux) et de la moitié des ophtalmologues (l'autre moitié étant en classe 2). Les honoraires de ces médecins sont près du double de la moyenne. Leur activité est importante : 4 760 patients distincts en 2008, près de 10 000 actes, dont une très large part d'actes techniques. La moyenne des taux de dépassement de ces médecins en secteur 2 est de 30 % contre 35 % en moyenne. En termes de revenus déclarés, les revenus libéraux sont de 47 000 euros plus importants que la moyenne et les revenus salariés sont aussi très élevés (environ 20 000 euros de plus que la moyenne annuelle). Plus d'un quart des médecins de ce groupe exercent en SEL contre 11 % en moyenne.

Le cas des ophtalmologues en secteur 2 est ici intéressant puisque l'on voit que cette profession est partagée entre deux profils très différents : d'un côté des médecins qui se rapprochent des radiologues avec une activité très importante, un taux de dépassement dans la moyenne et probablement une activité « classique » et de l'autre, des médecins qui pratiquent des dépassements importants et ont probablement une activité plus orientée vers la chirurgie.

Enfin, la classe 7 (2 194) rassemble l'ensemble des pneumologues et des gastro-entérologues, ainsi que 90 % des cardiologues. On y trouve quelques dizaines de chirurgiens, ORL et ophtalmologues. Leur taux de dépassement moyen est le plus faible des 8 classes : 24 %. Le montant des honoraires, le nombre d'actes réalisés, ainsi que le nombre de patients sont pourtant dans la moyenne des spécialistes de secteur 2, mais les montants de dépassements sont largement moindres (58 263 vs 83 000). C'est la classe où l'on trouve la plus faible proportion de femmes (16 % vs 27 % en moyenne).

4. Des hospitaliers avec secteur privé surreprésentés

La classe 4 se démarque fortement de toutes les autres (1 182 médecins). Elle est définie à la fois par une activité libérale faible et la moyenne des taux de dépassement la plus élevée des 7 classes (40 %, ex aequo avec la classe 1). En effet, les médecins y appartenant ont peu de patients en libéral (231) ; ils effectuent ainsi un nombre d'actes très faible avec une moyenne des taux d'actes techniques de 19 % contre 35 en moyenne. Ils ont des honoraires plus de 7 fois inférieurs à la moyenne mais des montants de dépassements divisés par 6,5, ce qui rend ainsi leur taux de dépassement relativement important.

On y trouve une forte surreprésentation de psychiatres, soit 19 % contre 9 % en moyenne (40 % des neuropsychiatres et 13 % des psychiatres s'y trouvent) et une forte sous représentation des ophtalmologues (4 vs 13 % en moyenne). Mais la particularité de cette classe est le mode d'exercice des médecins qui s'y trouvent : 44 % des médecins de ce groupe exercent comme hospitaliers à temps plein (HTP) avec un secteur privé, contre 8 % en moyenne dans la population étudiée (40 % des médecins spécialistes de secteur 2 HTP avec secteur privé sont dans ce groupe).

Ils sont un peu plus âgés que la moyenne (+2 ans), et ont le revenu salarié moyen (tiré de la source fiscale) le plus important des 7 classes puisqu'ils exercent en premier lieu à l'hôpital public (52 700 €). Ce revenu salarié moyen n'est pas très différent de celui des radiologues et ophtalmologues de la classe 6 (+2 750 €) qui résulte, lui, d'un choix d'exercice en SEL plus souvent qu'en moyenne. Les médecins de la classe 6 qui exercent en SEL se versent en effet leur rémunération sous forme de salaire, bien que restant médecins libéraux (voir note 9).

⁹ La SEL (Société d'Exercice Libéral) est une forme juridique de société qui permet l'apport de capitaux extérieurs. Quelque soit la forme sociale choisie, les SEL sont soumises au régime de l'impôt sur les sociétés (seules les SELARL unipersonnelles sont soumises au régime de l'impôt sur le revenu ; toutefois, elles peuvent opter pour le régime de l'impôt sur les sociétés mais cette option est irrévocable) et cette imposition peut s'avérer plus intéressante qu'une fiscalité personnelle dont serait redevable le professionnel à titre individuel. Les médecins qui exercent au sein des SEL sont bien des médecins libéraux mais ils ont plus de liberté dans le choix de leur mode de rémunération. Les associés qui exercent leur activité professionnelle au sein de la SEL seront imposés sur le revenu dans la catégorie des traitements et salaires. Les dividendes perçus seront imposés dans la catégorie des revenus de capitaux mobiliers. Le dirigeant d'une SELARL unipersonnelle qui n'est pas soumise à l'IS sera quant à lui imposé à l'IR dans la catégorie des bénéfices non commerciaux.

Tableau : Caractérisation des médecins de secteur 2 selon leur classe d'appartenance

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Ensemble
Effectifs	1 330	9 035	735	1 182	824	1 992	2 194	17 292
Moyenne pour les variables quantitatives								
Âge du médecin	52,8	52,6	55,4	54,2	49,8	50,9	51,4	52,4
Densité de spécialistes libéraux 2008	157,2	119,9	123,3	146,9	112,6	106,9	117,4	122,6
Ancienneté de l'exercice libéral	17,0	18,6	21,5	16,9	13,6	17,4	17,7	18,0
Ancienneté d'installation dans le département	16,1	17,0	20,5	15,7	10,9	14,6	16,2	16,3
Activité								
Montant des dépassements (b)	57 854	88 254	59 982	12 451	124 972	136 608	58 263	83 047
Montant des honoraires totaux (b)	140 723	233 667	165 679	34 127	377 614	460 482	241 421	243 960
Taux de dépassement (b)	40,2	38,2	35,2	39,6	31,2	30,4	23,7	35,3
Nombre d'actes techniques	4	1 071	128	76	2 162	6 554	1 856	1 664
Nombre d'actes total (b)	2 318	3 054	3 610	462	3 540	9 599	3 206	3 640
Taux d'actes techniques (b)	0,1	32,0	3,8	18,9	60,7	58,0	53,7	34,6
Part des dépassements issus d'actes techniques (b)	0,1	45,1	2,8	22,9	75,3	56,0	58,9	42,8
Nombre de patients (b)	274	1 600	1 328	231	2 298	4 759	1 399	1 765
Revenu libéral (source fiscale)	72 103	97 135	75 171	25 222	154 184	145 399	101 796	98 274
Revenu salarié (source fiscale)	15 472	29 034	13 871	52 717	45 151	49 968	25 575	31 706
Répartition pour les variables qualitatives								
Localisation								
Pôle urbain avec CHU dans le dpt	76,5	67,3	68,4	78,9	74,2	56,6	65,2	67,7
Pôle urbain sans CHU dans le dpt	20,8	30,0	28,0	19,0	24,6	37,0	32,3	29,3
Commune mono ou multipolarisée	2,3	2,0	3,3	1,3	1,0	4,1	1,5	2,1
Espace à dominante rurale	0,5	0,8	0,3	0,8	0,2	2,4	1,0	0,9
Caractéristiques personnelles								
Femme	35,3	29,3	44,0	25,6	18,0	24,0	16,1	27,3
Marié(e)	63,8	76,7	75,1	69,3	74,9	78,8	77,2	75,3
Célibataire	16,3	8,5	9,7	13,5	9,5	8,0	9,5	9,6
Veuf	0,9	1,4	2,0	2,0	1,2	1,4	0,7	1,3
Pacsé(e)	2,7	1,1	0,5	0,8	2,6	1,7	1,6	1,4
Divorcé(e)	16,3	12,3	12,7	14,5	11,9	10,1	10,9	12,3
Aucun enfant à charge	43,5	35,3	44,8	48,1	28,4	31,8	34,2	36,3
1 ou 2 enfants à charge	42,9	43,4	37,6	34,0	47,9	42,6	42,6	42,5
3 enfants à charge ou plus	13,7	21,3	17,7	17,9	23,7	25,6	23,2	21,2
Caractéristiques de l'activité								
Exercice libéral exclusif	41,9	56,8	48,7	26,8	87,6	68,7	55,4	55,9
Exercice libéral à TP (TP ailleurs hors hôpital)	30,5	12,7	20,3	14,1	5,0	8,8	13,5	13,8
Exercice libéral avec temps partiel hospitalier	26,9	23,3	30,1	15,1	6,6	20,3	26,6	22,6
Exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé	0,7	7,2	1,0	44,0	0,9	2,2	4,4	7,7
Appartient à une SCP	15,3	17,1	18,8	6,7	19,5	18,3	23,5	17,4
Appartient à une SEL	2,0	10,2	3,3	1,3	21,8	25,9	9,3	10,9
Spécialité (a)								
Anesthésistes	0,0	0,0	0,0	3,1	99,9	0,0	0,0	5,0
Cardiologues	0,0	0,1	0,0	6,0	0,0	0,0	30,1	4,3
Chirurgiens	0,1	32,9	0,0	29,2	0,0	2,3	6,8	20,3
Dermatologues	0,0	10,4	0,0	6,5	0,0	8,6	0,6	6,9
Radiologues	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	29,2	0,1	3,4
Gynécologues	0,0	26,0	0,0	13,3	0,0	5,1	0,6	15,2
Gastro-entérologues	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	31,8	4,2
Oto-rhino-laryngologues	0,0	11,3	0,0	6,9	0,0	0,4	2,2	6,7
Pédiatres	0,0	0,0	100,0	4,1	0,0	0,0	0,1	4,5
Pneumologues	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	1,0
Rhumatologues	0,0	7,5	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	4,2

Ophtalmologues	0,0	11,8	0,0	4,0	0,1	54,4	2,3	13,0
Psychiatres et neuropsychiatres	99,9	0,0	0,0	19,0	0,0	0,0	0,0	9,0
Stomatologues	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,5	2,2
Spécialité fine								
02- Anesthésie-réanimation chirurgicale	0,0	0,0	0,0	3,1	99,9	0,0	0,0	5,0
03- Pathologie cardio-vasculaire	0,0	0,1	0,0	6,0	0,0	0,0	30,1	4,3
04- Chirurgie générale	0,0	10,7	0,0	12,2	0,0	0,7	2,4	6,8
05- Dermato-vénéréologie	0,0	10,4	0,0	6,5	0,0	8,6	0,6	6,9
06- Radiodiagnostic et imagerie médicale	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	27,7	0,0	3,2
07- Gynécologie obstétrique	0,0	18,9	0,0	10,2	0,0	4,2	0,6	11,2
08- Gastro-entérologie et hépatologie	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	31,8	4,2
11- Oto-rhino-laryngologie	0,0	11,3	0,0	6,9	0,0	0,4	2,2	6,7
12- Pédiatrie	0,0	0,0	99,7	4,1	0,0	0,0	0,1	4,5
13- Pneumologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	1,0
14- Rhumatologie	0,0	7,5	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	4,2
15- Ophtalmologie	0,0	11,8	0,0	4,0	0,1	54,4	2,3	13,0
17- Neuropsychiatrie	2,6	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,4
18- Stomatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,4	1,6
33- Psychiatrie	95,6	0,0	0,0	16,6	0,0	0,0	0,0	8,5
41- Chirurgie orthopédique et traumatologie	0,0	13,8	0,0	6,2	0,0	1,4	2,5	8,1
43- Chirurgie infantile	0,1	0,2	0,0	0,9	0,0	0,0	0,1	0,2
44- Chirurgie maxillo-faciale	0,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2
45- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,6
46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	0,0	3,9	0,0	5,3	0,0	0,1	0,0	2,4
47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	0,0	0,5	0,0	1,5	0,0	0,1	0,6	0,5
48- Chirurgie vasculaire	0,0	1,6	0,0	1,3	0,0	0,1	0,5	1,0
49- Chirurgie viscérale et digestive	0,0	1,9	0,0	1,4	0,0	0,1	0,7	1,2
70- Gynécologie médicale	0,0	6,9	0,0	3,0	0,0	0,9	0,0	3,9
72- Médecine nucléaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
74- Oncologie radiothérapique	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1
75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	1,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2
76- Radiothérapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1
77- Obstétrique	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
78- Médecine génétique	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
79- Gynécologie obstétrique et Gynécologie médicale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(a) : variable active

(b): variable active sous forme de tranches

Sources : Insee-DGFiP-Cnamts – Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, médecins pratiquant des honoraires libres, hors omnipraticiens, "autres médecins" et "autres chirurgiens".

La variance totale des dépassements peut se décomposer en variance inter-spécialité (due aux écarts entre les montants moyens de dépassements des différentes spécialités) et en variance intra-spécialité (due aux écarts de montants de dépassements pratiqués par les médecins d'une même spécialité). On observe que la variance intra-spécialité prédomine : elle représente 86,5 % de la variance totale des dépassements. Autrement dit, c'est l'hétérogénéité des comportements au sein d'une même spécialité qui explique la plus grande part de la variabilité des dépassements. Notre étude analyse donc les différents facteurs pouvant expliquer cette forte variabilité intra, après avoir rapidement présenté la variabilité inter-spécialité.

1.3.1 – La variabilité des dépassements entre les spécialités

La part des médecins en secteur 2 est très variable selon les spécialités (tableau 3). Les omnipraticiens et les radiologues sont les spécialistes qui sont le moins fréquemment en secteur 2 (11 %) ; à l'opposé, 77 % des chirurgiens s'y trouvent. Les dépassements, qui s'élèvent en moyenne à 71 400 euros par médecin,

sont également très hétérogènes entre les spécialités, puisqu'ils varient de 34 000 euros annuels pour les pneumologues à 120 000 pour les anesthésistes. Ces écarts sont cependant difficilement interprétables puisqu'ils ne tiennent pas compte des différences de niveau d'activité et d'honoraires qui existent entre ces spécialités. Les taux de dépassements (part des dépassements dans les honoraires totaux), qui permettent de contrôler cet « effet taille », varient eux aussi très fortement entre les spécialités : le taux moyen est de 34 %, mais il s'échelonne de 20 % (radiologues) à 44 % pour les stomatologues en secteur 2.

Le *graphique 3* suggère une corrélation positive entre le taux de dépassement et la proportion de médecins exerçant en secteur 2¹⁰ : les spécialités qui regroupent relativement plus de médecins en secteur 2 sont aussi celles pour lesquelles le taux de dépassement est le plus élevé. Le coefficient de corrélation linéaire s'élève à 0,47 sur les 17 spécialités retenues, et à 0,60 si l'on exclut les chirurgiens et « autres chirurgiens ».

Tableau 3 : Montant et taux moyen de dépassement selon le secteur de conventionnement en 2008

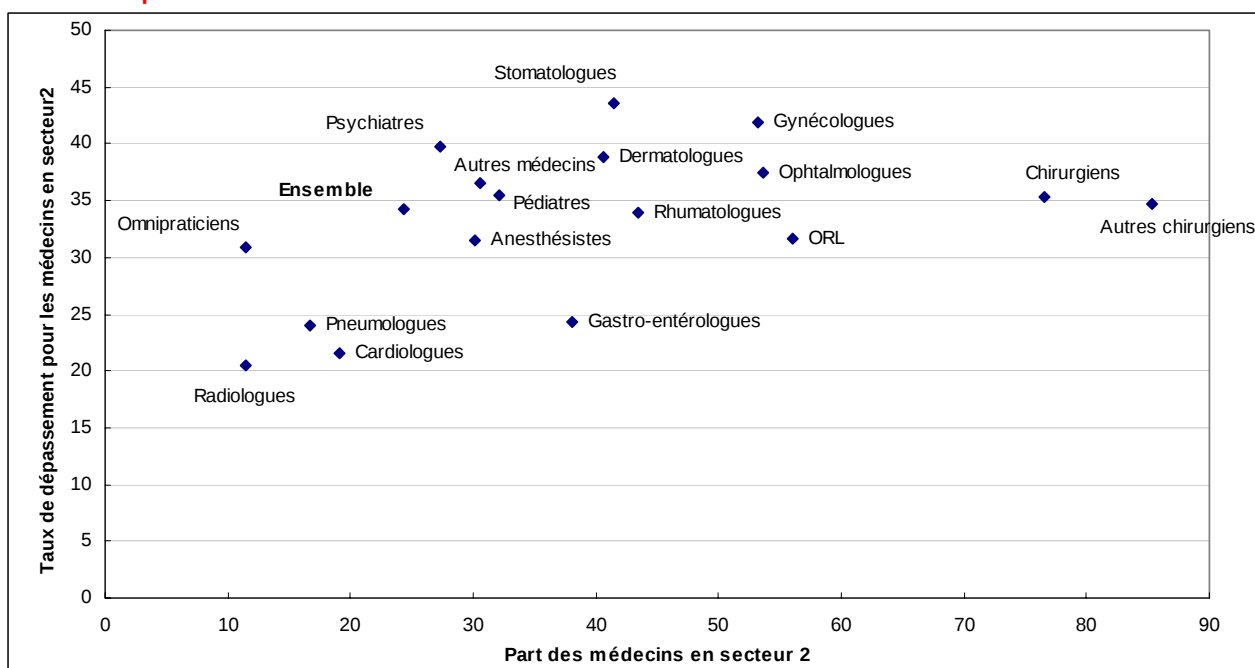
	Secteur 1 sans DP			Secteur 2 et 1 avec DP			Tous secteurs		
	% dans le secteur	Dépasst moyen	Taux moyen *	% dans le secteur	Dépasst moyen	Taux moyen *	Effectifs	Dépasst moyen	Taux moyen *
Omnipraticiens	88,6	817	0,8	11,4	40 591	30,9	56 342	5 355	4,2
Anesthésistes	69,9	11 993	4,2	30,1	120 204	31,5	2 854	44 600	12,4
Cardiologues	81,0	1 783	0,9	19,0	44 883	21,6	3 865	9 990	4,9
Chirurgiens	23,4	6 305	3,6	76,6	98 002	35,4	4 585	76 523	27,9
Dermatologues	59,3	3 724	3,1	40,7	57 390	38,9	2 947	25 540	17,6
Radiologues	88,5	4 879	1,7	11,5	115 682	20,4	5 126	17 654	3,8
Gynécologues	46,8	4 054	2,4	53,2	88 561	42,0	4 927	48 975	23,4
Gastro-entérologues	62,0	1 800	0,9	38,0	55 102	24,3	1 928	22 065	9,8
ORL	44,0	2 994	2,0	56,0	62 561	31,6	2 076	36 364	18,6
Pédiatres	67,8	1 866	1,4	32,2	56 965	35,4	2 438	19 584	12,3
Pneumologues	83,2	693	0,5	16,8	33 680	24,0	1 050	6 222	4,4
Rhumatologues	56,6	2 029	1,4	43,4	54 319	33,9	1 690	24 739	15,5
Ophthalmologues	46,3	6 325	2,3	53,7	114 503	37,5	4 187	64 380	21,2
Psychiatres	72,6	2 806	2,9	27,4	51 289	39,8	5 690	16 073	13,0
Stomatologues	58,6	95 044	36,4	41,4	119 434	43,5	925	105 143	39,3
Autres médecins	69,4	843	0,9	30,6	53 357	36,5	3 925	16 898	11,8
Autres chirurgiens	14,7	5 055	2,3	85,3	97 837	34,8	815	84 176	30,0
Ensemble	75,7	2 556	1,5	24,3	71 402	34,2	105 370	19 293	9,4

* Le taux de dépassement moyen est la moyenne des taux de dépassement individuels.

Source : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Graphique 3 : Part des médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement des différentes spécialités médicales



Sources : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008. - Champ : France métropolitaine.

¹⁰ Les données représentées n'ont pas été pondérées, par les effectifs par exemple.

Ainsi, les chirurgiens, les gynécologues et les ophtalmologues cumulent des taux élevés pour les deux indicateurs : près de 77 % des chirurgiens et plus de la moitié des gynécologues et des ophtalmologues sont en secteur 2, et ces trois spécialités pratiquent, de surcroît, des taux de dépassements élevés, respectivement de 35, 42 et 38 %.

En revanche, les radiologues et les omnipraticiens ne sont que 11 % à être en secteur 2 ; c'est le cas de 17 % des pneumologues et 19 % des cardiologues. Ces spécialistes ont par ailleurs des taux de dépassement relativement plus faibles que la moyenne : 20 % pour les radiologues, 22 % pour les cardiologues, 24 % pour les pneumologues et 31 % pour les omnipraticiens.

1.3.2. Une grande variabilité des dépassements au sein des spécialités

Le quart des médecins ayant les montants de dépassements les plus élevés ont reçu près de 60 % du montant global des dépassements en 2008. Cette concentration est le reflet de la forte dispersion, au sein des spécialités, des montants et des taux de dépassements d'honoraires (*tableaux 4.a et 4.b*).

Tableau 4.a : Dispersion des montants de dépassement selon la spécialité, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

Spécialité	1er décile (D1)	1er quartile (Q1)	Médiane (D5)	Moyenne	3ème quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Q3/Q1	D9/D1	D9/D5
Omnipraticiens	9 028	17 167	29 542	40 591	48 281	75 059	2,8	8,3	2,5
Anesthésistes *	20 053	50 690	101 008	120 204	169 809	252 513	3,3	12,6	2,5
Cardiologues *	3 992	13 907	32 774	44 883	56 013	86 868	4,0	21,8	2,7
Chirurgiens	13 292	36 907	75 435	98 002	128 176	210 017	3,5	15,8	2,8
Dermatologues	18 638	32 609	49 631	57 390	73 026	100 615	2,2	5,4	2,0
Radiologues *	7 904	32 988	78 775	115 682	145 801	270 378	4,4	34,2	3,4
Gynécologues	24 970	44 075	69 561	88 561	108 716	165 847	2,5	6,6	2,4
Gastro-entérologues *	8 808	20 461	40 216	55 102	69 256	116 798	3,4	13,3	2,9
ORL	15 658	28 309	50 493	62 561	79 945	125 675	2,8	8,0	2,5
Pédiatres *	19 238	31 024	47 556	56 965	70 087	106 484	2,3	5,5	2,2
Pneumologues *	7 603	14 520	28 453	33 680	42 290	63 586	2,9	8,4	2,2
Rhumatologues *	13 235	26 155	44 219	54 319	69 986	102 902	2,7	7,8	2,3
Ophtalmologues	36 502	58 278	90 558	114 503	143 031	218 915	2,5	6,0	2,4
Psychiatres	11 652	23 107	40 107	51 289	65 774	107 270	2,8	9,2	2,7
Stomatologues *	32 959	56 624	97 389	119 434	156 773	221 826	2,8	6,7	2,3
Autres médecins	8 234	19 746	38 498	53 357	65 249	108 015	3,3	13,1	2,8
Autres chirurgiens *	21 067	42 503	76 682	97 837	122 820	204 084	2,9	9,7	2,7
Ensemble	12 652	25 922	49 778	71 402	89 115	149 953	3,4	11,9	3,0

* : moins de 1000 médecins en secteur 2 ou 1 avec DP dans la spécialité concernée.

Source : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

La dispersion des montants de dépassements, mesurée par les rapports inter-quartile et inter-décile, atteint des niveaux très élevés pour certaines spécialités : le rapport Q3/Q1, qui s'élève en moyenne à 3,4 pour l'ensemble des spécialités, est de 4,4 pour les radiologues¹¹ et 4 pour les cardiologues. La dispersion des dépassements est plus faible pour les pédiatres ou les dermatologues. Les rapports inter-déciles D9/D1 atteignent des niveaux beaucoup plus élevés, pour toutes les spécialités, les plus forts étant observés pour les radiologues (34) et les cardiologues (22). Cependant, le rapport du dernier décile sur la médiane, D9/D5, est lui beaucoup plus faible, voire proche du Q3/Q1, et relativement stable entre les spécialités : quelle que soit la spécialité, les 10 % de médecins qui font le plus de dépassements pratiquent des montants de dépassements de 2 à 3 fois plus élevés que le montant médian. Cette proximité entre les rapports Q3/Q1 et D9/D5 signifie que la très forte variabilité des montants de dépassements observée avec les rapports D9/D1 est due à la forte dispersion qui existe « dans le bas » de la distribution.

Au-delà de la dispersion, le *tableau 4-a* montre que les dépassements peuvent atteindre des montants considérables dans certaines spécialités. Ainsi, 10 % des radiologues, des anesthésistes, et des ophtalmologues de secteur 2 ont pratiqué, en 2008, des dépassements d'un montant supérieur à, respectivement, 270 000 €, 253 000 € et 219 000 €.

¹¹ Cela signifie que les 25 % des radiologues en secteur 2 qui perçoivent le plus de dépassements en perçoivent 4,4 fois plus que les 25 % qui en perçoivent le moins. Ce rapport est moins soumis aux valeurs extrêmes que le rapport D9/D1, en particulier pour les spécialités où les effectifs sont relativement faibles.

Tableau 4.b : Dispersion des taux de dépassement selon la spécialité, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

Spécialité	1er décile (D1)	1er quartile (Q1)	Médiane (D5)	Moyenne	3ème quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Q3/Q1	D9/D1	D9/D5
Omnipraticiens	10,9	17,1	27,1	30,9	41,0	53,5	2,4	4,9	2,0
Anesthésistes *	11,2	19,6	30,7	31,5	41,7	53,5	2,1	4,8	1,7
Cardiologues *	3,6	10,0	18,6	21,6	28,6	42,3	2,9	11,7	2,3
Chirurgiens	12,7	21,3	32,6	35,4	47,3	62,3	2,2	4,9	1,9
Dermatologues	21,6	28,8	37,1	38,9	47,0	56,5	1,6	2,6	1,5
Radiologues *	2,7	10,1	16,9	20,4	27,4	41,6	2,7	15,4	2,5
Gynécologues	24,1	32,3	41,9	41,9	51,2	60,3	1,6	2,5	1,4
Gastro-entérologues *	7,1	13,7	21,6	24,3	31,2	43,9	2,3	6,2	2,0
ORL	14,1	20,4	29,4	31,6	40,3	52,5	2,0	3,7	1,8
Pédiatres *	20,4	26,5	34,4	35,4	42,6	52,0	1,6	2,5	1,5
Pneumologues *	6,7	12,8	18,9	24,0	31,0	45,2	2,4	6,8	2,4
Rhumatologues *	15,3	22,2	31,9	33,9	43,6	57,8	2,0	3,8	1,8
Ophthalmologues	19,7	27,8	36,5	37,5	46,2	55,2	1,7	2,8	1,5
Psychiatres	22,1	31,9	39,9	39,8	48,4	58,1	1,5	2,6	1,5
Stomatologues *	23,2	30,5	44,3	43,5	56,6	64,7	1,9	2,8	1,5
Autres médecins	13,5	22,0	35,2	36,5	49,8	61,4	2,3	4,5	1,7
Autres chirurgiens *	14,3	21,6	31,7	34,8	43,9	61,1	2,0	4,3	1,9
Ensemble	12,9	21,2	32,8	34,2	45,0	56,8	2,1	4,4	1,7

* : moins de 1000 médecins en secteur 2 ou 1 avec DP dans la spécialité concernée.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

La dispersion est moindre lorsque les dépassements sont pondérés par le niveau des honoraires totaux, c'est-à-dire lorsqu'on s'intéresse aux taux de dépassements. Les spécialités ayant les taux moyens de dépassement les plus faibles (cardiologues, radiologues, gastro-entérologues, pneumologues) sont également les spécialités où la dispersion est la plus élevée (*tableau 4.b*). Au sein de ces spécialités, les 10 % de médecins qui pratiquent les taux de dépassement les plus élevés ont des taux de dépassement 6 (gastro-entérologues) à 15 fois (radiologues) plus importants que les 10 % de médecins ayant les taux les plus faibles. En revanche, au sein des spécialités ayant les taux moyens de dépassement les plus élevés (gynécologues, psychiatres, dermatologues et ophtalmologues), la dispersion des taux est beaucoup plus faible : le rapport inter-décile est inférieur à 3.

1.3.3. Des dépassements plus fréquents et plus élevés dans les départements riches et urbains

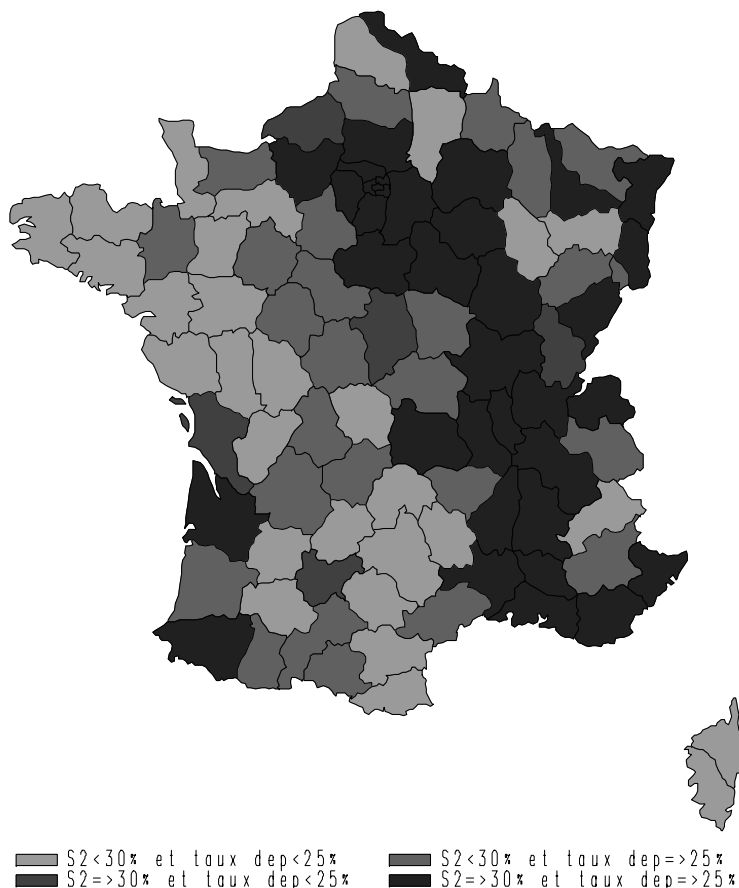
Les différences de localisation géographique, de mode d'exercice, de nombre et de composition des actes sont susceptibles d'influencer la variabilité des dépassements d'honoraires entre les spécialités et au sein d'une même spécialité.

On observe ainsi un impact marqué de la localisation géographique sur la part de médecins spécialistes en secteur 2 et leur taux de dépassement¹². La carte 1 montre que certains départements cumulent un taux élevé de médecins en secteur 2 et des taux de dépassements importants alors que d'autres connaissent à la fois un pourcentage de médecins en secteur 2 et des taux de dépassements faibles¹³.

¹² Les analyses et cartes de ce paragraphe ont été réalisées en prenant en compte les seuls spécialistes hors omnipraticiens.

¹³ Les modalités retenues sont le croisement de deux variables : pourcentage de spécialistes en secteur 2 inférieur ou supérieur (ou égal) à 30 %, et le taux de dépassement en deux modalités, inférieur ou supérieur (ou égal) à 25 %.

Carte 1 : Répartition géographique des spécialistes selon leur taux d'accès au secteur 2 ou secteur 1 avec DP et leurs taux de dépassement



Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, hors omnipraticiens.

On observe ici une séparation est/ouest très marquée, avec des départements cumulant des taux de spécialistes en secteur 2 et des taux de dépassements élevés (respectivement plus de 30 et 25 %). Ces départements sont principalement situés le long de la Seine, de la Saône et enfin du Rhône jusqu'à la Méditerranée. Quelques départements s'ajoutent à cette liste : la Gironde, les Pyrénées Atlantiques, le Nord, et quelques départements du nord-est¹⁴.

Comment expliquer une telle répartition géographique ? « Toutes choses égales par ailleurs¹⁵ », un département cumulera des taux de spécialistes en secteur 2 et des taux de dépassements élevés (supérieurs respectivement à 30 % et 25 %) si le niveau de vie des habitants est élevé, s'il y a une forte proportion de grands centres urbains (villes de plus de 100 000 habitants) et enfin, dans une moindre mesure¹⁶, si la densité de médecins spécialistes est faible : c'est l'influence simultanée de ces trois facteurs qui explique cette carte particulière.

1.3.4. Les libéraux à exercice mixte ont les taux de dépassement les plus élevés

Toutes spécialités confondues, 78 % des médecins qui ont une activité libérale (ayant perçu au moins un euro d'honoraires sur l'année 2008) sont des médecins libéraux exclusifs (*tableau 5*), c'est-à-dire qu'ils n'ont pas d'activité médicale salariée en plus de leur activité libérale¹⁷. C'est le cas de 90 % des omnipraticiens et de 64 % des spécialistes hors omnipraticiens. Les autres médecins qui ont une activité libérale (22 %) ont aussi une activité salariée, à l'hôpital, dans une PMI, un centre de santé etc... 10 % sont

¹⁴ On notera que 3 départements ont des taux de spécialistes en secteur 2 de plus de 50 % et des taux de dépassements de plus de 40 % : Paris, les Hauts de Seine et le Rhône.

¹⁵ Il s'agit ici des résultats obtenus à l'aide de l'estimation d'un modèle probit où la variable expliquée vaut 1 si le département cumule un taux de médecins en secteur 2 et un taux de dépassement élevés et 0 sinon.

¹⁶ Le coefficient est significatif au seuil de 10 %.

¹⁷ La variable du mode d'exercice de l'activité provient de la CNAMTS. Les modalités de cette variable sont correctement renseignées, hormis éventuellement quelques erreurs dans la mise à jour des modalités « Exercice libéral avec temps partiel hospitalier » et « Exercice libéral à temps partiel », i.e. avec salariat non hospitalier, sans que l'on puisse les quantifier. La modalité « exercice libéral avec salariat non hospitalier à temps partiel » se différencie de « l'exercice libéral avec temps partiel hospitalier » par un exercice à temps partiel salarié du type travail dans un centre de santé ou en médecine du travail, etc. On ne connaît par contre pas la part de temps partiel pour les médecins concernés ni la part qu'occupe le secteur privé des HTP.

des libéraux avec un temps partiel (TP) hospitalier (17 % hors omnipraticiens) et 8 % sont des libéraux exerçant une activité rémunérée salariée ailleurs qu'à l'hôpital (11 % hors omnipraticiens). C'est le cas par exemple de plus d'un quart des psychiatres, qui travaillent souvent en Centre médico-psychologique (CMP), ou de 16 % des pédiatres, qui peuvent exercer dans des centres de santé, à la protection maternelle et infantile (PMI), etc. Enfin, 4 % de ces médecins (8 % hors omnipraticiens) sont des hospitaliers temps plein (HTP) avec un secteur privé à l'hôpital (*encadré 1*). Certaines spécialités sont très concernées par ce statut : c'est le cas d'un cinquième des chirurgiens, 12 % des gynécologues, un dixième des cardiologues, des radiologues et des pneumologues.

Tableau 5 : Part de médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement selon le mode d'exercice en 2008

	Libéral exclusif			Libéral avec salariat non hospitalier			Libéral avec TP hospitalier			Hospitalier temps plein avec secteur privé			Ensemble	
	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassement *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassement *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassement *	% de médecins	% de secteur 2	Taux de dépassement *	% de secteur 2	Taux de dépassement *
Omnipraticiens	90,5	10,6	29,9	4,8	19,8	33,7	4,7	18,0	39,3	0,0	20,0	28,1	11,4	30,9
Anesthésistes	86,5	30,0	30,6	4,0	37,2	35,4	5,6	35,8	39,6	3,9	17,0	32,3	30,1	31,5
Cardiologues	56,9	14,4	17,6	10,1	30,4	26,0	22,0	27,3	22,8	10,9	16,1	28,4	19,0	21,6
Chirurgiens	59,6	82,4	31,5	5,1	87,5	39,8	14,6	86,7	43,5	20,7	49,9	41,8	76,6	35,4
Dermatologues	70,0	31,1	35,0	12,2	59,3	42,2	16,3	64,6	44,0	1,5	72,7	45,2	40,7	38,9
Radiologues	74,6	9,0	17,4	5,2	20,9	23,1	10,6	26,4	26,0	9,6	9,7	22,3	11,5	20,4
Gynécologues	57,8	48,1	38,7	12,3	63,4	46,9	17,8	63,8	44,0	12,0	51,4	46,6	53,2	41,9
Gastro-entérologues	60,3	33,2	20,2	10,1	54,9	28,9	20,9	50,2	27,2	8,8	22,5	38,0	38,0	24,3
ORL	55,9	49,8	26,1	11,1	66,2	37,4	24,7	63,0	34,5	8,2	63,7	44,5	56,0	31,6
Pédiatres	59,9	25,6	32,0	15,8	40,7	38,6	20,8	45,1	38,2	3,4	28,6	42,0	32,2	35,4
Pneumologues	58,6	12,5	19,0	11,8	22,6	28,3	20,6	23,6	23,5	9,0	21,1	38,5	16,8	24,0
Rhumatologues	66,4	34,3	29,7	11,7	59,9	40,0	18,8	61,3	36,1	3,1	67,9	47,8	43,4	33,9
Ophtalmologues	67,7	47,8	34,1	10,1	65,6	42,1	18,8	63,6	41,0	3,4	79,4	49,9	53,7	37,5
Psychiatres	52,7	20,7	36,5	26,2	32,7	41,4	18,8	39,2	42,3	2,4	22,4	46,7	27,4	39,8
Stomatologues	62,9	37,8	39,9	10,9	38,6	49,7	22,9	48,6	49,3	3,2	70,0	42,2	41,4	43,5
Autres médecins	65,7	22,6	31,8	9,0	46,0	39,4	16,8	49,6	38,4	8,5	38,6	49,3	30,6	36,5
Autres chirurgiens	60,0	87,5	28,7	5,6	95,7	40,1	13,3	91,7	41,2	21,1	72,1	48,7	85,3	34,8
Total hors omnipraticiens	63,5	34,3	31,6	11,2	47,0	39,9	17,1	51,7	38,9	8,1	39,7	43,5	39,1	35,3
Total	77,9	19,6	31,0	7,8	38,0	38,8	10,4	43,7	38,9	3,8	39,6	43,5	24,3	34,2

* pour les médecins en secteur 2 ou 1 avec DP.

Source : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Avoir un mode d'exercice non exclusivement libéral modifie le comportement des médecins en termes de pratique des dépassements. Ces médecins, à mode d'exercice « mixte » sont, en moyenne, plus fréquemment en secteur 2 (*tableau 5*). Si 20 % des libéraux exclusifs sont en secteur 2 (34 % hors omnipraticiens), c'est le cas de 38 % des libéraux ayant un TP non hospitalier (47 %), 44 % des libéraux ayant un TP hospitalier (52 %) et 40 % des HTP avec secteur privé à l'hôpital (40 % également hors omnipraticiens, puisque pratiquement aucun d'eux n'a ce statut).

Le taux moyen de dépassement des médecins libéraux exclusifs en secteur 2 est de 31 %, il est de 39 % pour les libéraux avec TP à l'hôpital ou ailleurs, et de 44 % pour les HTP avec secteur privé à l'hôpital. La hiérarchie des taux de dépassement selon les spécialités varie en fonction du statut des médecins, mais, hors omnipraticiens, les libéraux exclusifs ont des taux de dépassements systématiquement plus faibles que les non exclusifs.

1.3.5. Des dépassements d'autant plus élevés que l'activité est faible

Les honoraires hors dépassement (HHD) peuvent être utilisés comme un indicateur de l'activité des médecins¹⁸. Cette dernière est généralement mesurée par le nombre d'actes annuels, ce qui ne permet pas de tenir compte de la nature des actes réalisés. Or, certains actes sont plus longs que d'autres et/ou sont plus rémunérateurs. Travailler sur les honoraires hors dépassements permet, dans une certaine mesure, de tenir compte de la composition de l'activité des médecins.

Pour chaque spécialité, les médecins sont classés en quatre groupes (les « quartiles »¹⁹), par ordre croissant d'honoraires hors dépassement, chaque groupe comportant 25 % des effectifs de chaque spécialité. On constate alors que les montants d'HHD sont fortement liés au fait d'être, ou non, en secteur 2 et au taux de dépassement pratiqué (*tableau 6*).

¹⁸ Les honoraires hors dépassement comprennent les forfaits et majorations liées à l'activité.

¹⁹ Sur le plan statistique le terme de quartile désigne le seuil délimitant les groupes de médecins. Ainsi le premier quartile (Q1) désigne le nombre d'actes au-dessous duquel se situent 25 % des médecins les « moins actifs ». On utilise ici, par abus de langage, le terme « quartile » pour désigner le **groupe** des 25 % des médecins ayant eu les honoraires les plus faibles sur l'année.

Tableau 6 : Part de médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP et taux moyen de dépassement selon le quartile des honoraires hors dépassement en 2008

	Q1		Q2		Q3		Q4		Ensemble	
	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassst *	% de médecins en secteur 2	Taux de dépassst *
Omnipraticiens	24,6	38,2	10,1	25,2	6,5	20,8	4,5	18,5	11,4	30,9
Anesthésistes	31,8	38,1	32,6	34,2	29,4	28,0	26,7	24,0	30,1	31,5
Cardiologues	26,2	30,9	22,6	19,3	15,5	16,3	11,9	12,3	19,0	21,6
Chirurgiens	70,8	49,0	72,3	37,1	84,8	30,2	78,5	27,1	76,6	35,4
Dermatologues	61,7	47,2	41,3	36,8	33,4	32,5	26,3	30,9	40,7	38,9
Radiologues	15,2	26,0	10,8	18,6	10,3	18,4	9,8	16,0	11,5	20,4
Gynécologues	65,1	48,6	51,3	43,8	43,0	41,0	53,3	32,9	53,2	41,9
Gastro-entérologues	44,4	31,6	39,4	23,4	36,9	20,4	31,3	19,7	38,0	24,3
ORL	62,4	41,3	61,9	31,7	56,5	26,7	43,4	23,9	56,0	31,6
Pédiatres	43,5	40,1	34,4	34,7	27,7	32,5	23,0	31,1	32,2	35,4
Pneumologues	26,0	34,3	20,2	20,2	14,1	15,9	6,9	13,1	16,8	24,0
Rhumatologues	60,7	41,8	49,2	34,4	39,0	28,1	24,9	22,9	43,4	33,9
Ophtalmologues	66,1	46,5	46,9	37,5	49,3	33,0	52,4	30,2	53,7	37,5
Psychiatres	38,9	42,0	35,3	40,7	22,6	39,3	12,7	31,3	27,4	39,8
Stomatologues	39,8	53,7	36,4	46,0	46,6	40,4	42,9	35,5	41,4	43,5
Autres médecins	22,4	49,7	53,0	39,6	32,2	30,2	14,7	18,9	30,6	36,5
Autres chirurgiens	78,8	50,0	89,2	35,7	93,1	28,3	79,9	26,3	85,3	34,8
Total	37,1	42,4	20,0	32,9	16,3	29,2	23,9	26,2	24,3	34,2

* pour les médecins de secteur 2 ou 1 avec DP.

Source : Insee-DGFiP-Chamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine.

Lecture : 23% des omnipraticiens du premier quartile de nombre d'actes annuels réalisés sont en secteur 2. Leurs dépassements représentent 37% de leurs honoraires totaux.

Quelle que soit la spécialité étudiée, les médecins en secteur 2 qui ont les HHD les plus faibles ont les taux de dépassement les plus élevés. Pour les pneumologues et les chirurgiens, l'écart des taux de dépassements entre les médecins des premier et dernier quartiles des HHD est de près de 20 points. Il y aurait donc un arbitrage entre l'activité mesurée par les HHD et le taux des dépassements. Tout se passe comme si les médecins ajustaient leurs tarifs dans le but d'atteindre un niveau de « revenu cible ». Ce résultat conduirait à l'idée selon laquelle il existerait une substitution entre dépassements et activité ou honoraires hors dépassements : les médecins utiliseraient les dépassements pour compenser leur plus faible activité et augmenter leur revenu.

1.3.6. Des taux de dépassements plus élevés sur les actes cliniques

Sur quels types d'actes les médecins dépassent-ils le plus ? Pour les médecins de secteur 2 présents dans le fichier, le montant des dépassements issus d'actes cliniques s'élevait à 941 millions d'euros, alors que les dépassements issus d'actes techniques s'élevaient à 888 millions d'euros. Au niveau « macro », les dépassements semblent donc d'une ampleur comparable entre les deux types d'actes.

Le taux de dépassements moyen par médecin, issu d'actes cliniques (techniques) est mesuré comme le rapport entre le montant des dépassements issus d'actes cliniques (techniques) et le montant des honoraires totaux issus de ces actes. Il est, toutes spécialités confondues, plus élevé de 10 points sur les actes cliniques que sur les actes techniques (respectivement 37 % et 27 % – *tableau 7*). Autrement dit, 37 % des honoraires totaux issus d'actes cliniques sont des dépassements alors que ce n'est le cas que de 27 % pour les honoraires issus d'actes techniques.

Pour les médecins qui pratiquent régulièrement les deux types d'actes (c'est-à-dire pour qui au minimum 10 % de leurs actes sont des actes cliniques ou techniques), les taux de dépassements pratiqués sur les actes cliniques et techniques sont très différents. Hormis pour les stomatologues, le taux de dépassement sur les actes cliniques est systématiquement plus élevé que sur les actes techniques, l'écart atteint 16 points pour les rhumatologues, les gynécologues, les ophtalmologues et les pneumologues. Les chirurgiens, qui réalisent un tiers d'actes techniques, ont des taux de dépassement comparables entre actes cliniques et techniques, autour de 35 %. Les anesthésistes et les dermatologues ont des taux de dépassement sur les actes cliniques et techniques relativement proches également, avec un écart de seulement 4 ou 5 points entre ces deux taux.

Tableau 7 : Taux de dépassement sur les actes cliniques et techniques et part des actes techniques dans le total des actes, pour les médecins en secteur 2 ou secteur 1 avec DP

	% d'actes techniques dans l'ensemble des actes	Taux de dépassement sur les actes techniques *	Taux de dépassement sur les actes cliniques *	Taux moyen
Omnipraticiens	10,9	18,2	31,5	30,9
Anesthésistes	59,5	30,4	35,8	31,5
Cardiologues	59,4	17,6	28,0	21,6
Chirurgiens	33,7	35,6	36,0	35,4
Dermatologues	22,5	36,1	40,3	38,9
Radiologues	98,0	20,2	24,1	20,4
Gynécologues	21,3	31,9	48,2	42,0
Gastro-entérologues	42,1	19,6	31,9	24,3
Oto-rhino-laryngologues	50,7	27,8	36,6	31,6
Pédiatres	4,0	15,6	39,2	35,4
Pneumologues	60,9	18,3	34,0	24,0
Rhumatologues	39,2	23,2	39,2	33,9
Ophthalmologues	39,3	28,1	44,3	37,5
Psychiatres et neuropsychiatres	0,1	9,7	40,1	39,8
Stomatologues	59,2	44,7	36,8	43,5
Autres médecins	22,2	18,9	39,8	36,5
Autres chirurgiens	31,3	31,5	38,9	34,8
Ensemble	27,9	27,1	37,3	34,2

* montant des dépassements issus d'actes techniques (resp cliniques) sur les honoraires totaux issus de ces mêmes actes, pour les médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires issus d'actes techniques (resp cliniques),

Sources : Insee-DGFiP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, médecins en secteur 2 ou 1 avec DP.

2. Mimétisme des comportements et solvabilité de la clientèle : les principaux déterminants des dépassements d'honoraires

Les statistiques présentées dans la partie précédente, montrent qu'il existe une forte hétérogénéité des comportements inter- et surtout intra-spécialité, dans les taux d'accès au secteur 2 mais également dans les montants et les taux de dépassements pratiqués par les médecins de ce secteur. Plusieurs facteurs explicatifs de ces disparités ont été évoqués : la localisation, le mode d'exercice, le niveau et la composition de l'activité. Toutefois, cette analyse univariée ne permet pas d'analyser l'impact simultané des différentes variables ni de tenir compte des interactions qui existent entre ces différents facteurs explicatifs.

Dans cette partie, nous proposons une analyse des déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires ; nous effectuons une analyse « toutes choses égales par ailleurs » afin de déterminer les facteurs qui influencent le plus la probabilité, pour un médecin, de s'installer en secteur 2 et ceux qui contribuent le plus à expliquer le montant des dépassements des médecins exerçant en secteur 2.

Traditionnellement, la littérature en économie de la santé suppose que deux mécanismes sont susceptibles de dicter les comportements des médecins : l'objectif d'un « revenu cible » ou l'objectif de maximisation du revenu (voir par exemple McGuire et Pauly (1991)). Cette approche du « revenu cible » (la cible à atteindre pouvant revêtir différentes significations : un revenu fixe que les médecins cherchent à atteindre compte tenu de leurs compétences ou compte tenu du revenu moyen perçu par les médecins de la même spécialité exerçant dans leur zone d'exercice, par exemple) a été longtemps discréditée en économie de la santé, comme le montrent Folland et al. (1997). En particulier, McGuire et Pauly (1991) soulèvent plusieurs objections à l'hypothèse qu'un revenu cible dicterait les comportements des médecins. Pourquoi ces derniers s'arrêteraient-ils dès qu'ils atteignent un certain niveau d'activité ? Comment les « cibles » sont-elles fixées ? Comment expliquer les différences de revenus cibles entre les médecins ? En pratique, peu d'études empiriques permettent de mettre en évidence l'existence d'un revenu cible chez les médecins et elles sont principalement américaines. Les études les plus récentes sont celles de Rizzo et Zeckhauser (2003, 2007) réalisées à partir d'un échantillon de jeunes médecins grâce auquel ils observent directement un « revenu de référence » (revenu déclaratif que les médecins considèrent comme approprié, étant donné leur niveau d'expérience). Rizzo et Zeckhauser (2003) montrent que ce revenu de référence a un impact beaucoup plus faible sur logarithme des revenus annuels pour les médecins qui sont au-dessus (+0,13)

que pour ceux qui sont en-dessous (+0,59) de leur revenu de référence. Dans un article plus récent, Rizzo et Zeckhauser (2007) montrent que l'impact du revenu de référence diffère entre les hommes et les femmes médecins : les hommes réagissent fortement lorsque leur revenu réel passe en-dessous de leur revenu de référence en raccourcissant la durée de la consultation et en se concentrant sur des actes plus rémunérateurs. En revanche, l'activité des femmes est insensible à ce revenu de référence.

Notre étude n'a pas pour ambition de contribuer à la littérature sur ce sujet ; nous ne disposons notamment pas des données appropriées²⁰. Toutefois, l'analyse descriptive de la partie précédente montre par exemple que les médecins ayant des honoraires hors dépassement faibles pratiquent des taux de dépassement élevés (*tableau 6*) ou que les dépassements sont concentrés sur les actes cliniques, considérés comme moins rémunérateurs (*tableau 7*) ou encore que la pratique des dépassements est très concentrée dans certains départements. Ces premiers résultats pourraient suggérer l'existence d'un revenu cible que les médecins cherchent à atteindre.

Cette analyse sera menée sur quatre spécialités médicales : les chirurgiens, les ophtalmologues, les psychiatres et les gynécologues. Elles ont été choisies pour plusieurs raisons.

- Tout d'abord, il est nécessaire d'étudier des spécialités comportant suffisamment de médecins, et notamment de médecins en secteur 2, afin de mener une analyse économétrique robuste et de modéliser les comportements de médecins qui ne soient pas considérés comme marginaux.
- En outre, les spécialités retenues sont assez hétérogènes en termes de structure d'activité : les psychiatres sont une spécialité essentiellement clinique et 60 % environ des honoraires (hors dépassements) des gynécologues sont issus d'actes cliniques. En revanche, environ la moitié des honoraires (hors dépassement) des ophtalmologues sont issus d'actes techniques et les chirurgiens ont une activité très majoritairement technique.
- Enfin, ces spécialités ont des montants de dépassements et des taux d'accès au secteur 2 très différents : seuls 27 % des psychiatres sont en secteur 2 mais c'est le cas de 76 % des chirurgiens.

Les quatre spécialités choisies diffèrent fortement en termes de caractéristiques socio-démographiques (structure par sexe et âge – *tableau 8*) : les chirurgiens sont une population de médecins quasi exclusivement masculine alors que les gynécologues sont à plus de 50 % des femmes. Comme indiqué dans la partie précédente, ces spécialités se distinguent également par des taux d'accès au secteur 2 très différents. L'activité des médecins (mesurée ici par le nombre d'actes annuels) varie très fortement, en particulier en fonction du secteur de conventionnement. À l'exception des chirurgiens, les médecins du secteur 2 ont une activité très inférieure à celle des médecins du secteur 1 ; en revanche, ils ont des honoraires totaux supérieurs. Les chirurgiens se démarquent puisque ceux du secteur 2 ont une activité en moyenne supérieure de 18 % à ceux du secteur 1. En conséquence, l'écart d'honoraires entre les deux catégories est considérable (+63 % pour ceux du secteur 2).

²⁰ Cependant, les médecins de l'échantillon sont suivis sur deux années, 2005 et 2008. En utilisant la dimension panel des données, il sera possible d'éclaircir cette question. Nous pourrions notamment analyser comment les médecins réagissent lorsqu'ils font face à une diminution de leur activité (suite, par exemple, à une augmentation de la densité médicale dans leur département d'exercice) : augmentent-ils le montant de leurs dépassements pour maintenir le niveau de leurs revenus ?

Tableau 8 : Quelques caractéristiques, en 2008, des quatre spécialités étudiées

	Ophthalmologues	Psychiatres	Gynécologues	Chirurgiens
Effectif	4 170	5 664	4 907	4 560
% en secteur 2 (1)	54 %	27 %	53 %	76 %
% de femmes	40,5 %	37,4 %	51,9 %	4,7 %
Âge moyen (médian)	52,9 (53)	54,8 (56)	54,5 (55)	51,6 (52)
Âge moyen à l'installation (médian)	32,9 (32)	35,8 (34)	33,9 (33)	36,5 (35)
Durée moyenne entre thèse et installation (médiane)	3,2 (2)	5,3 (3)	4,1 (3)	5,9 (4)
Activité moyenne ⁽²⁾ (médiane)	6626 (5 971)	2647 (2 058)	3387 (3 250)	2124 (1 904)
médecins en secteur 1 / 2	7 397 / 5 961	2 864 / 2 068	3 680 / 3 128	1 863 / 2 204
Honoraires totaux moyens (médians)	268 715 € (224 795 €)	114 848 € (97 844 €)	181 876 € (144 592 €)	258 071 € (235 691 €)
médecins en secteur 1 / 2	215 421€ / 314 679€	110 776€ / 125 673€	144 589€ / 214 772€	173 337€ / 284 019€
% moyen d'actes techniques (médiane)	42 % (37 %)	0,2 % (0 %)	23 % (18 %)	34 % (32 %)

Sources : Insee-DGFiP-Chamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

(1) : secteur 2 est la somme des secteurs 1 avec DP et des secteurs 2. Secteur 1 = secteur 1 sans DP.

(2) : l'activité est mesurée ici par le nombre total d'actes réalisés dans l'année (actes cliniques et actes techniques).

Cette partie a pour objectif de mieux comprendre les déterminants des dépassements d'honoraires des médecins. Pour cela, nous utilisons les données individuelles appariées et modélisons deux décisions :

- d'une part, la probabilité, pour un médecin, de choisir d'exercer en secteur 2 ;
- d'autre part, le montant moyen de dépassements pratiqué par un médecin en secteur 2.

L'annexe 2 fournit plus de détails sur la modélisation retenue.

2.1. La probabilité de s'installer en secteur 2 : une forte influence du contexte juridique et de la demande locale

Dans un premier temps, nous expliquons la probabilité, pour un médecin, d'exercer en secteur 2²¹. Les variables explicatives retenues caractérisent le médecin ainsi que son département d'exercice, à l'année à laquelle il choisit son secteur de conventionnement (*annexe 2*). Les résultats de l'estimation du modèle sont présentés dans le *tableau 9*, qui fournit la moyenne des effets marginaux individuels. Les coefficients sont ainsi directement interprétables et mesurent l'impact, en pourcentage, de la variable considérée sur la probabilité de s'installer en secteur 2.

²¹ Rappelons que nous utilisons la dénomination « secteur 2 » pour désigner les médecins en secteur 2 ainsi que les médecins en secteur 1 ayant un droit permanent à dépassement.

Tableau 9 : Probabilité de s'installer en secteur 2 (moyenne des effets marginaux individuels)

	Ophthalmologues	Psychiatres	Gynécologues	Chirurgiens
Femme (ref : homme)	-0.140*** (0.015)	-0.057*** (0.012)	-0.157*** (0.013)	0.024 (0.033)
Install. ≤31 ans (ref: 32-36 ans)	-0.046*** (0.016)	-0.043*** (0.016)	-0.017 (0.016)	-0.088*** (0.031)
Install. ≥ 37 ans (ref: 32-36 ans)	-0.208*** (0.022)	-0.050*** (0.013)	-0.141*** (0.019)	-0.195*** (0.022)
Install. dans dépt de thèse	-0.009 (0.015)	-0.013 (0.012)	0.057*** (0.014)	0.081*** (0.021)
enfants (ref : aucun)	-0.037** (0.018)	-0.014 (0.014)	-0.009 (0.017)	0.009 (0.015)
Durée thèse-install 1-2 (ref:install. immédiate)	0.012 (0.019)	0.022 (0.020)	0.037* (0.020)	0.012 (0.044)
Durée thèse-install ≥ 3 (ref:install. immédiate)	0.122*** (0.022)	0.100*** (0.014)	0.075*** (0.020)	0.010 (0.045)
Install. ≥70 & ≤ 74 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.120*** (0.038)	0.081** (0.032)	0.097*** (0.034)	-0.062 (0.066)
Install. ≥75 & ≤ 79 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.062** (0.024)	0.051** (0.022)	0.055*** (0.022)	-0.053 (0.033)
Install. ≥85 & ≤ 89 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.007 (0.020)	0.002 (0.017)	-0.017 (0.018)	0.026 (0.025)
Install. ≥90 & ≤ 94 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	-0.186*** (0.031)	-0.110*** (0.020)	-0.179*** (0.027)	-0.042* (0.026)
Install. ≥95 & ≤ 99 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.098*** (0.030)	0.024 (0.022)	-0.034 (0.029)	0.00005 (0.027)
Install. ≥00 & ≤ 04 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.249*** (0.032)	0.165*** (0.026)	0.212*** (0.029)	0.097*** (0.030)
Install. ≥05 (ref : Install. ≥80 & ≤ 84)	0.305*** (0.036)	0.354*** (0.033)	0.282*** (0.030)	0.139*** (0.034)
Dens. spec considérée < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.011 (0.027)	0.046* (0.025)	-0.025 (0.027)	-0.046** (0.021)
Dens. spec considérée > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.076*** (0.018)	0.038*** (0.014)	0.151*** (0.020)	0.098*** (0.026)
Rev. net imposable < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.082*** (0.032)	0.029 (0.033)	-0.081*** (0.031)	-0.091*** (0.028)
Rev. net imposable > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.215*** (0.021)	0.212*** (0.011)	0.218*** (0.022)	0.095*** (0.025)
Part +60 ans < Q1 (ref: entre Q1 et Q3)	-0.015 (0.016)	0.021* (0.012)	0.047*** (0.015)	0.034* (0.017)
Part +60 ans > Q3 (ref: entre Q1 et Q3)	0.007 (0.024)	-0.070*** (0.020)	0.044* (0.022)	0.026 (0.021)
Nombre d'observations	4 170	5 664	4 907	4 560
Pseudo-R ²	0.14	0.13	0.19	0.14
% de paires concordantes	67.8 %	74.7 %	71.2 %	77.8 %

Notes: les écarts-types sont fournis entre parenthèses. * signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 10 %, ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Lecture : « Toutes choses égales par ailleurs », les femmes ophtalmologues ont 14 % de chances de moins de s'installer en secteur 2 que leurs collègues masculins. Ce coefficient est significatif au seuil de 1 %.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

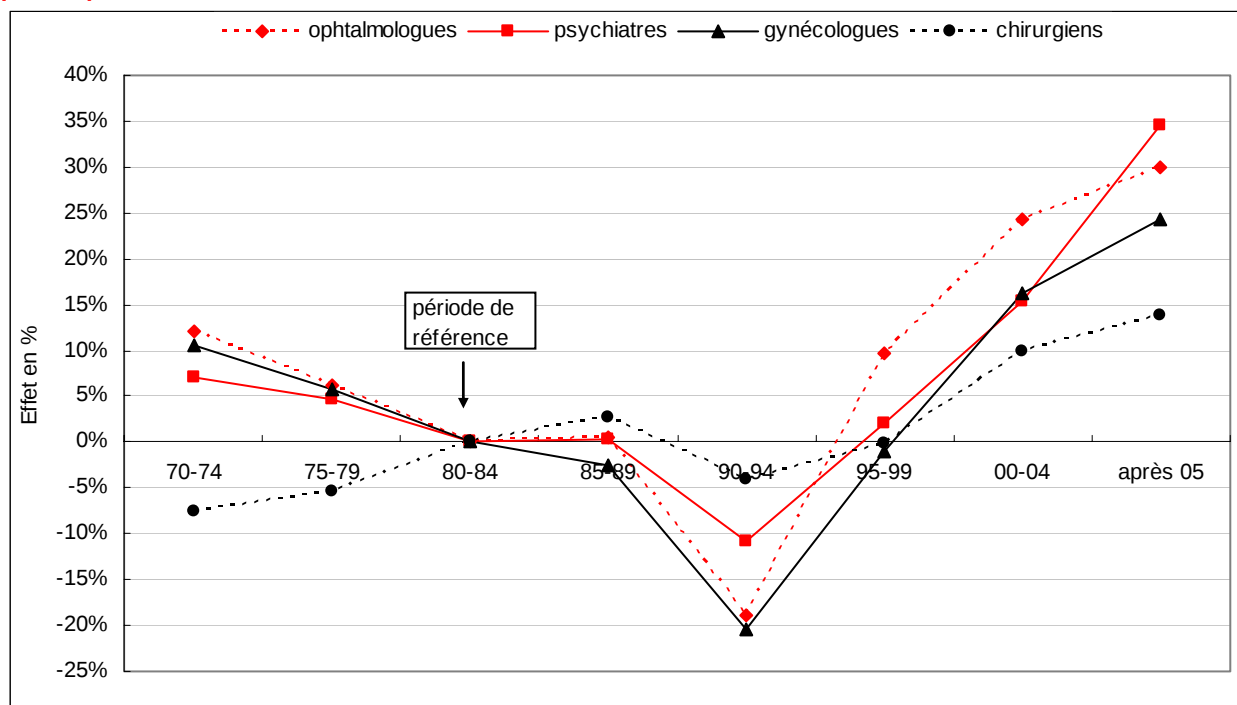
2.1.1. Les hommes optent plus que les femmes pour le secteur 2

Pour l'ensemble des spécialités retenues à l'exception des chirurgiens, les hommes sont plus susceptibles de s'installer en secteur 2 que les femmes. Les femmes ophtalmologues ont 14 % de chances de moins de s'installer en secteur 2 que les hommes ; les écarts sont moins marqués pour les autres spécialités (-6 % pour les psychiatres par exemple). La population des chirurgiens constitue une exception : il n'existe pas de différence significative dans la probabilité de s'installer en secteur 2 des hommes et des femmes, mais il faut noter que moins de 5 % des chirurgiens sont des femmes (*tableau 8*). Avoir des enfants au moment de son installation n'influence pas significativement la probabilité, pour un médecin, de choisir le secteur 2²².

2.1.2. La probabilité de s'installer en secteur 2 a fortement augmenté depuis 1990

La probabilité de s'installer en secteur 2 est marquée par une forte temporalité (*graphique 4*), puisque l'accès au secteur 2 a été très encadré (*encadré 1*). La probabilité de s'installer en secteur 2 est relativement stable entre 1980-1989 puis diminue fortement entre 1990 et 1994 (période de gel du secteur 2). En revanche, l'accès au secteur 2 augmente continuellement et très fortement ensuite, les conditions d'accès ayant été progressivement assouplies et diversifiées (le statut d'ancien chef de clinique mais également de nombreux autres statuts permettent maintenant l'accès à ce secteur). En conséquence, les effectifs de nouveaux médecins installés en secteur 2 ne cessent de croître.

Graphique 4 : Moyenne des effets marginaux individuels sur la probabilité de s'installer en secteur 2, pour les quatre spécialités sélectionnées.



Lecture : Les ophtalmologues installés entre 1970 et 1974 ont 12 % de chances de plus de s'installer en secteur 2 que les ophtalmologues installés entre 1980 et 1984 (la référence). Cette proportion atteint 30 % pour les ophtalmologues installés après 2005.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008. - Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

2.1.3. La probabilité de s'installer en secteur 2 augmente avec la durée écoulée depuis la fin des études de médecine

La durée écoulée entre la thèse et l'installation en libéral varie fortement entre les spécialités (3,2 ans pour les ophtalmologues et près de 6 ans pour les chirurgiens – *tableau 8*). Les résultats des estimations montrent qu'une installation tardive après la thèse augmente la probabilité, pour les médecins, de s'installer directement en secteur 2 (+12 % pour les ophtalmologues ou +10 % pour les psychiatres qui attendent plus de 3 ans avant de s'installer par exemple).

Dans la mesure où cette régression contrôle par l'âge à l'installation des médecins, deux interprétations peuvent expliquer cette plus forte propension à s'installer en secteur 2. La première est que ces médecins ont commencé à se constituer une clientèle (en effectuant des remplacements par exemple), qu'ils peuvent conserver lorsqu'ils s'installent à leur compte. Ils peuvent donc plus facilement choisir de s'installer en secteur 2, sans crainte que leurs tarifs plus élevés ne dissuadent la clientèle potentielle.

²² Ce coefficient n'est significatif que pour les ophtalmologues, mais son sens est contraire à l'intuition.

Une autre interprétation, plus probable, est que ces médecins ont pu occuper, pendant la durée précédant leur installation en libéral, des postes ouvrant l'accès au secteur 2. Ils ont par exemple été chefs de clinique ou assistants des hôpitaux.

Notons que s'installer dans son département de thèse (i.e. le département dans lequel les médecins ont fait leurs études, et donc probablement leurs stages d'application) augmente la probabilité de s'installer en secteur 2 des chirurgiens (+8 %) et des gynécologues (+7 %). Les médecins dans cette situation connaissent déjà une partie de leur clientèle ou ont des réseaux qui leur permettent de constituer une clientèle plus rapidement. En conséquence, ils sont plus à même de s'installer en secteur 2.

2.1.4. La probabilité d'exercer en secteur 2 augmente avec la solvabilité et la taille de la demande locale

Le revenu net imposable moyen des habitants d'un département est une des variables déterminantes de la probabilité de s'installer en secteur 2, quelle que soit la spécialité étudiée. Les médecins exerçant dans des départements où le revenu moyen des habitants est élevé (supérieur au troisième quartile de la distribution des revenus moyens des habitants de l'ensemble des départements) ont une probabilité beaucoup plus forte de s'installer en secteur 2 : +22 % pour les ophtalmologues, les gynécologues, et les psychiatres. L'effet est moins marqué pour les chirurgiens (+9,5 %). Ce résultat est intuitif : les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et le sont uniquement par certains contrats complémentaires. Seuls les médecins qui ont une clientèle plus aisée peuvent se permettre de pratiquer des dépassements de façon systématique, tout en conservant leurs patients.

On retrouve ici un des résultats principaux de Lancry (1989) qui, à partir de données départementales agrégées de 1986, montre que la proportion de spécialistes en secteur 2 (toutes spécialités confondues) est principalement déterminée par le revenu moyen des habitants du département. Darbon et Letourmy (1989) montrent également, en utilisant un échantillon de communes françaises, que le pourcentage de spécialistes en secteur 2 au sein d'une commune est positivement (resp. négativement) corrélé au pourcentage de cadres (resp. d'ouvriers).

La demande potentielle qui s'adresse à chaque médecin est prise en compte dans la régression en utilisant un indicateur de densité médicale départementale, le nombre de médecins libéraux de la spécialité étudiée (quel que soit le secteur de conventionnement) pour 100 000 habitants, au moment du choix du secteur 2²³. Cette densité influence fortement la probabilité qu'un médecin choisisse de s'installer en secteur 2 et ce, quelle que soit la spécialité considérée. « Toutes choses égales par ailleurs », plus les médecins exercent dans un département où la densité, pour leur spécialité, est élevée, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 augmente (+15 % pour les gynécologues, +10 % pour les chirurgiens, +8 % pour les ophtalmologues et +4 % pour les psychiatres). Cet indicateur de concurrence entre les médecins traduit la demande potentielle qui s'adresse à chacun d'entre eux : plus la densité est élevée, plus cette demande est faible. Pratiquer des tarifs plus élevés leur permettrait de contrebalancer la faiblesse de la demande, tout en continuant à s'installer dans des départements où la densité médicale est élevée.

2.2. Le montant des dépassements est fortement influencé par le mode d'activité des médecins et l'offre de soins du département

Nous modélisons, dans un second temps, le montant des dépassements observé en 2008 pour les médecins du secteur 2²⁴. Comme précédemment, le terme de « secteur 2 » désigne à la fois les médecins en secteur 2 et les médecins en secteur 1 ayant un droit permanent à dépassement. Le modèle comporte non seulement des variables caractérisant le médecin et son activité mais aussi le département dans lequel il exerce en 2008. Les résultats de la régression sont présentés dans le *tableau 10*.

²³ Cette régression inclut également la part des habitants de plus de 60 ans dans le département, variable qui capte, dans une certaine mesure, l'état de santé de la population du département.

²⁴ Nous préférons estimer le montant des dépassements plutôt que le taux de dépassement. En effet, ce dernier, défini par le montant des dépassements sur les honoraires totaux (y compris dépassements) est plus difficile à modéliser dans la mesure où un même taux de dépassement peut être associé à des montants de dépassements, et donc des comportements, très différents (selon le montant des honoraires). Il est par ailleurs difficile de distinguer, dans l'influence des différentes variables explicatives, ce qui relève d'un effet sur les honoraires ou d'un effet sur le montant des dépassements. Nous préférons donc expliquer directement le montant des dépassements, en le contrôlant toutefois par le niveau des honoraires des médecins.

Tableau 10 : Déterminants du montant des dépassements

	Ophtalmologues	Gynécologues	Psychiatres	Chirurgiens
L'influence des caractéristiques individuelles				
Femme (ref : homme)	-0.136*** (0.025)	-0.110*** (0.022)	-0.045 (0.046)	-0.099 (0.071)
marié/pacsé (ref : célibataire, divorcé,...)	-0.056* (0.032)	0.037 (0.027)	0.012 (0.058)	-0.028 (0.046)
Enfants à charge (ref: pas d'enfants)	-0.001 (0.024)	-0.039* (0.019)	-0.004 (0.038)	-0.050 (0.038)
Log(revenu du conjoint)	0.003 (0.002)	-0.005** (0.002)	0.002 (0.005)	0.006** (0.003)
L'influence du type d'activité des médecins				
Expérience ∈ [1-10 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.085*** (0.032)	0.041 (0.029)	-0.007 (0.049)	-0.217*** (0.037)
Expérience ∈ [21-30 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.042 (0.028)	0.052** (0.023)	0.009 (0.047)	0.042 (0.040)
Expérience ∈ [31-39 ans] (ref : [11-20 ans])	-0.032 (0.040)	0.047 (0.031)	0.034 (0.065)	0.020 (0.074)
Libéral à temps partiel (ref :Libéral à temps plein)	-0.003 (0.034)	-0.055** (0.026)	-0.048 (0.045)	0.002 (0.066)
Libéral ac TP hospitalier (ref :Libéral à temps plein)	0.029 (0.027)	0.041* (0.022)	0.075 (0.047)	-0.021 (0.046)
hospitalier à tps plein avec secteur privé (ref :Libéral à temps plein)	0.349*** (0.061)	0.150*** (0.038)	0.398* (0.141)	-0.160** (0.063)
Log(honoraires hors dépassements ni forfaits)	0.888*** (0.027)	0.941*** (0.016)	0.971*** (0.027)	0.795*** (0.018)
Taux de salaire < Q3 (ref : pas de rev salarié)	-0.061*** (0.025)	-0.063*** (0.020)	-0.028 (0.039)	-0.080* (0.042)
Taux de salaire >Q3	-0.031 (0.048)	-0.053 (0.036)	-0.201 *** (0.063)	0.021 (0.063)
SEL (ref: pas de société)	0.204*** (0.048)	0.210*** (0.044)	0.398*** (0.143)	0.146*** (0.062)
Autre société (ref: pas de société)	0.032 (0.027)	0.023 (0.023)	0.132** (0.051)	0.013 (0.053)
Honoraires issus d'actes techniques < 25% (ref : [50-75 %])	0.235*** (0.033)	0.267*** (0.028)	-	-0.378*** (0.093)
Honoraires issus d'actes techniques [25 % - 50 %] (ref : [50-75 %])	0.136*** (0.030)	0.207*** (0.025)	-	-0.057 (0.087)
Honoraires issus d'actes techniques >75% (ref : [50-75 %])	-0.363*** (0.029)	-0.257*** (0.032)	-	-0.126*** (0.033)
L'influence des caractéristiques de la patientèle				
Part de patients femmes	-0.002 (0.004)	-	-0.003 (0.002)	0.014*** (0.001)
Part de patients en ALD	-0.004 (0.003)	-0.004** (0.002)	-0.014*** (0.002)	-0.001 (0.001)
Part de patients CMU	-0.027*** (0.004)	-0.035*** (0.002)	-0.076*** (0.005)	-0.049*** (0.005)
Part de patients de 0-25 ans	0.000 (0.002)	-1.414*** (0.220)	0.001 (0.001)	0.002* (0.001)
Part de patients de + 65 ans	0.005***	0.541**	0.007***	-0.008***

	(0.002)	(0.220)	(0.003)	(0.002)
L'influence des caractéristiques des habitants du département				
Log(niveau de vie des habitants du département)	0.876*** (0.166)	0.383*** (0.128)	0.006 (0.325)	0.610*** (0.226)
Taux de mortalité	-0.033*** (0.009)	0.003 (0.007)	-0.016 (0.019)	-0.007 (0.015)
L'influence des caractéristiques de l'offre de soins présente dans le département				
Densité de la spécialité considérée	0.009 (0.006)	0.011 *** (0.003)	0.007 *** (0.002)	0.019*** (0.007)
Part de la spécialité considérée en S2	-0.004*** (0.001)	-0.003** (0.001)	-0.025*** (0.005)	-0.005*** (0.002)
Log (dépassements moyens de la spécialité considérée)	0.469*** (0.047)	0.451*** (0.041)	0.682*** (0.083)	0.909*** (0.053)
Constante	-12.670*** (1.740)	-8.232*** (1.366)	-5.440** (3.320)	-14.429*** (2.381)
Nombre d'observations	2 245	2 617	1 555	3 502
R²	0.64	0.75	0.62	0.59

Notes: i) les écarts types sont entre parenthèse; ii) * signifie que les coefficients sont significatifs au seuil de 10 %, ** au seuil de 5 % et *** au seuil de 1 %.

Sources : Insee-DGFIP-Cnamts - Exploitation Drees, données 2008.

Champ : France métropolitaine, 4 spécialités.

2.2.1. Une faible influence des caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles ont relativement peu d'influence sur le montant des dépassements des médecins en secteur 2.

Toutes choses égales par ailleurs (et notamment à honoraires et niveau d'expérience identiques), les femmes ophtalmologues ou gynécologues ont des dépassements en moyenne plus faibles que les hommes (respectivement -13,6 % et -11 %). On n'observe en revanche pas de différences dans les montants de dépassements des hommes et femmes psychiatres et chirurgiens.

En outre, la situation familiale influence peu les décisions des médecins, que ce soit la situation matrimoniale, le nombre d'enfants ou le revenu du conjoint.

2.2.2. Le montant des dépassements ne varie pas systématiquement avec le niveau d'expérience

L'expérience, définie par le nombre d'années écoulées depuis l'installation en libéral du médecin, ne joue pas de façon identique pour toutes les spécialités. Pour les spécialités « cliniques » (gynécologues, psychiatres), on n'observe pas de différence significative dans les montants de dépassements pratiqués par les jeunes médecins (moins de 10 ans d'expérience) et les médecins de 11 à 20 ans d'expérience, ni avec les médecins plus âgés. Ce résultat peut paraître surprenant car les honoraires des médecins sont généralement croissants avec l'expérience. Notre analyse étant effectuée à honoraires fixés, ce résultat signifie que le taux de dépassement de ces spécialités est stable au cours de la carrière.

Sur des données en coupe, il est cependant difficile de distinguer ce qui relève d'un effet d'expérience d'un effet de génération. De ce fait, cette stabilité des dépassements quel que soit le niveau d'expérience du médecin pourrait également s'interpréter comme un effet générationnel : les jeunes médecins, installés dans les années 2000, n'ont pas des comportements significativement différents en matière de dépassements que leurs collègues plus âgés, installés dans les années 1970.

En revanche, pour les deux spécialités plus « techniques » (chirurgiens, ophtalmologues), le profil de l'expérience est différent. Ces médecins pratiquent moins de dépassements en début de carrière : les ophtalmologues ayant entre 1 et 10 ans d'expérience ont des dépassements 8,5 % plus faibles que les médecins ayant entre 11 et 20 ans d'expérience ; ce chiffre atteint -21,7 % pour les chirurgiens. Ces médecins débutant leur activité sont en phase de constitution de leur clientèle ; ils limitent alors probablement le montant de leurs dépassements pour la fidéliser. Ce n'est plus le cas des médecins plus âgés qui peuvent donc se permettre de pratiquer des dépassements plus élevés : les montants de dépassements pratiqués par les médecins sont non significativement différents entre 11 et 40 ans d'expérience. En outre, si les médecins considèrent les dépassements comme une rémunération supplémentaire de leurs compétences (acquises avec l'expérience), cela explique la croissance des dépassements avec l'expérience.

D'un point de vue générationnel, bien que les chirurgiens et ophtalmologues installés le plus récemment soient plus fréquemment en secteur 2 que les médecins des générations anciennes (résultats de la première régression), ce résultat signifie qu'ils pratiquent des dépassements plus faibles que ces derniers. De ce fait, les médecins des générations plus anciennes ne sont probablement pas en secteur 2 pour les

mêmes raisons que leurs confrères plus jeunes : ils exercent moins systématiquement en secteur 2, mais ceux qui y sont choisissent de pratiquer des dépassements très élevés.

2.2.3. Le mode d'activité du médecin influence très fortement le montant de ses dépassements

« Toutes choses égales par ailleurs », les médecins de secteur 2 hospitaliers à temps plein avec secteur privé se distinguent des autres par des montants de dépassements très supérieurs. Ainsi, les ophtalmologues ayant ce statut font, toutes choses égales par ailleurs, des dépassements d'un montant supérieur de 35 % à ceux des médecins en exercice libéral intégral ; ce chiffre s'élève à 39 % pour les psychiatres et 15 % pour les gynécologues. Seuls les chirurgiens font exception avec des dépassements en moyenne plus faibles (-16 %). Ce résultat corrobore ceux obtenus dans la partie descriptive précédente. Il pourrait s'expliquer par le fait que les médecins hospitaliers doivent verser une redevance à l'établissement qui les accueille, s'élevant à 16 % du montant de leurs consultations (hors dépassement). De ce fait, pratiquer des dépassements plus élevés pourrait être un moyen de compenser le montant de ce reversement.

Les montants de dépassements pratiqués par les médecins ayant un exercice libéral avec un temps partiel à l'hôpital ou ailleurs ne sont généralement pas significativement différents de ceux pratiqués par les médecins en exercice libéral intégral. Les gynécologues font cependant exception, avec des montants de dépassements plus élevés lorsqu'ils sont en exercice libéral avec temps partiel hospitalier (+4 %).

La présence d'un salaire influence doublement le montant des dépassements pratiqués par les médecins. Les médecins ayant un salaire, mais dont le taux de salaire²⁵ est inférieur au troisième quartile des taux de salaire perçus par les médecins de leur spécialité ont des dépassements inférieurs de 6 à 8 % à ceux des médecins qui ne touchent pas de salaire. En revanche, les médecins salariés, ayant un salaire relativement élevé (taux de salaire supérieur au troisième quartile) pratiquent des dépassements d'un montant identique à ceux des médecins ne touchant pas de salaire.

Enfin, pour l'ensemble des spécialités considérées, les dépassements sont d'autant plus élevés que le médecin exerce en société et notamment en Société d'Exercice Libéral (SEL). Les dépassements sont supérieurs de 39 % pour les psychiatres de secteur 2 en SEL par rapport à ceux qui n'exercent pas en société (1,8 % des psychiatres de secteur 2 exercent en SEL), de 21 % pour les ophtalmologues et les gynécologues et de 15 % pour les chirurgiens (qui exercent respectivement pour 12 %, 8 % et 17 % d'entre eux en SEL).

2.2.4. Les médecins ont des dépassements plus élevés lorsqu'une part importante de leur activité est issue d'actes cliniques

Enfin, la composition de l'activité du médecin, que nous avons synthétisée en distinguant les actes techniques et les actes cliniques, explique fortement les montants de dépassements. Les résultats de la partie descriptive ont montré que, contrairement à l'intuition, ce ne sont pas sur les actes techniques que les médecins ont les taux de dépassement les plus importants (voir partie 1.3.6). Ce résultat est corroboré par la modélisation. Dans les régressions, nous avons utilisé comme indicateur de « technicité » la part des honoraires hors dépassements (HHD) issus d'actes techniques. Cet indicateur est scindé en quatre : une part inférieure à 25 %, entre 25 et 50 %, entre 50 et 75 % et supérieure à 75 %. Pour les ophtalmologues et les gynécologues (les chirurgiens sont à part et les psychiatres ne font pas d'actes techniques), plus une part importante de leur activité est consacrée à des activités cliniques, plus les médecins pratiquent des dépassements. Ainsi, les ophtalmologues dont moins de 25 % des HHD sont issus d'actes techniques ont des dépassements d'un montant supérieur de 23 % à ceux dont les honoraires sont composés de 50 à 75 % par des actes techniques. Ce taux s'élève à 27 % pour les gynécologues. Réciproquement, les médecins dont plus de 75 % des HHD sont issus d'actes techniques font moins de dépassements : -36 % pour les ophtalmologues, -25 % pour les gynécologues, -13 % pour les chirurgiens.

2.2.5. Des dépassements plus faibles sur les patients en ALD et/ou bénéficiaires de la CMU-C

De façon assez mécanique, le montant des dépassements est beaucoup plus faible (pour toutes les spécialités) quand la part de patients bénéficiaires de la CMU complémentaire augmente. En effet, les médecins ne peuvent pas, en théorie, pratiquer de dépassements sur ces derniers²⁶. « Toutes choses égales par ailleurs », ils facturent également un peu moins de dépassements aux patients en ALD ou exonérés du ticket modérateur (autre qu'en raison d'une ALD). Il est à noter que les médecins perçoivent, pour ces patients, une partie de leur rémunération sous forme forfaitaire.

²⁵ Le taux de salaire est défini comme la part du revenu salarié dans le revenu d'activité.

²⁶ Ils peuvent uniquement facturer un « DE » pour exigence particulière du patient.

En revanche, les médecins en secteur 2 ne modulent pas véritablement les dépassements en fonction de l'âge et du sexe de leur patientèle. Toutefois, plus les médecins ont une part élevée de patients âgés de plus de 65 ans, plus les montants de dépassements sont élevés. Une interprétation possible est que les patients âgés nécessitent des soins particuliers, plus coûteux et/ou plus longs sur lesquels les médecins sont plus à même de pratiquer des dépassements.

2.2.6. La solvabilité de la demande locale est un facteur explicatif important du montant des dépassements

La variable caractérisant le mieux la clientèle potentielle du département est le niveau de vie par département. Il joue très significativement et positivement sur les dépassements des médecins. Ainsi, une augmentation de 1 % du niveau de vie des habitants conduit à une augmentation de 6 % des dépassements des chirurgiens, de 3,8 % des gynécologues et de 0,9 % des ophtalmologues. Ce résultat est intuitif et semblable aux conclusions du modèle précédent de choix du secteur de conventionnement. Dans la mesure où les dépassements ne sont que peu, voire pas, pris en charge par les assurances complémentaires, la solvabilité de la demande locale est un facteur déterminant du montant des dépassements que peuvent pratiquer les médecins. Cette variable n'explique cependant pas significativement les montants de dépassements pratiqués par les psychiatres.

2.2.7. Un fort mimétisme des comportements en matière de dépassements

Enfin, les caractéristiques de l'offre de soins du département dans lequel le médecin exerce influencent très fortement les montants de dépassements.

« Toutes choses égales par ailleurs », les dépassements des médecins en secteur 2 sont une fonction croissante de la densité de médecins de même spécialité²⁷. Plus la densité est élevée (i.e. plus la compétition entre médecins est importante), plus ils pratiquent des dépassements élevés. Ce résultat peut paraître contre-intuitif car il signifie que la concurrence entre médecins dans ces départements densément peuplés ne s'exerce pas par les prix, probablement car la demande est peu élastique au prix de la consultation. À titre d'exemple, un médecin de plus pour 100 000 habitants entraîne une augmentation des dépassements des chirurgiens de 1,9 %, de 1,1 % pour les gynécologues et de 0,7 % pour les psychiatres. Les médecins compenseraient la faiblesse de la demande potentielle en pratiquant des tarifs plus élevés.

Cependant, au-delà de cet effet global de la densité médicale, on observe un effet spécifique de la part de médecins en secteur 2. « Toutes choses égales par ailleurs », et notamment à niveau de densité identique, le montant des dépassements est d'autant plus faible que la proportion de médecins de la même spécialité exerçant en secteur 2 (i.e. qui pratiquent également des dépassements) est élevée. C'est le cas pour l'ensemble des spécialités considérées. Par exemple, une augmentation de 1 % de la part des médecins en secteur 2 dans un département conduit à une diminution des dépassements de 0,5 % pour les chirurgiens ou de 0,4 % pour les ophtalmologues. Autrement dit, ce sont les comportements des confrères ayant des caractéristiques d'activité proches qui influencent le plus les médecins, qui se partagent à plusieurs la demande solvable.

En revanche, les dépassements pratiqués par les confrères exerçant dans le même département ont une influence positive très forte, pour toutes les spécialités sur les montants de dépassements pratiqués par les médecins. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs (et notamment à proportion de médecins en secteur 2 identique), une augmentation de 1 % des dépassements moyens pratiqués par les confrères entraîne une augmentation des dépassements de 0,5 % pour les ophtalmologues et les gynécologues et même de 0,9 % pour les chirurgiens. Ce résultat signifie qu'il existe donc un mimétisme des comportements en matière de dépassements au niveau départemental.

²⁷ Notons qu'il s'agit ici de la densité de médecins *libéraux* de même spécialité. La densité de médecins *libéraux et salariés* de même spécialité a également été introduite, sans que cela modifie les résultats des régressions.

Conclusion

Les dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour la régulation de notre système de santé : la part des médecins en secteur 2 ne cesse de croître et les taux de dépassements sont en progression constante depuis les dix dernières années. En raison des conditions d'entrée dans le secteur 2 (avoir été, par exemple, ancien chef de clinique ou assistant des hôpitaux), la pratique des dépassements n'est pas le fait des nouveaux médecins généralistes, qui s'installent presque exclusivement en secteur 1. Elle est en revanche très développée chez les médecins spécialistes : certaines spécialités médicales se caractérisent par une proportion de médecins en secteur 2 particulièrement élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL, ophtalmologues). Les dépassements sont également très concentrés dans certains départements ou pour certains modes d'exercice spécifiques.

Notre étude montre, sur quatre spécialités, que plusieurs facteurs relatifs à l'offre et à la demande de soins expliquent les comportements des médecins en matière de dépassements. Tout d'abord la solvabilité de la demande locale influence à la fois la probabilité pour un médecin de s'installer en secteur 2 mais aussi la pratique de dépassements élevés. Par ailleurs, on observe que les dépassements sont principalement réalisés sur les actes cliniques. De plus, une plus faible demande potentielle, mesurée par une forte densité médicale, influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 mais également le montant des dépassements pratiqués. Enfin, on observe un fort comportement mimétique entre les médecins : ils pratiquent des dépassements d'autant plus élevés que leurs confrères le font. Autrement dit, la pratique des dépassements n'est pas contrebalancée par l'effet de la concurrence entre médecins, probablement car la demande de soins est fortement socialisée et peu élastique. À la lecture de ces résultats, les comportements des médecins en matière de dépassements seraient donc probablement dictés par l'existence d'une « cible » de revenu à atteindre, la cible pouvant ici être mesurée par le montant des revenus moyens des médecins de la même spécialité du département. Cette hypothèse reste à confirmer et pourrait être testée en exploitant la dimension panel des données²⁸. S'il existe un revenu cible, l'enjeu des négociations actuelles avec les médecins est donc bien de déterminer le « juste niveau » de ce revenu et l'évolution que doit connaître ce revenu par rapport aux revenus d'autres professions libérales ou de professionnels salariés ayant des caractéristiques comparables (en termes de nombres d'années d'études, de responsabilités, de temps de travail hebdomadaire,...).

Nos résultats montrent par ailleurs que différents outils pourraient être utilisés par le régulateur pour limiter la pratique des dépassements en France. L'encadrement strict des conditions d'accès au secteur 2, comme ce fut le cas avec le gel du secteur 2 entre 1990 et 1992, est efficace : l'effectif de médecins s'installant en secteur 2 a chuté à cette période. C'est en revanche l'assouplissement progressif des règles d'entrée en secteur 2 à partir du milieu des années 1990 qui a conduit à une augmentation forte et continue de la part des médecins de ce secteur.

L'encadrement de la pratique des dépassements apparaît également efficace. Nos résultats le montrent avec le cas des patients bénéficiaires de la CMU-C : les médecins ayant une plus forte proportion de patients CMU-C – sur lesquels ils ont légalement une interdiction de pratiquer des dépassements – réalisent moins de dépassements.

La pratique des dépassements d'honoraires a des conséquences importantes pour l'accès aux soins des assurés, à la fois financier et géographique.

En effet, les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils ne le sont que potentiellement par les organismes complémentaires et cette prise en charge n'est souvent que partielle. En outre, si le remboursement de tout ou partie des dépassements est uniquement assuré par ces organismes, l'explosion du montant des dépassements pratiqués par les spécialistes ne pourra être absorbée que par une augmentation du montant des primes payées par les assurés. Les dépassements d'honoraires sont donc susceptibles de creuser encore plus les inégalités dans l'accès aux soins des assurés.

²⁸ En effet, les médecins sont suivis sur les années 2005 et 2008. Il est ainsi possible d'étudier le comportement en termes de dépassements des médecins qui font face à une diminution de leur activité – et donc potentiellement de revenu – sur cette période (à la suite, par exemple, d'une augmentation de la densité médicale dans leur département d'exercice). À titre d'exemple, on pourra se demander si ces médecins choisissent de pratiquer plus de dépassements, afin de compenser la diminution de leur activité et maintenir leur niveau de revenu.

Cette difficulté financière se double d'un problème géographique d'accès aux soins. En effet, les médecins exerçant dans les zones déjà très densément peuplées en médecins sont plus fréquemment en secteur 2 et pratiquent des dépassements d'un montant plus élevé. La possibilité de pratiquer des dépassements contribue donc à accentuer l'inégale répartition des médecins sur le territoire : ils continuent à s'installer dans des zones fortement dotées puisque pratiquer des dépassements leur permet de compenser la moindre activité résultant de la forte densité médicale. Les questionnements sur la régulation de la pratique des dépassements sont donc indissociables de ceux qui touchent à la répartition des médecins. *A contrario*, limiter la pratique des dépassements d'honoraires contribuerait probablement à limiter l'installation dans ces zones très densément peuplées et contribuerait à réduire l'inégale répartition des médecins sur le territoire.

Pour en savoir plus

Assemblée Nationale, 2008, Rapport d'information en conclusion des travaux sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par M. Marc Bernier.

Bories-Maskulova V., 2008, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 », *Point de repère* n°23, Cnamts.

Cnamts, 1987, « Les médecins du secteur 2 », *Bloc-Notes Statistiques* n°41

Cnamts, 1986, « Les médecins du secteur 2 en 1985 », *Bloc-Notes Statistiques* n°27

Cnamts, 1988, « Les dépassements tarifaires des médecins de mai à décembre 1987 », *Bloc-Notes Statistiques* n°34

Cnamts, 1992, « Le secteur 2 et les dépassements tarifaires », *Dossier Études et Statistiques* n°20

Cnamts, 2006, « Le secteur libéral des professions de santé », *Carnets statistiques de la Cnamts* n°112.

Cnamts, 2011, « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », Point d'information du 17 mai 2001

Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2002, 2004, 2007 et 2008). « Les comptes de la Sécurité sociale », Rapport – Tome 1.

Darbon S., Letourmy A., 1989, « Contextes communaux et marchés de services de généralistes », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, n°2.

Folland S, Goodman AC, Stano M., 1997, "The Economics of Health and Health Care" Prentice Hall (2nd edition)

Garnero M. et Rattier MO., 2011, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Études et Résultats* n°752, Drees.

HCAAM, 2007, « Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux », mai 2007

HCAAM, 2008, « Avis sur les dispositifs médicaux », 29 mai 2008

HCAAM, 2011, « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? », 27 janvier 2011

IGAS, 2007, « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport n° RM 2007-054P

IGAS, 2008, « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », Rapport n° RM 2008-147P

Lancry P-J., 1989, « Le secteur 2 de la médecine libérale: un élément de marché? », *Revue d'économie politique*, n°99(6), p.854-870.

McGuire TG, Pauly MV., 1991, "Physician response to fee changes with multiple payers", *Journal of Health Economics* n°10, p. 385-410

Msa, 1991, « Les dépassements d'honoraires des médecins libéraux en 1989 », Document de la Direction des études économiques et du financement, département « statistiques et études financières », CCMSA

Pellet R., 2003, « Les relations juridiques des médecins libéraux avec la sécurité sociale », in La crise des professions de santé (dir. J. de Kervasdoue), ed. Dunod

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé* n°161, Irdes

Rizzo JA, Zeckhauser RJ., 2003, "Reference incomes, Loss Aversion, and Physician Behaviour", *Review of Economics and Statistics* n°85, p. 902-922

Rizzo J, Zeckhauser R., 2007, "Pushing incomes to reference points : Why do male doctors earn more ?" *Journal of Economic Behavior and Organization* n°63, p.514-536

Sandier S., 1993, « Les généralistes en secteur 2 : une activité plus faible mais des recettes égales », *Solidarité Santé* n°1, pp.21-33

Annexe 1 - Nomenclature des spécialités étudiées

DREES	CNAMTS
Spécialités étudiées	Code des spécialités regroupées
Omnipraticiens	01- Omnipraticiens (Médecine générale et MEP)
Anesthésiste	02- Anesthésie-réanimation chirurgicale 20- Réanimation médicale *
Cardiologue	03- Pathologie cardio-vasculaire
Chirurgiens	04- Chirurgie générale 41- Chirurgie orthopédique et traumatologie 43- Chirurgie infantile 44- Chirurgie maxillo-faciale 46- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 47- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 48- Chirurgie vasculaire 49- Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologue	05- Dermato-vénéréologie
Gastro-entérologue	08- Gastro-entérologie et hépatologie
Gynécologue	70- Gynécologie médicale 77- Obstétrique 79- Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale * 07- Gynécologie obstétrique
Psychiatre et neuropsychiatre	75- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 33- Psychiatrie 17- Neuropsychiatrie
Ophtalmologue	15- Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologue	11- Oto-rhino-laryngologie
Pédiatre	78- Médecine génétique 12- Pédiatrie
Pneumologue	13- Pneumologie
Radiologue	72- Médecine nucléaire 74- Oncologie radiothérapique 76- Radiothérapie 06- Radiodiagnostic et imagerie médicale
Rhumatologue	14- Rhumatologie
Stomatologue	45- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie 18- Stomatologie
Autres médecins	09- Médecine interne 31- Médecine Physique et de Réadaptation 32- Neurologie 34-Gériatrie * 35- Néphrologie 37- Anatomie-cyto-pathologie 38- Médecins biologistes 42- Endocrinologie et métabolisme 71- Hématologie 73- Oncologie médicale
Autres chirurgiens	16- Chirurgie urologique 10- Neurochirurgie

* nouveau par rapport aux données de 2005

Annexe 2 - Modéliser les déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements

Afin de mieux comprendre les déterminants des dépassements d'honoraires des médecins, nous utilisons les données individuelles appariées et modélisons deux décisions :

- 1) La probabilité, pour un médecin, de s'installer en secteur 2 ;
- 2) Le montant des dépassements pratiqués par les seuls médecins en secteur 2 au cours de l'année 2008.

Modélisation retenue

Par définition, les médecins en secteur 1 ne pratiquent pas de dépassements. Aussi, deux possibilités s'offrent à nous :

- modéliser les dépassements, conditionnellement au fait d'être en secteur 2, grâce à une régression linéaire sur les seuls médecins ayant choisi d'exercer en secteur 2 ;
- modéliser l'espérance non conditionnelle des dépassements, c'est-à-dire les dépassements de l'ensemble des médecins, qu'ils soient ou non en secteur 2. Dans ce second cas, il s'agit d'estimer à la fois les dépassements des médecins en secteur 2 ainsi que ceux que les médecins en secteur 1 auraient, s'ils avaient choisi d'exercer en secteur 2 ; ceci est possible grâce à une modélisation tobit.

Actuellement, le choix du secteur de conventionnement s'effectue uniquement au moment de l'installation en libéral des médecins, et il ne peut pas être modifié au cours de la carrière. En conséquence, il importe peu de connaître le montant de dépassements que pratiqueraient les médecins en secteur 1, s'ils étaient en secteur 2, puisqu'ils n'y seront probablement jamais. Cette seconde option de modélisation n'est donc pas pertinente pour notre étude et nous choisissons de modéliser le montant des dépassements des seuls médecins en secteur 2.

Les deux décisions (probabilité d'exercer en secteur 2 et montant des dépassements) sont ici supposées indépendantes et séquentielles puisque le choix du secteur se fait au moment de l'installation (encadré 1) et le montant des dépassements est étudié pour la seule année 2008.

Première décision : la probabilité d'exercer en secteur 2

Dans un premier temps, nous expliquons la probabilité, pour un médecin, d'exercer en secteur 2²⁹. Le modèle estimé est le suivant :

$$\Pr(\text{Secteur}_i = 1) = a_1 + b_1 X_i + c_1 Z_i + \varepsilon_i$$

Il comporte deux types de variables explicatives. Les variables X caractérisent le médecin **au moment où il choisit son secteur de conventionnement** (âge, sexe, nombre d'enfants, ...) et les variables Z caractérisent le département dans lequel il exerce au moment de ce choix (densité de médecins, revenu des habitants, ...). Ce modèle est estimé séparément sur les quatre spécialités étudiées : les ophtalmologues, les gynécologues, les psychiatres et les chirurgiens.

Afin de définir les variables explicatives introduites dans la régression, il est nécessaire de connaître en quelle année le médecin a choisi son secteur de conventionnement ainsi que le département dans lequel le médecin exerçait l'année où il a fait ce choix. Or, nos données fournissent ces deux informations pour l'année 2008, mais pas à la date du choix du secteur. Nous connaissons en revanche l'année d'installation en libéral, le département d'exercice actuel et l'année d'installation dans le département actuel. Nous avons donc fait deux hypothèses : une sur la date à laquelle le médecin a choisi son secteur de conventionnement, et une autre sur le département dans lequel il exerçait au moment de ce choix.

1^{ère} hypothèse : la date à laquelle le médecin choisit son secteur de conventionnement

Théoriquement, le choix du secteur d'activité se fait :

- * au moment de l'installation pour les médecins installés en libéral après 1990
- * au moment de l'installation ou lors de l'ouverture de fenêtres conventionnelles pour tous les médecins installés en libéral entre 1980 et 1990
- * lors de l'ouverture des fenêtres conventionnelles entre 1980 et 1990 pour tous les médecins installés avant 1980.

Il ne se fait donc pas systématiquement au moment de l'installation en libéral. Comme nous ne disposons pas de la date effective, nous supposons que les médecins ont choisi leur secteur de conventionnement :

- * au moment de leur installation s'ils se sont installés après 1990
- * au moment de leur installation s'ils se sont installés entre 1980 et 1990.

En effet, entre 1980 et 1990, des fenêtres conventionnelles ont été ouvertes fréquemment : juin 1981, juin 1982, janvier 1983, avril 1984, juillet 1985, décembre 1986, décembre 1988. Ainsi, un médecin installé en secteur 1 en 1981 a pu faire le choix de passer en secteur 2 au cours de la fenêtre conventionnelle de 1983, de 1984 ou toute autre fenêtre conventionnelle. Ne disposant pas d'autre information, nous faisons donc l'hypothèse que les médecins ont choisi le secteur 2 au moment de leur installation.

* en 1980 s'ils se sont installés avant 1980.

Ces médecins ont en réalité pu faire le choix du secteur 2 n'importe quand entre 1980 et 1990. Cette date étant inconnue, nous supposons que ce choix a eu lieu en 1980. Cette hypothèse est également effectuée par commodité, dans la mesure où la plupart des variables explicatives utilisées dans le modèle (taux de chômage, densités de médecins par spécialité fine) ne sont pas disponibles, ou très partiellement, avant 1980.

Pour simplifier la lecture, dans la suite de cet article, nous appellerons année d'installation en secteur 2 l'année à laquelle le choix du secteur de conventionnement a été effectué. En réalité, il s'agit bien soit de l'année d'installation en libéral, soit de l'année 1980, selon la date à laquelle le médecin s'est installé.

2^{ème} hypothèse : le département d'exercice du médecin au moment du choix de son secteur de conventionnement

Le département d'exercice du médecin au moment de son installation en secteur 2 est inconnu. La comparaison des années de première installation en libéral et d'installation dans le département d'exercice actuel montre que 21 % des médecins ont déménagé entre leur première installation en libéral et leur installation dans le département actuel. Cependant, en l'absence d'information supplémentaire, nous faisons ici l'approximation que tous les médecins ont débuté leur carrière dans le département dans lequel ils sont actuellement en exercice.

Les résultats de l'estimation du modèle sont présentés dans le *tableau 8*, qui fournit la moyenne des effets marginaux individuels. Il ne s'agit donc pas des « effets marginaux » habituellement présentés dans le cadre des modélisations probit et qui sont calculés au point moyen de l'échantillon. Ici, les effets marginaux individuels sont calculés, et le coefficient obtenu est la moyenne de ces effets. Les coefficients sont ainsi directement interprétables et ils mesurent l'impact, en pourcentage, de la variable considérée sur la probabilité de s'installer en secteur 2.

Seconde décision : le montant des dépassements pratiqué par les médecins du secteur 2, en 2008

Dans un second temps, nous expliquons le logarithme du montant des dépassements pratiqué par les seuls médecins en secteur 2, en 2008. Nous estimons une régression linéaire classique, qui comporte deux types de variables explicatives :

$$\log(\text{dépassements}_i) = a_2 + b_2 W_i + c_2 T_d + \eta_i$$

Les variables W sont spécifiques au médecin. Il s'agit des caractéristiques socio-démographiques du médecin (sexe, situation matrimoniale,...) mais également des caractéristiques de son activité (nombre d'années d'expérience, mode d'exercice³⁰, taux de salaire...). Les variables T caractérisent le département dans lequel le médecin est installé en 2008. Elles comportent des variables caractéristiques de l'offre de soins (densité de médecins de même spécialité, part des médecins en secteur 2,...) mais également des variables caractéristiques des habitants du département (niveau de vie, taux de mortalité, ...). Les résultats de la régression sont présentés dans le *tableau 9*.

La qualité d'ajustement du modèle est très bonne pour un modèle en coupe instantanée puisque la valeur du R² est très élevée : 0,64 pour les ophtalmologues, 0,75 pour les gynécologues, 0,62 pour les psychiatres et 0,59 pour les chirurgiens.

Il importe de garder en mémoire que les résultats de ces régressions s'interprètent toutes choses égales par ailleurs, et notamment, à niveau d'honoraires identiques afin de neutraliser un éventuel effet « taille »³¹. En effet, les honoraires – et donc les montants de dépassements – diffèrent très fortement entre les médecins. Ces régressions modélisent donc ici l'effet des variables explicatives sur le seul montant des dépassements, puisqu'on raisonne à niveau d'honoraires donné.

³⁰ Libéral à temps complet, libéral à temps partiel, libéral avec temps partiel hospitalier, exercice hospitalier à temps plein avec secteur privé.

³¹ Le logarithme des honoraires (hors dépassement, forfaits et majorations) est introduit dans la régression. Cette variable permet de contrôler l'impact des honoraires sur les dépassements, mais également, en raison du système de paiement à l'acte qui relie étroitement les honoraires aux nombres d'actes pratiqués, l'impact de l'activité des médecins.

Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins



*Caroline Després, Paul Dourgnon - IRDES
Romain Fantin, Florence Jusot - LEGOS*

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, et dans une moindre mesure l'optique et les consultations de médecin.

À partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, qui mesure les déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières, et recueille aussi des informations socio-économiques, sur l'état de santé et la consommation de soins, cette étude analyse les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Déclarer un renoncement aux soins suppose au préalable que les personnes aient identifié un besoin de soins. Ainsi, l'état de santé déclaré, mais aussi les préférences individuelles jouent un rôle significatif. De manière logique, le revenu explique en partie le renoncement aux soins pour raisons financières, mais au-delà du revenu, c'est surtout l'histoire de vie de la personne et sa situation sociale passée, présente, et ses craintes pour l'avenir qui peuvent expliquer un renoncement.

Disposer d'une couverture complémentaire protège contre le renoncement aux soins, et ce d'autant plus que les garanties sont élevées. L'offre de soins peut aussi influencer le renoncement aux soins pour raisons financières dans les segments de l'offre où les tarifs sont libres. Ainsi, les renoncements aux soins dentaires sont plus fréquents dans les départements aux tarifs les plus élevés.

L'impact de la couverture maladie universelle sur le niveau de renoncement aux soins pour raisons financières est très significatif, comparable à l'effet d'une couverture complémentaire offrant des garanties élevées. S'ils en étaient dépourvus, les bénéficiaires de la CMU seraient 40 % à déclarer un renoncement aux soins, alors qu'ils ne sont en réalité que 22 % à le faire. Pour autant, ce taux reste supérieur à celui des autres assurés disposant d'une couverture complémentaire (15 %), ce qui suggère que donner le droit d'accès aux soins ne garantit pas un accès effectif. Des travaux qualitatifs complémentaires aux travaux statistiques présentés ici sont en cours, afin de mieux éclairer cette problématique.

On observe en France et comme dans la plupart des pays européens, tous pourvus de systèmes de santé socialisés, des inégalités sociales dans l'utilisation des services de santé, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. Plusieurs travaux montrent que la fréquence du recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiques dans tous les groupes socio-économiques, même après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (par exemple Couffinhal. 2004, Raynaud 2005, Sirven 2011). En France 15,4 % des personnes vivant en ménage ordinaire déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en 2008. Le taux de renoncement semble poser un diagnostic concordant avec celui issu de l'analyse de la consommation de soins. Pourrait-il à ce titre constituer un élément d'analyse de l'équité de l'accès aux services de santé ?

La notion de renoncement comme indicateur d'accessibilité financière aux soins a émergé progressivement dans le champ politique et social. L'enquête Santé protection sociale (ESPS), dans laquelle la question est intégrée de manière ininterrompue depuis 1992, a contribué à faire de cette notion un indicateur d'évaluation des politiques publiques. Il était un des éléments du rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la CMU-C (Boulard 1999)¹.

Du point de vue scientifique, le concept de renoncement aux soins, encore peu exploré, vise à identifier des besoins de soins non satisfaits. On parle de besoin de soins non satisfait lorsqu'une personne ne reçoit pas un soin que son état de santé aurait justifié, c'est-à-dire qui aurait amélioré sa santé. Dans les enquêtes sur la santé, ces besoins non satisfaits sont mesurés à partir des niveaux d'utilisation des services de soins et à travers des questions sur le renoncement à des soins. En France, ce type de données est recueilli à travers l'enquête ESPS depuis 1992. À ce jour, un seul travail publié (Allin 2010) compare les apports respectifs de l'analyse du renoncement et de l'utilisation effective des services de santé. Cette étude, qui porte sur des données canadiennes, montre tout d'abord que l'état de santé déclaré par les personnes enquêtées ne permet pas de décrire la totalité des besoins de soins des individus. Elle montre ensuite les limites des mesures objectives de l'utilisation des services de santé, lesquelles ne prennent en compte ni la qualité des soins ni la satisfaction qui en est retirée par les individus. L'étude conclut que la mesure des besoins de soins non satisfaits apporte un éclairage complémentaire aux études des inégalités de besoins de soins basées sur l'observation des états de santé et à celles des inégalités de recours basées sur des consommations de soins observées. Au total, très peu d'études s'intéressent explicitement au renoncement en tant que tel, une seule dans un cadre de comparaisons internationales (Koolman 2007). En France le renoncement a été également mobilisé, comme élément d'évaluation du dispositif du médecin traitant dans une approche modélisée (Dourgnon 2008, 2010). Aux États-Unis, un travail significatif analyse l'impact du type d'assurance sur l'accès aux soins se basant sur ce type de données (Reschovsky, 2000). D'autres études économiques enfin s'appuient sur des variables d'expérience du patient proches du renoncement (question portant sur le non-recours à des soins spécifiques, report, etc.), mais sans commenter ou justifier l'outil utilisé.

Pourquoi utiliser l'information sur le renoncement aux soins quand une autre information, objective, existe sur l'utilisation des services de santé ? Les statistiques sur l'utilisation des services de santé (taux de consommateurs, nombre de recours) permettent d'identifier des différences de recours moyen entre groupes sociaux. Des différences d'accès aux soins de spécialistes selon le niveau de revenu, contrôlées des différences d'état de santé selon le revenu, ont été documentées à partir d'informations de ce type (Couffinhal, 2004, Raynaud 2005). Cependant ces différences ne sont que relatives (rapport d'un groupe à un autre, rapport à la moyenne de la population), c'est-à-dire qu'elles ne se réfèrent pas à une quelconque norme médicale ou à un besoin de soins individuel. On peut ainsi identifier qui consomme plus, qui consomme moins, mais pas qui consomme trop, ou pas suffisamment. Le concept de renoncement permet d'établir ce rapport à un besoin de soins. À ce titre il apporte une information complémentaire à la mesure objective de l'utilisation des services de santé. De plus, l'étude de l'accès aux soins à travers le renoncement permet de lever en partie un écueil classique des études microéconomiques : l'observation de différences de consommation de soins entre riches et pauvres, à état de santé contrôlé, ne permet pas de conclure avec certitude à

¹ « (...) alors que dès 1946, le préambule de la constitution proclame que « la nation garantit à tous la protection de la santé », en 1996 un Français sur quatre déclarait avoir renoncé à se soigner au moins une fois dans l'année pour des raisons financières. Face à ce constat, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner »

l'existence d'inégalités économiques. Les pauvres consomment-ils moins parce qu'ils n'ont pas l'argent ou parce que leurs préférences pour la santé sont également plus faibles ? La nature de l'inégalité n'est pas alors strictement financière.

Cependant, ce gain conceptuel amène une nouvelle difficulté. Le besoin de soins que le concept intègre est un besoin de soins individuel ressenti et non un besoin de soins identifié par un médecin. Il est donc susceptible de varier, à besoin de soins « médical » donné, d'un individu ou d'un groupe à l'autre et d'évoluer dans le temps. En effet, non seulement les problèmes de santé ne sont pas perçus identiquement par tous les individus, mais l'offre de soins n'est pas connue par tous. Côté perception de la santé, on peut évoquer des différences de rapport au corps, d'interprétation des symptômes physiques ou de préférences/normes de santé, qui peuvent varier entre groupes sociaux (Boltanski 1971). De plus, la connaissance du système de santé n'est pas indépendante de la catégorie sociale (Loisel et al, 2003). Ces limites se posent notamment dans le cas des soins préventifs où ni le besoin de soins ni le soin lui-même ne se rapportent à un problème de santé existant ou pour le moins identifié.

Ce questionnement méthodologique a motivé une étude de l'IRDES réalisée à la demande et avec le soutien de la DREES. Cette étude qui associe approche socio-anthropologique et microéconomique (cf. encadré 1) du renoncement aux soins pour raisons financières, a été réalisée en 2010-2011. L'étude fait apparaître une corrélation forte entre renoncement et moindre consommation de soins, sans que les deux mesures ne se superposent (renoncer ne signifie pas ne consommer aucun soin). Elle montre aussi un effet négatif du renoncement sur l'état de santé futur. Elle montre que bien qu'imparfait, le renoncement peut représenter un instrument crédible pour étudier l'accès aux soins en population générale.

Dans ce dossier, nous décrivons successivement les différents types de renoncement financier, l'évolution du renoncement sur la dernière décennie et comment il affecte les différents groupes sociaux. Nous étudierons ensuite les déterminants du renoncement, en insistant sur les rôles de la complémentaire, du prix des soins et du reste à charge pour l'assuré.

Encadré 1

Le projet de recherche sur le renoncement

L'étude présentée ici fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire plus vaste, soutenu financièrement par la Mission recherche du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé (MiRe). Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept soit méthodologiquement fondé. Pour cela il emprunte les outils de l'analyse socio-anthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes. L'objectif de ce projet est :

- d'analyser les besoins de soins non satisfaits selon les trajectoires sociales et sanitaires des personnes, en particulier des personnes précaires. Les situations de non recours sont analysées tant du côté du système de santé et de protection sociale que des usagers eux-mêmes, ainsi que des interactions entre les deux (étude socio-anthropologique) ;
- de comprendre si le renoncement est une donnée mesurable dans les enquêtes déclaratives, à travers une clarification des processus de réponse au questionnaire sur le renoncement, et ainsi, de poser la base méthodologique du recueil du renoncement (méthode d'interviews cognitives) ;
- d'étudier l'apport de l'indicateur de renoncement pour raisons financières à l'analyse des problématiques portant sur l'équité d'accès du système de soins, par rapport aux indicateurs basés sur la mesure objective du recours (étude économétrique).

C'est cette dernière étude économétrique qui est présentée ici.

1. Le renoncement financier aux soins en France

Le renoncement financier aux services de santé est mesuré depuis 1992 dans l'Enquête santé et protection sociale de l'IRDES à travers la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ». En cas de réponse affirmative, une deuxième question porte sur le type de soins concernés : « À quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? ». La personne enquêtée peut faire état de trois motifs distincts de renoncement aux soins² (*encadré 2*). Il ne s'agit donc pas de comptabiliser le nombre de renoncements ayant eu lieu au cours des douze derniers mois, mais bien d'identifier si un renoncement a eu lieu, et le soin concerné. En 2008, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité (*tableau 1*). Il concerne 10 % de la population, devant la lunetterie (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus).

Tableau 1 : Principaux types de renoncement déclarés en 2008

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières	15.4 %
- dont soins dentaires	10 %
- dont dépenses d'optique	4.1 %
- dont soins de généraliste / spécialiste	3.4 %

Sources : ESPS 2008.

Champ : plus de 18 ans.

Note : Au final, en raison de la possibilité de réponses multiples au niveau individuel, le taux de renoncement global en population générale est plus faible que la somme des taux par type de soins.

Encadré 2

Données

Nos données proviennent de l'enquête Santé protection sociale (ESPS), appariée avec des données administratives issues des fichiers de remboursement de la Sécurité sociale. L'enquête ESPS est réalisée par l'IRDES tous les deux ans. Elle enquête 8 000 personnes échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA) ainsi que l'ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants environ. Les questionnaires portent sur la situation sociale et économique des participants, leur état de santé, l'assurance complémentaire, le recours aux services de santé. Le questionnaire sur le renoncement date de 1992. Il est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée, soit un échantillon de 8 000 personnes chaque année d'enquête. Nous utilisons les enquêtes 1998 à 2008 selon les besoins de l'étude, en concentrant l'analyse sur les années d'enquête les plus récentes. La plupart des analyses a été répliquée sur plusieurs années d'enquête pour vérifier leur robustesse. Le travail sur le rôle du prix des soins dans les différences départementales a été réalisé sur les échantillons 2006 et 2008 mis en commun.

Le module sur le renoncement financier prend la forme suivante :

« Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ».

☐ Oui ☐ Non

Si Oui : « A quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? »

Soin 1 :

Soin 2 :

Soin 3 :

Nous étudions le renoncement selon des variables d'âge, de sexe, d'état de santé et le statut économique et social, toutes recueillies dans l'enquête. L'état de santé est le plus souvent pris en compte à travers l'état de santé perçu, déclaré pour eux-mêmes par les personnes enquêtées selon cinq catégories : « très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ». Les qualités et les limites de la mesure ont fait l'objet de nombreuses études (voir par exemple Benyami pour une revue de ces travaux ou pour une approche économétrique récente).

² La réponse de la personne est classée dans une liste de soins : « dentier ; couronne, bridge, implant dentaire ; soins de gencives ; à un autre soin dentaire ; lunettes (verres, montures, lentilles) ; prothèse auditive ; consultations, visites et soins de spécialistes consultations, visites et soins de généralistes ; radios et autres examens d'imagerie ; pharmacie non remboursable ; pharmacie remboursable ; kinésithérapie, massages ; analyses de laboratoires ; cure thermique ; autres, précisez ».

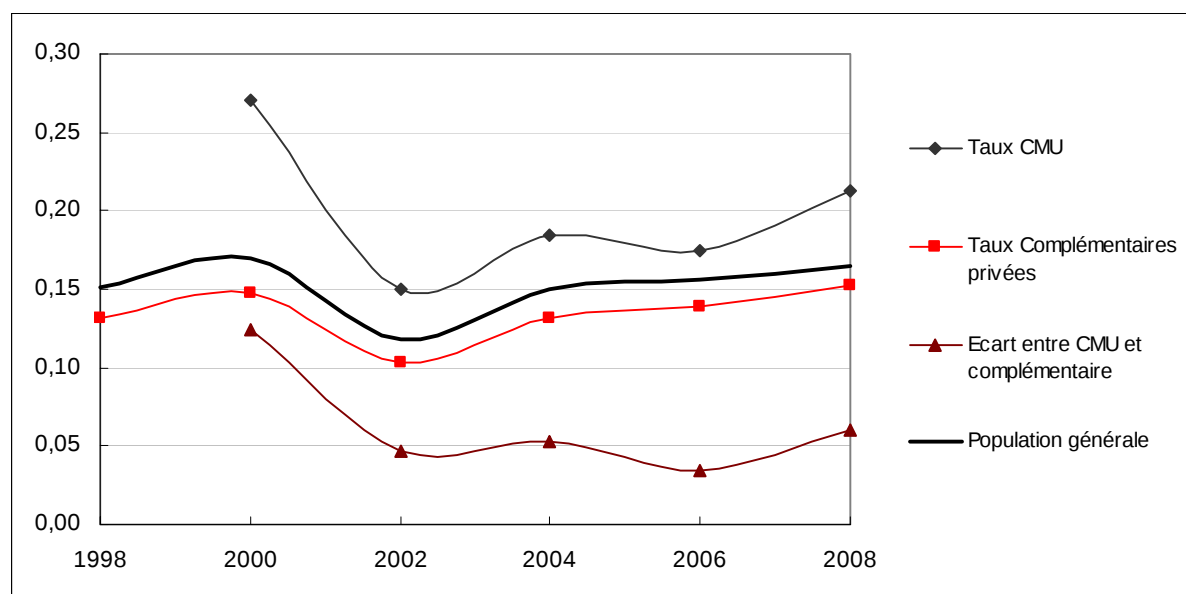
1.1. Le renoncement au cours de la décennie 2000

La mesure dans l'enquête SPS du renoncement aux soins pour raisons financières a permis d'apporter un nouvel éclairage pour l'évaluation des politiques d'accès aux soins. Présenté comme un élément de preuve à l'appui de la mise en place d'une complémentaire santé publique pour les personnes aux revenus les plus faibles, il a été intégré depuis comme indicateur de suivi de la CMU-C dans le programme maladie des programmes de qualité et d'efficacité du Projet de loi et de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). L'indicateur permet de suivre l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières, entre les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes couvertes par une complémentaire privée.

Quelles sont les évolutions du renoncement au cours de la décennie 2000 et comment les différences entre catégories sociales ont-elles évolué ? Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières en population générale augmente entre 1998 et 2000 (*graphique 1*). Il chute ensuite fortement de 2000 à 2002. Depuis, il semble en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. Les travaux socio-anthropologiques en cours permettront de mieux interpréter ces évolutions, notamment en liant le renoncement aux soins aux attentes des personnes vis-à-vis du système de soins. Une analyse plus fine selon la situation sociale des individus (non présentée ici) révèle des résultats plus contrastés. Ainsi les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation³ renoncent davantage que les autres. Ce renoncement a diminué de façon continue de 1998 à 2002. L'écart entre les taux de renoncement moyens des quintiles extrêmes était de 14,2 points en 1998, c'est-à-dire avant la mise en place de la CMU-C. Il semble se stabiliser ensuite entre 9,1 et 10,5 points.

En 2008, le taux de renoncement des personnes ayant une complémentaire est de 15,3 % alors que celui des CMUistes est de 22 % (*graphique 1*). Les différences d'âge et de sexe n'expliquent pas les écarts entre les CMUistes et les bénéficiaires d'une assurance privée. Au contraire, elles les atténuent. Le taux de renoncement des personnes ayant une assurance complémentaire privée diminue de 2000 à 2002, puis suit une tendance à la hausse de 2002 à 2008. Le taux de renoncement des CMUistes chute plus fortement entre 2000 et 2002. On peut donc y voir un effet de la mise en place progressive du dispositif. Il remonte ensuite également jusqu'en 2008. Cette dernière augmentation, qui n'apparaît pas significative, semble cependant s'inscrire dans un contexte d'augmentation des niveaux de renoncement déclaré dans toutes les catégories de la population.

Graphique 1 : Évolution comparée du renoncement entre bénéficiaires de la CMUC et détenteurs d'une couverture complémentaire privée



Sources : ESPS 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.
Champ : 18-64 ans.

³ Il s'agit des revenus du ménage corrigés de la composition de celui-ci.

1.2. Les déterminants démographiques du renoncement aux soins mettent en évidence les différences de besoins de soins et de préférences individuelles

L'âge et le sexe sont corrélés avec le renoncement aux soins. Les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes. Cet écart persiste quel que soit le type de soins concerné et reste constant au cours de la vie. Pourtant, en ce qui concerne les soins dentaires et optiques, il n'y a pas de différences physiologiques objectives pouvant expliquer ces écarts entre hommes et femmes. Les raisons sont plutôt à chercher du côté de l'état de santé subjectif : à état de santé comparable, les femmes tendent à s'estimer, par rapport aux hommes, en plus mauvais état de santé (Shmueli 2003), ce qui traduit des différences d'attention au corps. De la même manière, les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent des différences d'attentes en matière de soins.

Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche : le renoncement déclaré augmente continûment de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maximum à 42 ans, mais qui peut varier selon les soins) puis la tendance s'inverse et suit une pente descendante. Ce phénomène s'observe quel que soit le type de soins. Pour la santé dentaire, on peut toutefois noter une diminution forte du renoncement pour les âges élevés, avec la diminution des besoins eux-mêmes.

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en ALD ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit le fait que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les risques de renoncer augmentent. Par ailleurs, on renonce d'autant plus que le besoin est intense : le renoncement déclaré concerne ainsi davantage les soins aigus que les soins préventifs.

2. Les facteurs socioéconomiques du renoncement aux soins

Cette partie est consacrée à l'étude des déterminants socioéconomiques du renoncement aux soins. Nous montrons que le renoncement est différencié socialement, que non seulement des facteurs attendus comme le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire jouent sur le renoncement, mais aussi que le niveau de la complémentaire et les prix des soins ont un rôle (cf. tableau 2). Nous éclairons ensuite l'impact des restes à charge élevés sur la probabilité de renoncer. Nous apportons enfin un regard alternatif sur la qualité de la couverture CMU-C à travers le renoncement.

2.1. Le renoncement est lié à la situation sociale passée, présente et future

Le pouvoir d'achat influence le renoncement financier aux soins. Le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Cependant, ce gradient disparaît une fois prises en compte les dimensions de précarité décrites plus loin, ne laissant plus apparaître qu'un effet de seuil entre les catégories plus aisées et le reste de la population (cf. tableau 2). Les 20 % et beaucoup plus encore les 5 % de personnes les plus aisées se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement net pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père était chef d'entreprise.

Nous poursuivons l'analyse des effets socioéconomiques de long terme à travers l'étude du rôle des dimensions dites de précarité, qui jouent elles-aussi et plus que toutes autres, sur le renoncement aux soins. Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore de façon conjuguée. On peut les caractériser comme suit :

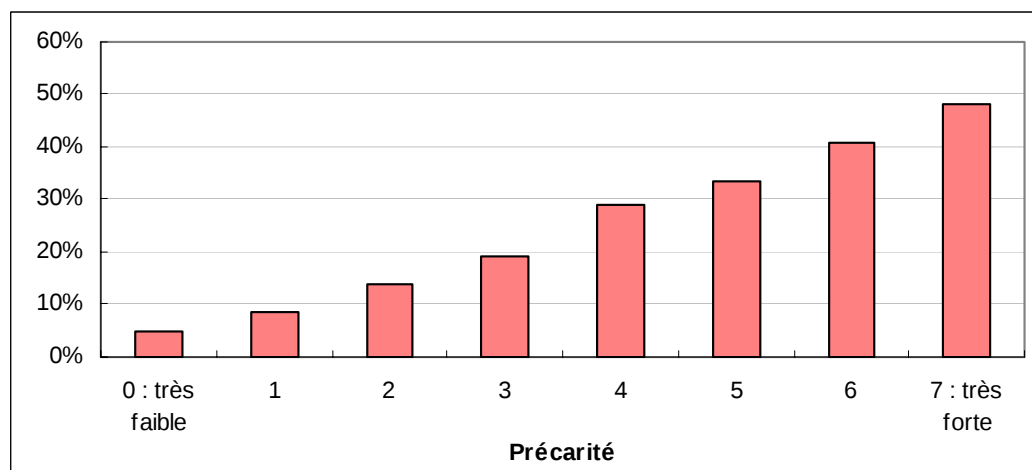
- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;
- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;

- la perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

Ainsi, la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent conjointement sur l'accès financier aux soins. Tout se passe comme si ces expériences de précarité formaient les rouages d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence négative sur l'accès aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur l'accès aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportement de précaution (j'anticipe des lendemains difficiles donc j'économise aujourd'hui, en évitant les soins onéreux et non directement utiles) ou comme un effet psychosocial⁴. La définition de la précarité donnée par Wresinski, qui désigne l'emploi comme la principale source de sécurité, s'avère pertinente dans le cas de l'accès aux soins (Wresinski, 1987). Que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

En additionnant ces dimensions nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier les effets de cumul et de gradient de précarité sur l'accès financier aux soins (*graphique 2*).

Graphique 2 : Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction du score de précarité



Sources : ESPS 2008.
Champ : plus de 18 ans.

Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, ceci quels que soient les soins concernés et, rappelons le, à niveau de revenu donné (*cf. tableau 2*).

⁴ Il est très intéressant de relire ici l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 sur la création de la Sécurité sociale « Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle (*la Sécurité sociale*) répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. ». Plus de 60 ans après, cette vulnérabilité semble toujours au cœur de la question des inégalités sociales de santé.

Tableau 2 : Probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois - ESPS 2008

Variables	Général (tous soins confondus)	Soins dentaires	Soins optiques	Généralistes et spécialistes
<u>Sexe</u>	***	*	**	***
Homme	<u>0.73</u>	0.87	0.76	0.67
Femme	1	1	1	1
<u>Âge</u>	***	***	***	***
< 30 ans	1	1	1	1
30-39 ans	1.07	1.02	1.56	0.81
40-49 ans	1.27	1.13	<u>2.58</u>	0.78
50-59 ans	1.05	0.84	<u>2.43</u>	<u>0.50</u>
60-69 ans	0.94	<u>0.66</u>	<u>2.20</u>	<u>0.43</u>
70-79 ans	<u>0.65</u>	<u>0.41</u>	<u>2.69</u>	<u>0.34</u>
80 ans et +	<u>0.51</u>	<u>0.22</u>	1.33	<u>0.41</u>
<u>Revenu par unité de consommation</u>	***	**	*	*
< 5e Percentile	1.15	1.21	1.14	0.96
< 1er Quintile	1.01	1.06	1.16	1.10
< 2e Quintile	1.24	0.96	1.42	1.38
< 3e Quintile	1	1	1	1
< 4e Quintile	1.13	0.90	1.01	1.41
< 95e Percentile	<u>0.65</u>	<u>0.70</u>	0.91	0.72
> 95e Percentile	<u>0.29</u>	<u>0.23</u>	<u>0.13</u>	0.63
<u>Score de précarité</u>	***	***	***	***
0 (Aucune précarité)	1	1	1	1
1	<u>1.86</u>	<u>2.23</u>	<u>2.43</u>	0.97
2	<u>3.11</u>	<u>3.04</u>	<u>4.61</u>	<u>1.81</u>
3	<u>4.38</u>	<u>3.74</u>	<u>6.18</u>	<u>3.64</u>
4	<u>7.53</u>	<u>5.83</u>	<u>11.50</u>	<u>5.54</u>
5	<u>7.96</u>	<u>6.20</u>	<u>12.20</u>	<u>5.42</u>
6	<u>11.78</u>	<u>7.71</u>	<u>13.60</u>	<u>9.70</u>
7 et au-delà	<u>16.38</u>	<u>10.45</u>	<u>20.26</u>	<u>15.65</u>
<u>Origine sociale</u>	***	**	*	*
Élevée (père chef d'une entreprise de 10 salariés ou plus)	<u>0.33</u>	<u>0.46</u>	0.29	0.41
Autres	1	1	1	1
<u>Connaissance de la CMU</u>	**	*	*	*
Oui	<u>0.81</u>	0.81	0.86	0.97
Non	1	1	1	1

Niveau d'études	***	***	***	*
Sans diplôme, Brevet	0.58	0.61	0.63	0.80
CAP, BEP	0.76	0.83	1.02	0.61
Baccalauréat	0.93	1.09	1.20	0.70
Études supérieures	1	1	1	1
Couverture complémentaire	***	***	***	***
CMU-C	1	1	1	1
Privée	2.13	1.94	1.65	2.79
<i>Très bonne</i>	0.80	0.52	0.80	1.25
<i>Bonne</i>	1.51	1.25	1.20	2.40
<i>Moyenne</i>	2.36	2.43	1.65	2.41
<i>Mauvaise</i>	3.59	3.18	2.54	3.28
Sans	4.02	3.04	2.61	6.15
<i>Choisi</i>	2.24	2.14	1.44	3.97
<i>Subi</i>	7.63	5.81	4.45	7.44
<u>Note de lecture</u> Les valeurs expriment des Odds Ratios. D'autres variables ont été intégrées dans le modèle mais ne sont pas présentées ici (type de ménage, état de santé général, santé mentale, ZEAT). *** Variable significative à 1 %. ** Variable significative à 5 %. * Variable non-significative. Odds-ratio : en gras (significatif à 5 %), <u>souligné</u> (à 1 %). Les analyses multivariées du renoncement, c'est-à-dire qui estiment de façon simultanée les impacts de plusieurs facteurs potentiellement explicatifs, sont réalisées à travers des modèles logistiques. Les coefficients associés à chaque facteur (Odds Ratios) s'interprètent comme la corrélation entre le facteur et le rapport des probabilités de renoncer.				

L'accès financier aux soins relève on le voit d'un processus complexe. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé ni le modèle économique minimaliste qui ferait du soin un bien consommé selon des préférences individuelles, lesquelles se résumeraient à un état de santé effectif ou désiré, par un individu disposant d'un budget limité, ni le modèle médicalisant qui voudrait que les besoins de soins existent en dehors des malades et qu'à chaque état de santé corresponde une façon unique de se soigner.

2.2. Renoncement et assurance complémentaire : le rôle protecteur de la CMU-C

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Caussat 2004). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. Les informations recueillies sur la couverture complémentaire dans l'enquête permettent d'aller plus loin dans l'analyse et d'étudier l'influence de la qualité de la complémentaire sur le renoncement aux soins, et en particulier de comparer la protection apportée par la CMU-C à celle apportée par les complémentaires privées.

Deux éléments nous permettent d'approcher la qualité de la couverture complémentaire : la valeur de la prime et le niveau de satisfaction déclaré par type de soins remboursés. Le niveau de la prime⁵ est considéré, à âge donné, comme une approximation du niveau moyen de garanties par type de soins. À niveau de prime donné, la description des garanties apporte une information sur l'utilisation effective du contrat par l'individu et sur le degré d'adéquation du contrat avec les besoins de l'assuré.

⁵ Cette information n'est connue que pour les contrats individuels.

Les résultats font apparaître un gradient prononcé du renoncement selon le niveau de qualité des garanties et ce pour tous les soins considérés. En particulier, les personnes qui jugent qu'au vu de leurs besoins de soins, elles auraient besoin d'une meilleure couverture complémentaire déclarent renoncer plus que les autres.

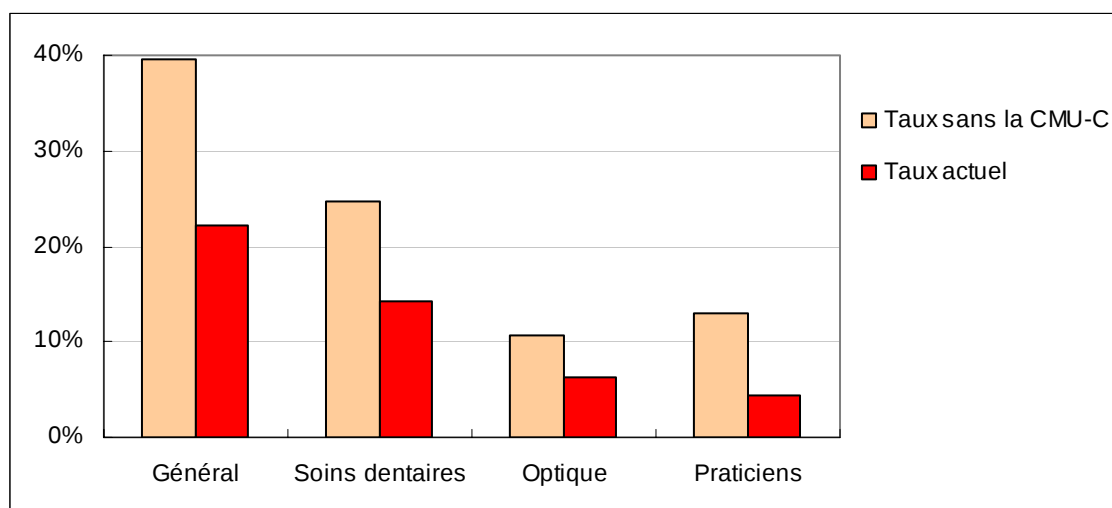
Les personnes ayant choisi de ne pas s'assurer (7 % des personnes interrogées) renoncent beaucoup plus fréquemment que celles qui ont une très bonne complémentaire (*cf. tableau 2*). Parmi les personnes sans complémentaire, celles qui expliquent ne pas en avoir les moyens renoncent trois fois plus que celles qui déclarent ne pas en avoir besoin. Au final, ces résultats suggèrent que le renoncement aux soins succède à un premier renoncement, également financier, mais à la complémentaire santé.

Concernant l'effet propre de la CMU-C, l'analyse toutes choses égales par ailleurs montre que la CMU-C apporte en réalité la même protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières qu'une très bonne assurance complémentaire, une fois contrôlés des facteurs de confusion⁶. L'impact du dispositif de la CMU-C en matière d'accès financier aux soins peut également se mesurer à l'aide d'une approche dite contrefactuelle dans laquelle on attribue au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon. Cette approche permet de calculer un taux de renoncement théorique des CMUistes, s'ils n'avaient pas la CMU-C. Nous montrons que sous ces hypothèses, le taux de renoncement des personnes ayant actuellement la CMU-C, de 22 % en 2008, atteindrait 40 % (*graphique 3*). L'étude du renoncement fait ainsi apparaître l'efficacité du dispositif, pour ceux qui y recourent, c'est-à-dire qui font valoir leurs droits.

Ainsi, le bénéfice de la CMU-C ou d'une couverture complémentaire offrant de bonnes garanties permet de réduire le renoncement aux soins pour raisons financières.

Pour les personnes modestes, avec un revenu néanmoins supérieur au seuil d'éligibilité à la CMU, le bénéfice de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) permet, jusqu'à un revenu supérieur à 30 % à ce seuil, de bénéficier d'une réduction de prime d'assurance, représentant une réduction d'environ 50 % du montant de la prime. Le nombre insuffisant de bénéficiaires de l'ACS dans l'enquête SPS de 2008 ne permet toutefois pas de mesurer l'effet de la mesure sur le renoncement aux soins.

Graphique 3 : Évaluation du taux de renoncement des ressortissants de la CMU-C s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif



Source : ESPS 2008.

Champ : 18-65 ans – bénéficiaires de la CMUC.

⁶ C'est-à-dire que le taux de personnes renonçant est le même pour les CMU-Cistes et les personnes déclarant des bons niveaux de garantie, une fois corrigé des autres facteurs potentiellement explicatifs, en particulier l'âge, le sexe, l'état de santé, le revenu, la situation sociale...

2.3. Le renoncement aux soins pour raisons financières dépend aussi des pratiques tarifaires des professionnels de santé

Le recours aux services de santé n'est pas un événement isolé. La satisfaction, ou le renoncement, à un besoin de soins s'inscrit dans une trajectoire de santé et dans un processus de soins. Les personnes ayant renoncé sont beaucoup moins nombreuses à avoir des restes à charge importants (au sens de l'assurance obligatoire, c'est-à-dire la somme des tickets modérateurs et des dépassements). Ainsi, les déclarations de renoncement aux soins correspondraient effectivement à un moindre accès aux soins.

Outre les déterminants individuels précédemment cités, l'offre de soins, notamment la présence de professionnels pratiquant des honoraires libres, peut aussi expliquer partiellement le renoncement. Nous mesurons ce lien entre offre de soins et renoncement aux soins pour raisons financières pour le renoncement aux soins dentaires, qui est le plus fréquent. Pour tenir compte des différences de pratiques tarifaires entre départements dans le domaine dentaire, nous utilisons les tarifs des inlays-cores, produits homogènes dont les différences de tarifs ne reflètent pas *a priori* des différences de qualité⁷. Il apparaît alors une fois les caractéristiques individuelles prises en compte, que le renoncement aux soins dentaires est significativement plus fréquent dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés.

Conclusion

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, l'optique et les consultations de médecin. Ce premier constat pose la question de la délimitation des paniers de soins public et privé et montre que l'existence et la qualité de la couverture complémentaire jouent un rôle important dans la prévention du phénomène. Ainsi, la couverture maladie universelle complémentaire offre, grâce à l'obligation de pratiquer des tarifs régulés, une protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières aussi bonne que celle offerte par les meilleurs contrats individuels d'assurance maladie complémentaire.

Pour autant, si une couverture complémentaire de qualité limite assurément le renoncement aux soins pour raisons financières, des disparités fortes existent, à niveau d'assurance donné, entre les groupes sociaux. En effet, la conjonction d'une assurance publique universelle pour les soins de santé, d'une assurance complémentaire privée et parfois publique couvrant les neufs dixièmes de la population, de systèmes d'exonération ciblant les pathologies onéreuses, ne laissant à la charge directe des ménages que 9 % de la dépense de santé ne suffit pas à faire bénéficier chacun d'un égal accès aux soins, quels que soient sa situation sociale et son niveau de revenus.

L'étude du renoncement aux soins pour raisons financières montre que des facteurs socio-économiques de long terme, c'est-à-dire s'inscrivant au long de l'existence des individus et pas simplement à des moments donnés de leur vie, sont à l'œuvre dans l'accès financier aux soins. Ces résultats sont corroborés par d'autres travaux montrant l'importance du rôle de la situation pendant l'enfance et de la transmission du patrimoine dans l'accès à la santé et aux soins (Jusot, 2010). Ces travaux mettent en évidence que l'expérience d'un épisode de pauvreté ou d'isolement au cours de la vie est défavorable pour l'état de santé, ce quel que soit le niveau de revenu actuel. Les résultats des travaux sur le renoncement suggèrent donc que la question de l'accès est plus vaste que celle du droit d'accès, et qu'elle ne peut être totalement réglée ni avec l'universalisation de l'assurance santé ni l'attribution d'une complémentaire aux plus pauvres.

⁷ Les prix varient fortement d'un praticien à l'autre mais aussi entre zones géographiques. Ainsi pour les inlays-cores (sans clavette), on observe, des écarts significatifs de plus de 90 € entre les départements où les prix sont les plus élevés (Yvelines, Paris) et ceux où les prix sont les plus faibles (Yonne, Aveyron, Haute-Loire), une fois prises en compte les différences de structure de la population en termes d'âge et de sexe.

Bibliographie

- Allin S., Grignon M., Le Grand J., « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? », *Soc Sci Med.* 2010 Feb ; 70(3), pp. 465-472, Epub 2009 Nov 14.
- Boltanski L., « Les usages sociaux du corps », *Annales E.S.C.*, 26(1), 1971, pp. 205-233.
- Boulard J.-Cl., « Rapport d'information sur la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », éd. Assemblée nationale, *Les Documents d'information de l'Assemblée nationale*, 1999.
- Caussat L., Raynaud D., « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », *Revue d'économie financière*, n° 76, La régulation des dépenses de santé, 2004.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E., « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries » in « Towards High-Performing Health Systems », OECD, 2004, pp.109-165.
- Dourgnon P., Naiditch M., « The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping », *Health Policy*, vol 94, n° 2, 2010/02, pp.129-134.
- Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C., « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », dans « Enquête sur la Santé et la protection Sociale 2006 », Rapport Irdes n° 1701, 2008/04, pp. 37-41.
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., « Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe », dans « Famille et vieillissement en Europe – Enquête SHARE », coordonné par Attias-Donfut C. (Cnav), Sirven N. (Irdes), Retraite et Société (Cnav), 2009/11, n° 58, pp. 63-85.
- Koolman X., 2007, « Unmet need for health care in Europe, Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges », *Proceedings of EU-SILC conference Helsinki*, 6-8 Novembre 2006, Eurostat Methodologies and working papers series.
- Loisel J.P., Gaignier C., Lehuède F., Fauconnier N., « Les connaissances des Français en matière de système de santé », CREDOC, 2003
- Raynaud D., « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, *Études et résultats*, n° 378, février 2005.
- Reschovsky J.D., Kemper P., Tu H., « Does type of health insurance affect health care use and assessments of care among the privately insured? », *Health services research*, 2000 ; 35 (1 Pt 2): pp. 219-237.
- Sirven N., Or Z., « Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe » in « The Individual and the Welfare State : Life Histories in Europe », Borsch-Supan A., Brandt M., Hank K., Schroder M., Springer-Verlag Heidelberg, 2011, pp. 241-254.
- Shmueli A., « Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity », *Social Science & Medicine* 57, 2003, pp. 125-134
- Wresinski J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Rapport présenté au Conseil économique et social les 10 et 11 février 1987.

Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie



Audrey BAILLOT (DREES)¹

En 2009, 31,2 milliards d'euros ont été remboursés aux bénéficiaires ayant une affection de longue durée (ALD) du régime général pour les prestations de soins de ville en nature, dont 24,8 milliards d'euros en rapport avec les pathologies déclarées. En moyenne, les bénéficiaires du dispositif ALD ont une dépense 8 fois plus élevée que les assurés qui ne sont pas en ALD. Ce sont des personnes plus âgées que les assurés non-ALD, qui ont un profil de consommation de soins différent et sont souvent exonérées de participation au coût des soins pour d'autres motifs d'exonération que le dispositif ALD. La prise en charge intégrale des dépenses afférentes aux ALD induit un coût en termes de remboursement qui, en tenant compte des spécificités de la population en ALD, aurait été d'environ 8 milliards d'euros en 2009 pour les soins de ville au régime général. Ce chiffrage repose sur l'hypothèse forte que l'absence du dispositif ALD ne modifierait pas la consommation de soins des personnes concernées.

¹ L'auteur remercie la CNAMTS, en particulier Philippe Ricordeau et ses collaborateurs du département « études sur les pathologies et les patients » pour la fourniture et l'expertise des données.

Encadré 1

Les ALD en chiffres

En 2008, le régime général d'assurance maladie a remboursé, toutes prestations confondues, 79 milliards d'euros aux bénéficiaires en affection de longue durée (ALD)*. Outre sa prépondérance dans le total des remboursements (62 %), la dépense des bénéficiaires en ALD augmente plus rapidement que celle des autres bénéficiaires. Si le taux de croissance annuel global des dépenses d'assurance maladie du régime général est en moyenne de 3,7 % entre 2005 et 2010, il est de 4,9 % pour les prestations en rapport avec des ALD comparé à 1,8 % pour les autres prestations. Cette progression forte s'explique avant tout par une évolution dynamique du nombre de personnes qui bénéficient du dispositif ALD (contribution de 3,8 points). Les hausses du volume de soins par personne et des tarifs expliquent donc moins d'un quart de la hausse des dépenses afférentes aux ALD (Les Comptes de la sécurité sociale, sept. 2010). Compte-tenu du vieillissement de la population, du développement et de l'amélioration du dépistage de certaines pathologies chroniques (cancer, diabète), la proportion des bénéficiaires en ALD devrait continuer à augmenter dans les prochaines années.

* Ce montant correspond aux prestations de soins de ville et d'hospitalisation, en nature et en espèces pour les risques maladie, maternité, accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), décès et invalidité (CNAMTS, charges et produits 2010). La présente étude porte sur un champ plus restreint : celui des prestations de soins de ville en nature pour les risques maladie, maternité et AT-MP et pour l'année 2009.

En 2008, un peu moins des deux-tiers des remboursements de l'assurance maladie du régime général (62 %) ont été versés aux bénéficiaires ayant une affection de longue durée (ALD) alors qu'ils ne représentaient que 15 % de la population (CNAMTS, charges et produits 2010, *encadré 1*). Cette part des dépenses remboursées aux bénéficiaires en ALD ne doit pas être confondue avec le coût du dispositif ALD. D'une part, ces bénéficiaires en ALD ont une consommation de soins plus élevée que les autres assurés en raison même de leur état de santé. En l'absence du dispositif ALD, la majeure partie des dépenses de santé des bénéficiaires aujourd'hui en ALD resterait remboursée par l'assurance maladie. D'autre part, les dépenses des bénéficiaires en ALD ne sont pas exonérées dans leur totalité au titre du dispositif ALD : certaines prestations, non liées à l'ALD, ne sont pas exonérées du ticket modérateur tandis que d'autres le sont pour des motifs autres que l'ALD.

En fait, lorsque l'on s'intéresse à la question de la dépense des bénéficiaires en ALD, deux approches peuvent être retenues. La première consiste à évaluer la dépense des personnes en ALD et l'impact de son évolution sur la croissance de l'ensemble des dépenses de santé. La seconde consiste à évaluer uniquement le coût spécifique du dispositif ALD, c'est-à-dire le montant des dépenses supplémentaires prises en charge par l'assurance maladie du fait de l'existence de l'exonération ALD et l'impact spécifique du dispositif sur la croissance des dépenses de santé. C'est cette deuxième approche qui est retenue ici.

À partir des données de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) géré par la CNAMTS (*encadré 2*), cette étude propose une estimation du coût spécifique du dispositif ALD en matière de remboursement de soins de ville pour le régime général d'assurance maladie. La démarche mise en œuvre consiste à simuler l'absence du dispositif ALD et à déterminer, pour chaque bénéficiaire en ALD, quels seraient les taux de remboursements qui s'appliqueraient dans ce cas aux différentes composantes de sa dépense si celle-ci n'était pas modifiée. Le coût du dispositif ALD est alors évalué par la différence entre la situation réelle et la situation simulée (ou contrefactuelle, c'est-à-dire la **situation sans dispositif ALD et à consommation de soins inchangée**). Pour déterminer ces taux de remboursement contrefactuels, on associe au bénéficiaire en ALD considéré un groupe de bénéficiaires non-ALD ayant des caractéristiques proches². Les taux moyens de remboursements mesurés sur les dépenses du groupe de bénéficiaires non-ALD sont retenus comme taux contrefactuels.

L'ambition n'est pas ici d'évaluer de manière exacte le coût spécifique du dispositif ALD mais de proposer une estimation du coût du dispositif en termes de remboursement, pour les soins de ville principalement. Les dépenses hospitalières sont juste évoquées. Les coûts de gestion du dispositif ne sont pas quantifiés.

Le dispositif ALD induit des écarts, variables selon le type de prestation, de taux de remboursement entre les patients qui en bénéficient et les autres (partie 1). Les assurés en ALD recourent plus souvent que les non-ALD aux soins infirmiers et aux dispositifs médicaux et bénéficient par ailleurs plus souvent d'autres motifs d'exonération (partie 2). Le coût du dispositif ALD, obtenu en simulant sa disparition, serait compris entre 7,9 et 8,4 milliards d'euros selon l'hypothèse contrefactuelle que l'on fait (partie 3).

² Cf. partie 3 où l'on précise ce que l'on entend, dans cette étude, par « caractéristiques proches ».

Encadré 2

Sources des données et redressement

Pour réaliser cette étude, la CNAMTS a extrait pour la DREES des données issues de l'appariement entre l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), géré par la CNAMTS, et le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI MCO), géré par l'ATIH.

L'EGB est un échantillon au 1/97 des bénéficiaires de l'assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droits ou ayants-droits, qu'ils aient une consommation de soins ou non. L'EGB est un sous-produit du Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM). Ainsi, pour chaque bénéficiaire, les données de remboursement de soins sont extraites à partir du SNIIR-AM. Le PMSI MCO fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé pour chacun des séjours hospitaliers.

Les données concernent les bénéficiaires du régime général hors Sections locales mutualistes (SLM). Au total, l'échantillon est composé de 460 000 bénéficiaires ayant présenté au moins une dépense au remboursement en 2009, dont 73 000 bénéficiaires en ALD (16 %). Les analyses sont donc menées sur un échantillon de bénéficiaires qui ont eu recours aux soins en 2009.

Pour les soins de ville, la consommation de soins des bénéficiaires est décrite par les dépenses présentées au remboursement, bases de remboursement et montant remboursés annuels des bénéficiaires de l'échantillon par poste de soins et motif éventuel d'exonération. Ces consommations concernent uniquement les prestations en nature pour les risques maladie, maternité et accident de travail – maladie professionnelle (AT-MP).

En l'absence de données sur la facturation de chaque séjour, les données sur l'hospitalisation de court séjour sont beaucoup moins détaillées que sur la ville. Nous disposons de la dépense annuelle engagée en hospitalisation privée, à l'exclusion des honoraires médicaux comptabilisés en soins de ville, et du montant de la valorisation issue de la tarification à l'activité (T2A) attribuable aux séjours de chaque bénéficiaire pour l'hospitalisation publique.

Chaque bénéficiaire est décrit par son genre, son âge, les éventuelles ALD (ALD 30, 31 et 32) dont il souffre et par une variable indiquant s'il perçoit ou non une rente au titre de l'invalidité, au 31 décembre 2009. Pour éviter des effectifs trop faibles dans l'échantillon, la CNAMTS a proposé un regroupement des affections de longue durée les plus rares (*annexe 1*). Les pathologies cardiovasculaires, hormis le diabète, ont aussi été regroupées.

Pour les bénéficiaires ayant plusieurs ALD (18 % des bénéficiaires en ALD), les données renseignées dans le SNIIR-AM ne permettent pas de savoir pour quelle pathologie chaque prestation de soins a été prodiguée. Sans autre information, la dépense a été répartie de manière égale entre les ALD, et ce pour chaque poste de soins.

Pour chaque bénéficiaire, les observations avec une dépense annuelle négative ont été supprimées. Par ailleurs, 1 % des bénéficiaires ont été perdus dans l'opération d'appariement avec les données du PMSI. L'échantillon d'analyse ne correspond donc pas exactement à l'échantillon initial. Pour corriger cela, l'échantillon a été redressé par calage sur marges de manière à ce qu'il présente les mêmes caractéristiques globales que la base complète. Ainsi, la répartition des bénéficiaires par classe d'âge décennale, la proportion de bénéficiaires en ALD et le montant remboursé correspondent aux données exhaustives du champ de l'étude en 2009 (Cnamts, statistique mensuelle de l'année 2009, résultats cumulés à fin décembre). Les poids obtenus par cette méthode de pondération sont proches des poids initiaux : l'échantillon d'analyse est donc initialement bien équilibré.

La non-réponse n'a pas fait l'objet de traitement spécifique. En effet, le processus de sélection des bénéficiaires retenus dans l'analyse n'introduit aucun biais. Il résulte uniquement des défauts d'appariement entre les sources d'information (EGB et PMSI MCO) et n'implique en aucun cas le comportement individuel des personnes échantillonnées.

1. Des dépenses de santé plus élevées et mieux remboursées pour les bénéficiaires en ALD

1.1. Un cadre juridique pour protéger les plus malades

Le dispositif actuel dit d'affection de longue durée est prévu dans l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale. Sur le plan législatif, il consiste en une limitation ou une suppression de la participation de l'assuré au tarif des prestations de soins en lien avec son affection. Pour entrer dans le cadre du dispositif, le bénéficiaire doit être atteint d'une des 30 affections figurant sur la liste établie par décret (ALD 30, *annexe 1*), d'une affection grave (ALD 31) ou de plusieurs affections invalidantes (ALD 32) ne figurant pas sur cette liste. Dans tous les cas, ces pathologies doivent requérir un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Plus précisément, sur le plan réglementaire³, ces affections doivent nécessiter un traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux en raison du coût des soins ou de leur fréquence. Le dispositif concerne uniquement les prestations de soins inscrites sur le protocole de soins de l'affection déclarée et ce pour une durée égale à celle indiquée sur le protocole de soins, renouvelable si le malade est toujours reconnu atteint de l'affection déclarée. Après cette période, la participation au coût des soins reste supprimée pour les actes et examens de suivi de l'état de santé du bénéficiaire en lien avec son affection.

Pour les soins en rapport avec la pathologie déclarée, le bénéficiaire en ALD est exonéré du ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes médicaux de plus de 120 euros (coefficient supérieur ou égal à K60)⁴. Il participe cependant au coût des soins en lien avec l'affection déclarée puisqu'il n'est pas exonéré de la participation forfaitaire de 1 euro, des franchises (50 centimes ou 2 euros), du forfait journalier hospitalier. Pour les soins sans rapport avec l'affection déclarée, le bénéficiaire en ALD paie aussi le ticket modérateur et la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes médicaux lourds.

Le dispositif d'affection de longue durée a beaucoup évolué depuis sa création en 1945. À cette date, la population couverte par une assurance maladie complémentaire est peu nombreuse. Le dispositif ALD est créé pour permettre aux personnes les plus malades d'accéder aux soins. Il prévoit de réduire ou de supprimer la participation au coût des soins d'un assuré atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier (hospitalisation notamment) ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou thérapeutiques particulièrement onéreux⁵. En 1986, le périmètre des soins est réduit⁶ : seules les prestations de soins en rapport avec l'affection déclarée sont concernées par l'exonération. Depuis 2004⁷, c'est le protocole de soins qui définit les prestations en rapport avec l'affection qui sont donc prises en charge à 100 %. Enfin, la liste des 30 affections a été amendée à plusieurs reprises depuis la création du dispositif pour tenir compte des évolutions épidémiologiques et thérapeutiques. Par exemple, en 2004, la maladie d'Alzheimer fait son apparition dans la liste des 30 ALD (numéro 15)⁸.

1.2. Le dispositif ALD modifie sensiblement les taux moyens de remboursement

Les bénéficiaires du dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ont une consommation de soins particulièrement élevée car ils souffrent de pathologies qui nécessitent un traitement long et souvent coûteux. En soins de ville, tous les postes de soins sont concernés par cette consommation plus élevée de la population en ALD (*tableau 1*). Dans l'ensemble, le remboursement moyen des dépenses de soins de ville d'une personne en ALD s'est élevé à 3 611 euros en 2009 ; c'est presque 8 fois plus que celui d'une personne qui n'est pas en ALD (463 euros).

Comme attendu du fait des écarts de taux relatifs de remboursement entre ALD et non-ALD, les écarts de remboursements sont plus forts que les écarts de dépense. La dépense moyenne présentée au remboursement des assurés en ALD est en effet 4,9 fois plus élevée que celle des autres assurés. L'accentuation de l'écart ALD / non-ALD entre les dépenses présentées au remboursement d'une part et les montants remboursés d'autre part est due à la fois à la part des dépassements dans la dépense présentée au remboursement (21 % pour les assurés non-ALD, 7 % pour les assurés en ALD)⁹ et à l'exonération de participation au coût des soins, prépondérante pour les bénéficiaires en ALD. Ainsi, l'ensemble des dépenses reconnues de soins de ville est pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 92 % en moyenne pour les bénéficiaires en ALD et 68 % pour les autres assurés. Sur l'ensemble des assurés, 82 % de ces dépenses sont donc remboursées par l'assurance maladie.

Les taux de remboursement sont plus élevés pour les bénéficiaires en ALD pour tous les postes de soins de ville. Toutefois, puisqu'ils ont plus recours aux soins, les montants de dépense non pris en charge par la couverture de base sont plus importants pour les personnes en ALD.

³ Articles R. 322-5, R. 322-6 et R. 322-7-2 du Code de la Sécurité sociale.

⁴ Décret n° 2011-201 du 21 février 2011. En 2009, le seuil était fixé à 91 euros et correspondait à un coefficient K50.

⁵ Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945, titre 1er, article 24, alinéa 2.

⁶ Décret n° 86/1378 du 31 décembre 1986.

⁷ Loi n°2004-810 du 13 août 2004.

⁸ Décret 2004 - 1049 du 4 octobre 2004.

⁹ La base de remboursement, ou dépense reconnue, qui ne comprend pas les dépassements de tarifs conventionnels, est 5,8 fois supérieure à celle des bénéficiaires qui ne sont pas en ALD.

Si l'on tient compte des dépassements, le reste à charge moyen après remboursement par le régime de base est plus élevé de 189 euros en 2009 pour les personnes en ALD (585 euros contre 396 euros pour les non-ALD).

Tableau 1 : Remboursement annuel moyen par bénéficiaire en 2009

	Montant remboursé en euros	Taux moyen de remboursement	
		Par rapport à la dépense présentée au remboursement	Par rapport à la base de remboursement
Bénéficiaires non-ALD			
Soins de ville	463	54 %	68 %
Omnipraticiens	70	65 %	69 %
Spécialistes	150	51 %	77 %
Infirmiers	9	73 %	73 %
Masseurs-kiné.	23	66 %	68 %
Pharmacie	130	62 %	62 %
Biologie	34	67 %	67 %
LPP	20	19 %	71 %
Autres	27	61 %	63 %
Bénéficiaires en ALD			
Soins de ville	3 611	86 %	92 %
Omnipraticiens	196	89 %	92 %
Spécialistes	401	69 %	89 %
Infirmiers	405	98 %	98 %
Masseurs-kiné.	168	91 %	92 %
Pharmacie	1 560	91 %	91 %
Biologie	158	88 %	88 %
LPP	344	71 %	95 %
Autres	378	93 %	94 %
Ensemble			
Soins de ville	1 015	70 %	82 %
Omnipraticiens	92	72 %	76 %
Spécialistes	194	56 %	81 %
Infirmiers	79	95 %	95 %
Masseurs-kiné.	48	79 %	81 %
Pharmacie	380	80 %	80 %
Biologie	56	76 %	76 %
LPP	77	45 %	89 %
Autres	89	82 %	84 %

Sources : EGB 2009. Calculs : DREES

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature

Lecture : En moyenne, un bénéficiaire du régime général est remboursé à hauteur de 82 % pour ses dépenses de soins de ville, soit un remboursement de 1 015 euros.

Remarque : La dépense présentée au remboursement correspond à la dépense y compris dépassements. La base de remboursement, ou dépense reconnue, correspond au tarif de convention et ne comprend donc pas les dépassements. Le poste LPP, liste des produits et des prestations, regroupe les dispositifs médicaux remboursables par l'Assurance maladie (par exemple les pansements, fauteuils roulants, orthèses,...).

1.3. Des pathologies qui impliquent un recours différencié aux soins de ville

Les maladies composant la liste des 30 ALD sont diverses. Elles nécessitent une utilisation différente des services de santé que ce soit en termes de montant ou de nature. Les remboursements moyens varient en effet beaucoup selon les maladies. Par exemple, le remboursement aux assurés atteints d'un déficit immunitaire primitif grave ou du VIH est environ de 10 350 euros par an en soins de ville soit 4,5 fois plus que ceux qui souffrent de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique pour lesquels le remboursement s'élève à 2 230 euros. Pour les personnes atteintes des ALD les plus courantes, la dépense remboursée en soins de ville s'élève en moyenne à 3 200 euros pour les pathologies cardiovasculaires, 3 750 euros pour les tumeurs ou affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique et 3 500 euros pour le diabète.

2. Les assurés en ALD ont une dépense de médicaments, soins infirmiers et dispositifs médicaux proportionnellement plus importante et bénéficient plus souvent d'autres motifs d'exonération

Si les assurés en ALD ont un recours plus important aux soins, la comparaison de leur consommation de soins à celle des autres assurés ne peut se faire sans tenir compte des caractéristiques spécifiques de cette population.

2.1. Une population plus âgée dans l'ensemble, mais hétérogène selon les pathologies

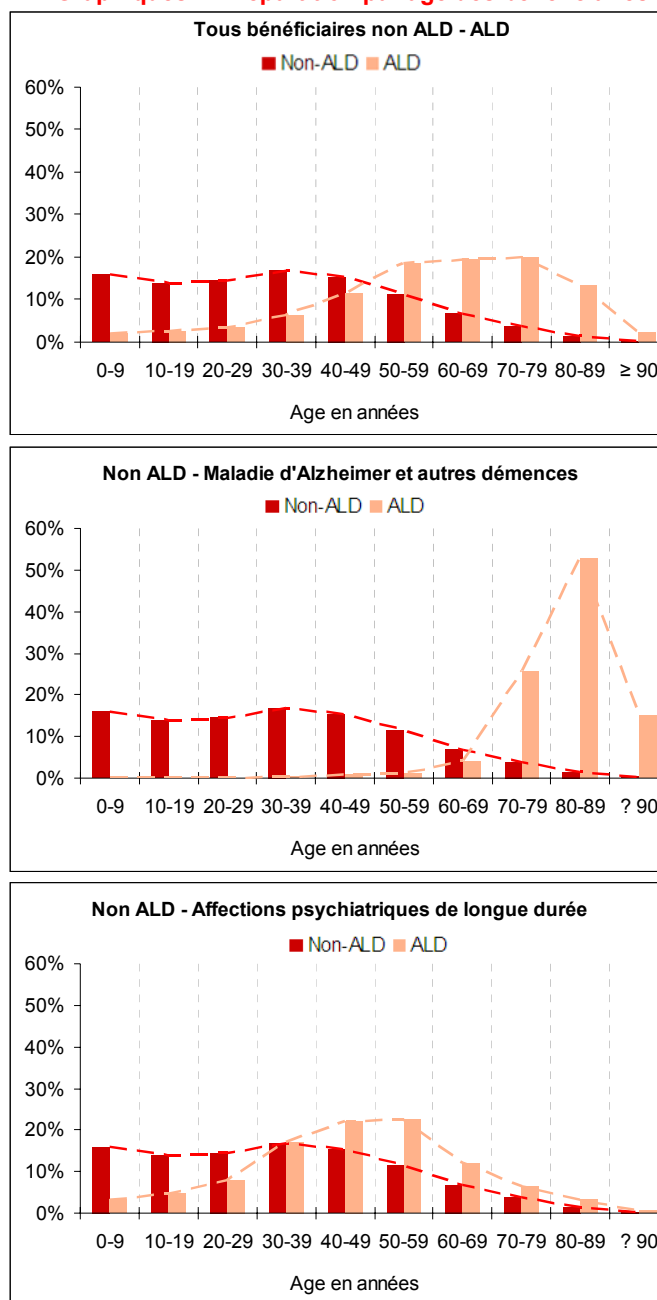
Les pathologies prises en compte dans la liste des 30 ALD, ainsi que les pathologies hors liste (ALD 31) et polypathologies (ALD 32) sont plus fréquentes chez les personnes âgées. La part des bénéficiaires en ALD augmente progressivement avec l'âge : ces affections touchent 3 % des assurés consommateurs de moins de 10 ans, 38 % de ceux de 60 à 69 ans et presque trois-quarts de ceux de plus de 90 ans (72 %).

Les bénéficiaires en ALD sont donc plus âgés (*graphiques 1*) : ils ont en moyenne 26 ans de plus que les autres assurés (60 ans vs 34 ans). Seulement un quart des bénéficiaires en ALD a moins de 50 ans ; cette proportion est de trois-quarts parmi les assurés qui ne sont pas en ALD. Les bénéficiaires en ALD âgés de plus de 80 ans représentent une part plus élevée chez les femmes que chez les hommes du fait de l'espérance de vie plus longue des femmes.

Parmi les ALD, les patients atteints des différentes pathologies ont des profils distincts. Par exemple, la moitié des bénéficiaires en ALD pour affections psychiatriques a moins de 47 ans tandis que la moitié de ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences a plus de 83 ans. De même, 81 % des bénéficiaires atteint d'un déficit immunitaire primitif grave ou du VIH ont entre 30 et 59 ans alors que près des trois-quarts (73 %) des bénéficiaires souffrant de pathologies cardiovasculaires ont plus de 60 ans.

De manière générale, les dépenses de santé augmentent avec l'âge du fait de la dégradation de l'état de santé. Ces différences de structure par âge expliquent une partie de l'écart de dépense moyenne entre la population en ALD et la population non-ALD. À âge égal, les écarts se réduisent. La réduction est d'autant plus forte que l'âge est élevé. Les dépenses des bénéficiaires en ALD de moins de 20 ans sont 10 fois supérieures à celles des assurés consommateurs qui ne sont pas en ALD du même âge ; à plus de 90 ans, elles leur sont seulement 3 fois supérieures.

Graphiques 1 : Répartition par âge des bénéficiaires



Source : EGB 2009. Calculs : DREES

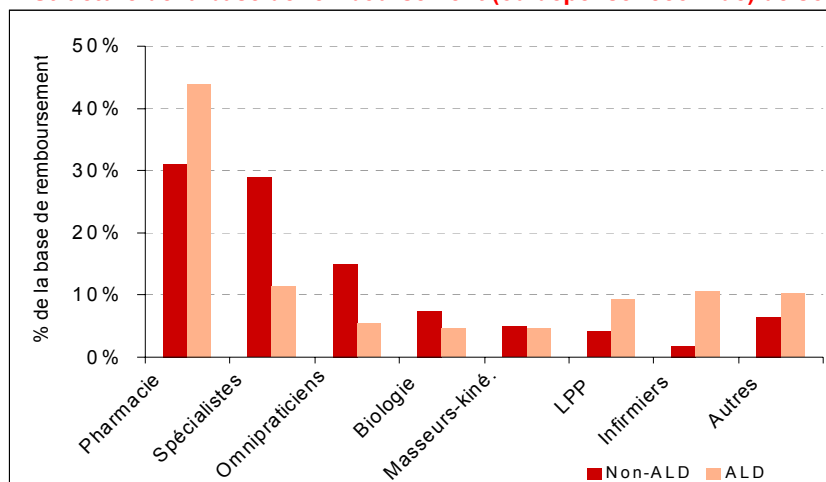
Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature

Lecture : Il y a 17 % des assurés en ALD pour affections psychiatriques de longue durée qui ont entre 30 et 39 ans.

2.2. Une part de dépense plus importante en pharmacie, soins infirmiers et dispositifs médicaux

Les assurés en ALD, plus âgés et atteints de maladies chroniques, ont un profil de consommation de soins différent de celui des assurés qui ne sont pas en ALD (*graphique 2*). Les deux postes mobilisant la majorité des soins en termes de dépense reconnue sont la pharmacie et le recours aux médecins spécialistes dans les deux groupes. Cependant la part de la dépense de pharmacie est plus élevée pour les bénéficiaires en ALD (44 % contre 31 % pour les non-ALD) dont les pathologies graves nécessitent de recourir à des traitements souvent innovants et donc plus chers. La part des dépenses de spécialistes est moindre pour les bénéficiaires en ALD (11 % contre 29 % pour les non-ALD).

Graphique 2 : Structure de la base de remboursement (ou dépense reconnue) de soins de ville



Source : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

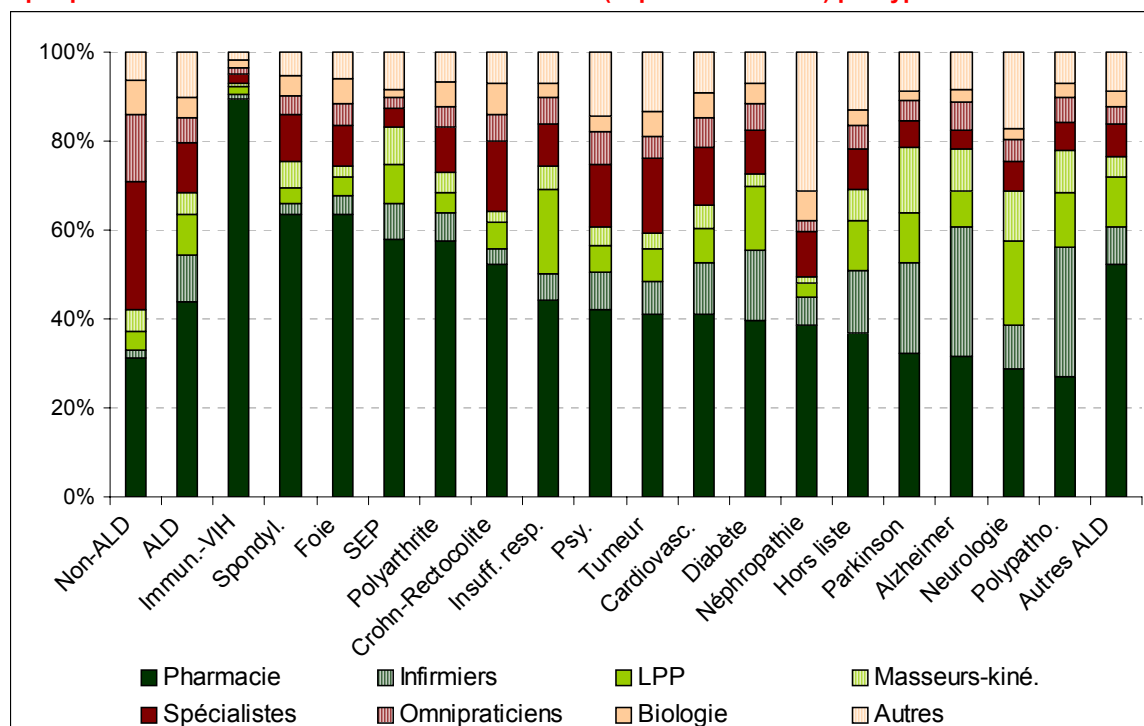
Lecture : Parmi les soins de ville, les dépenses d'omnipraticiens représentent 5 % de la base de remboursement des bénéficiaires en ALD.

Les bénéficiaires en ALD consomment proportionnellement plus de soins infirmiers et de dispositifs médicaux mais ont une moindre part de dépense de médecins. Le poids des soins infirmiers dans la dépense reconnue de soins de ville des bénéficiaires en ALD (11 %) est 5,6 fois plus élevé que celui des assurés qui ne sont pas en ALD (2 %). La part de la dépense en dispositifs médicaux est quant à elle 2,2 fois plus élevée que celle des non-ALD alors que la part de la dépense de médecins leur est plus de 2,5 fois inférieure.

Bien que les profils de consommation de soins des assurés en ALD soient différents entre les pathologies considérées, la structure de consommation des assurés en ALD est clairement distincte de celle des assurés qui ne sont pas en ALD (*graphique 3*). Parmi les bénéficiaires en ALD, la dépense en soins infirmiers est proportionnellement plus élevée chez les bénéficiaires atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autres démences ou de polyopathologies. Ces maladies, ainsi que la maladie de Parkinson et les affections neurologiques et musculaires graves, nécessitent aussi davantage de soins de kinésithérapie. D'autres pathologies ont un profil de consommation de soins caractéristiques. Les dépenses de médicaments constituent 89 % des dépenses des bénéficiaires souffrant d'un déficit immunitaire primitif ou du VIH. Les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations (LPP) représentent près d'un cinquième des dépenses reconnues des bénéficiaires en insuffisance respiratoire grave ou atteints d'affections neurologiques et musculaires graves. Près d'un tiers des dépenses des assurés atteints de néphropathie chronique grave ou de syndrome néphrotique primitif sont des dépenses de soins de ville « autres », constituées pour l'essentiel des transports, probablement pour les séances de dialyse.

Ces différences de structure de consommation ont aussi une influence sur les écarts de remboursement entre les bénéficiaires en ALD et ceux qui ne le sont pas. Les postes de soins les plus discriminants ont en effet des taux moyens de remboursement très différents entre les patients en ALD et ceux qui ne sont pas en ALD : 91 % et 62 % respectivement pour la pharmacie, 98 % et 73 % respectivement pour les soins infirmiers et 95 % et 71 % respectivement pour les dispositifs médicaux.

Graphique 3 : Structure de la base de remboursement (dépense reconnue) par type d'ALD



Sources : EGB 2009. Calculs : DREES

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

Lecture : Près de 64 % des dépenses de soins de villes des personnes souffrant de l'ALD spondylarthrite ankylosante grave sont des dépenses de pharmacie. La barre la plus à gauche représente la structure de la base de remboursement des assurés non-ALD, la suivante résume la structure de la base de remboursement de l'ensemble des assurés en ALD. Les autres barres détaillent les différentes ALD.

2.3. Un cumul de motifs d'exonération pour une prise en charge qui n'est pas intégrale

En France, la participation au coût des soins reconnu par l'assurance maladie obligatoire a différentes composantes : ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises, forfait journalier hospitalier et majoration du ticket modérateur liée au non respect du parcours de soins. Le système de santé prévoit divers cas d'exonération pour les assurés (*annexe 2a*). Ces exonérations peuvent être temporaires ou permanentes, automatiques ou soumises à une demande préalable de l'assuré ou de son médecin, liées soit à la situation administrative de l'assuré, soit à son état de santé ou encore à la nature des soins prodigués.

Pour préciser le motif d'exonération de participation au coût des soins suite à une prestation, le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) propose 18 possibilités (*annexe 2c*). En pratique, certains motifs ne sont jamais renseignés dans le SNIIR-AM ; certains peuvent donc être regroupés et la liste restreinte à 11 cas :

- exonération liée à la nature de l'assurance (maternité, AT-MP),
- catégorie d'assurés relevant d'un régime spécifique (pensionnés lié à l'invalidité, titulaires d'une rente AT-MP)
- bénéficiaire d'une pension militaire
- prestation de soins exonérante par nature
- soins en rapport avec une ALD 30, 31 ou 32
- coefficient et acte exonérants
- actes CCAM/NGAP exonérants
- éducation spécialisée en rapport
- hospitalisation de plus de 30 jours
- prévention
- autres cas d'exonération.

Au total, 18 % des dépenses des bénéficiaires en ALD ne sont pas exonérées du ticket modérateur

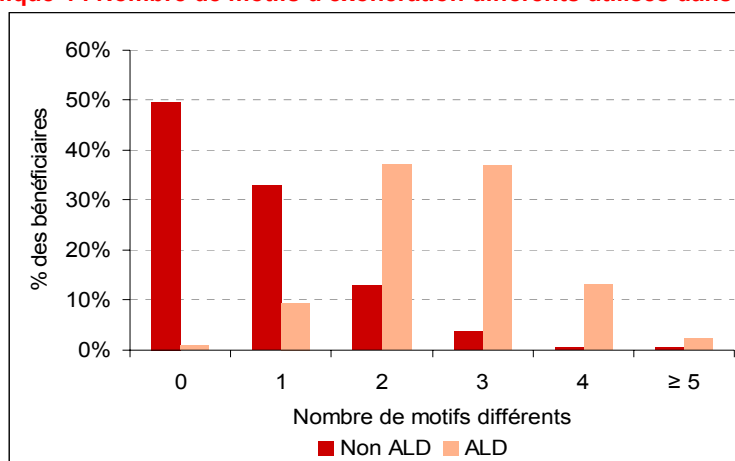
Les assurés en ALD bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre du dispositif de prise en charge des ALD uniquement pour les soins en rapport avec la pathologie déclarée. En moyenne, plus d'un quart de leur dépense reconnue n'est pas exonérée pour ce motif : 9 % de la base de remboursement est exonérée pour d'autres raisons tandis que 18 % de cette dépense n'est pas exonérée de participation au coût des soins¹⁰. À titre de comparaison, la part de la dépense reconnue non exonérée pour les assurés qui ne sont pas en ALD s'élève à 78 %. La dépense reconnue des bénéficiaires en ALD s'élève à 33,9 milliards d'euros ; 24,9 milliards d'euros sont exonérés de participation au coût des soins au titre de l'ALD.

Cette répartition entre dépense exonérée et non exonérée varie en fonction des pathologies. Plus de 89 % des dépenses de soins de ville des bénéficiaires souffrant de néphropathie chronique grave ou d'un syndrome néphrotique primitif sont en rapport avec cette affection. Seuls 6 % des dépenses de ces bénéficiaires ne sont pas exonérées. À l'opposé, les bénéficiaires souffrant de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique évolutives sont exonérés du fait de leur ALD pour moins des deux-tiers de leur dépense reconnue et ne sont pas exonérés à hauteur d'un quart de leur dépense reconnue en soins de ville.

Des motifs d'exonération plus nombreux et différents des autres bénéficiaires

Durant l'année 2009, les bénéficiaires en ALD ont cumulé en moyenne 2,6 motifs d'exonération différents comparés à 0,7 pour les assurés non-ALD (*graphique 4*). Seuls 8 % des personnes en ALD n'ont pas d'autres motifs d'exonération que celui lié à leur ALD.

Graphique 4 : Nombre de motifs d'exonération différents utilisés dans l'année



Sources : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

Lecture : Un tiers des bénéficiaires non-ALD ont eu recours à 1 motif d'exonération du ticket modérateur au cours de l'année 2009.

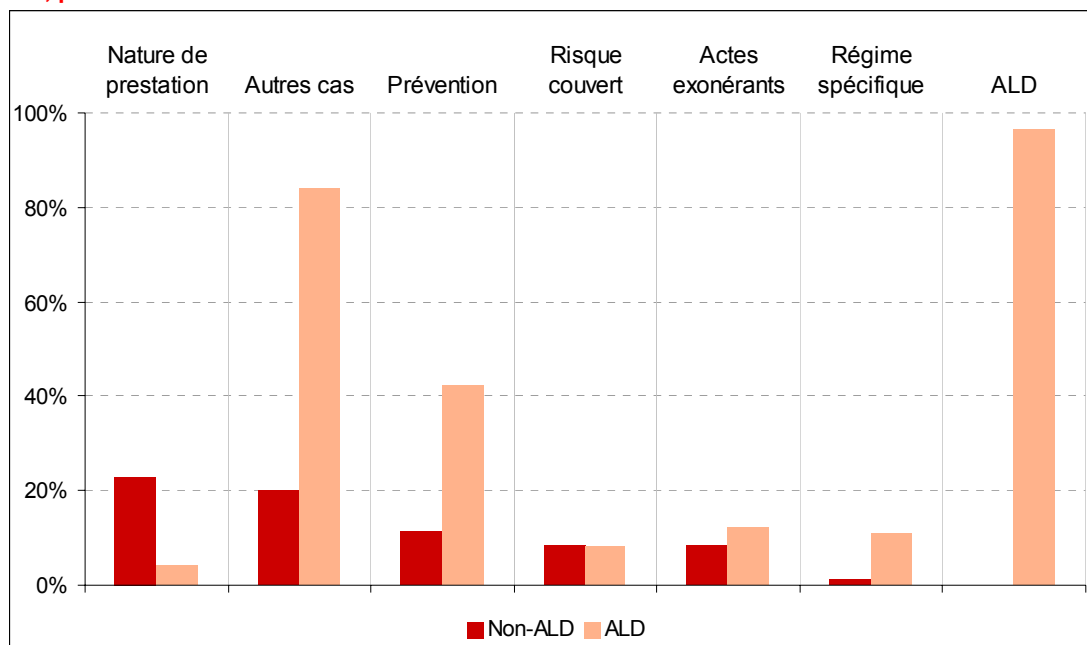
Remarque : Au cours de l'année 2009, quelques bénéficiaires en ALD ont consommé uniquement des soins sans rapport avec leurs ALD.

Les bénéficiaires en ALD ont non seulement plus de motifs d'exonération, mais ceux-ci diffèrent beaucoup des motifs d'exonération des assurés non-ALD (*graphique 5*). Plus d'un cinquième des assurés qui ne sont pas en ALD sont exonérés au moins une fois dans l'année du fait de la nature des soins ou pour d'autres motifs d'exonération. Les autres cas d'exonération, motif surtout lié aux majorations et compléments d'actes, sont le motif d'exonération le plus fréquent chez les bénéficiaires en ALD (84 %) alors que la nature de soins ne concerne que 4 % d'entre eux. La prévention est également un motif d'exonération très fréquent puisqu'il concerne 42 % des bénéficiaires en ALD. Les bénéficiaires en ALD exonérés au moins une fois dans l'année pour des soins en lien avec l'assurance maternité ou AT-MP ou bénéficiant de l'assurance invalidité représentent 8,2 % des assurés en ALD ; parmi eux 6 % sont en invalidité. Chez les assurés non-ALD, 8,5 % sont exonérés pour ces mêmes raisons mais seuls 0,5 % sont en invalidité.

¹⁰ La base de remboursement des bénéficiaires en ALD se décompose en 9 % remboursés à hauteur de 94 %, 18 % remboursés à 59 % et 73 % remboursés à 100 % soit un taux de remboursement global de 92 %.

Plus fréquent pour les assurés en ALD, le bénéfice de ces motifs d'exonération divers a un impact sensible sur les montants remboursés. Par ailleurs, le taux de remboursement des dépenses exonérées pour d' « autres cas », motif que l'on trouve chez plus de 8 bénéficiaires en ALD sur 10 pour une dépense reconnue de 100 euros en moyenne, est un peu plus élevé chez les bénéficiaires en ALD (86 %) que chez les autres assurés (77 %) ; cela contribue aussi à l'écart de remboursement entre les deux populations de bénéficiaires.

Graphique 5 : Proportion de bénéficiaires exonérés du ticket modérateur au moins une fois dans l'année, par motif d'exonération



Sources : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature, motifs concernant plus de 1 % des bénéficiaires.

Lecture : 23 % des bénéficiaires non-ALD ont été exonérés au moins une fois en 2009 pour le motif « nature de prestation ».

Remarque : les taux de remboursements des dépenses associées aux différents motifs d'exonération sont voisins de 100 % pour les non-ALD et les ALD excepté pour deux motifs. Les autres cas d'exonération sont remboursés à 77 % pour les non-ALD et à 86 % pour les ALD. La prévention est remboursée à 69 % pour les non-ALD et à 68 % pour les ALD.

3. Le coût du dispositif ALD en remboursements de soins de ville serait de l'ordre de 8 milliards d'euros pour le régime général en 2009

En supprimant la majeure partie de la participation de l'assuré au coût des soins, le dispositif ALD induit un coût pour l'assurance maladie par rapport à la prise en charge des mêmes dépenses que pourraient avoir des bénéficiaires qui ne seraient pas déclarés en ALD. Toutefois, ce coût n'est pas aussi élevé qu'on pourrait le penser au premier abord. En effet, comme nous l'avons illustré dans les paragraphes précédents, les bénéficiaires en ALD participent d'ores et déjà au coût des soins sans rapport avec les pathologies déclarées au même titre que les personnes ne bénéficiant pas de ce dispositif. Pour les soins en rapport avec leurs ALD, ils ne sont pas exonérés des participations forfaitaires de 1 euro ou de 18 euros pour les actes médicaux de plus de 91 euros (coefficient supérieur ou égal à K50,¹¹ annexe 2a). Par ailleurs, pour certains bénéficiaires, d'autres motifs d'exonération existant dans le système de santé pourraient se substituer au motif lié à l'ALD si celui-ci n'existait pas.

En 2009, les remboursements de soins du régime général pour les risques maladie, maternité et AT-MP se sont élevés à 50,0 milliards d'euros en soins de ville et à 70,3 milliards d'euros à l'hôpital (CNAMTS, résultats à fin décembre 2009). Du fait de l'exonération liée à la présence d'un acte de plus de 91 euros et des cas d'hospitalisation de plus de 30 jours exonérant du ticket modérateur à partir du 31^{ème} jour, le coût du dispositif ALD en termes de remboursement est moindre à l'hôpital qu'en soins de ville. En 2006, la CNAMTS estimait le coût de l'exonération au titre des ALD à 7,7 milliards d'euros

¹¹ En 2011, le seuil est fixé à 120 euros et correspond à un coefficient K60.

(MECSS, Rapport d'information 2008). Nous proposons ici d'actualiser ce chiffre à partir de données portant sur l'année 2009, qui ne nous permettent cependant pas d'estimer de manière précise le coût du dispositif ALD à l'hôpital (*encadré 3*), c'est pourquoi nous estimons ce coût **sur le champ des soins de ville uniquement**.

Encadré 3

Les dépenses d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique

En 2009, l'hospitalisation représente 58 % des remboursements de l'assurance maladie pour les risques maladie, maternité et AT-MP, hors prestations en espèces (Cnamts, remboursements à fin décembre 2009). Pour cette étude, nous disposons de données sur un champ plus restreint : le champ MCO total pour l'hospitalisation en établissement anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN), le champ MCO pour sa partie tarifée à l'activité pour l'hospitalisation en établissement anciennement sous dotation globale (ex-DG). Ce champ représente, en 2009, 46 % des remboursements de soins hospitaliers (Cnamts, Résultats à fin décembre 2009).

Ces données comportaient un indicateur de la dépense en hospitalisation de court séjour pour les mêmes personnes que ceux présents dans l'EGB. Aucun montant remboursé n'étant fourni, nous avons utilisé les estimations disponibles dans la littérature. À partir de données détaillées sur l'hospitalisation issues de l'appariement de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) et de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour l'année 2006, Legal *et al.* (2009) estiment le taux de remboursement des dépenses d'hospitalisation à 98 % pour les bénéficiaires en ALD et 92 % pour les bénéficiaires qui ne sont pas en ALD. Ce sont ces taux que nous avons utilisés pour estimer les montants remboursés.

En 2009, on estime à 593 euros le remboursement moyen d'hospitalisation de court séjour aux bénéficiaires ayant eu au moins une dépense en soins de ville dans l'année (*cf. tableau 2*). Ce montant est plus de 9,5 fois plus élevé chez les bénéficiaires en ALD (2 262 euros) que les bénéficiaires qui ne sont pas en ALD (239 euros).

Tableau 2 : Remboursement annuel moyen estimé par bénéficiaire en MCO

En euros	Montant remboursé estimé	Taux moyen de remboursement
Non-ALD	239	92 %
ALD	2 262	98 %
Ensemble	593	96 %

Source : EGB et PMSI MCO, année 2009.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique.

Lecture : en moyenne, les remboursements d'hospitalisation en MCO à un bénéficiaire en ALD sont de 2 262 euros ; le taux de remboursement correspondant est de 98 %.

Pour les dépenses d'hospitalisation en court séjour, la différence de taux de remboursement entre les patients en ALD et les patients non-ALD (6 points) est beaucoup plus faible qu'en soins de ville (24 points). En théorie, une personne non exonérée de participation au coût des soins est remboursée à hauteur de 80 % des soins hospitaliers en MCO soit un écart théorique de remboursement de 20 points avec un bénéficiaire en ALD dont la prise en charge serait intégrale. Un tel écart de remboursement conduirait à un coût en termes de remboursement de 4 milliards d'euros.

Ce montant est vraisemblablement surestimé pour deux raisons. D'une part, bon nombre de bénéficiaires qui ne sont pas en ALD sont exonérés de la majeure partie du ticket modérateur en MCO car un acte médical lourd a été réalisé au cours du séjour. D'autre part, les bénéficiaires en ALD ne sont exonérés de participation au coût des soins que pour les soins en rapport avec l'affection déclarée. En conséquence, le coût du dispositif ALD pour les soins d'hospitalisation en MCO est réévalué à 1,2 milliards d'euros en se basant sur les taux de remboursements plus réalistes de 92 % pour les bénéficiaires non-ALD et 98 % pour les bénéficiaires en ALD.

Pour les raisons citées plus haut, ces estimations sont à considérer avec une grande précaution comme un ordre de grandeur du coût du dispositif ALD en hospitalisation de court séjour. Des analyses utilisant les données de facturations mentionnant les exonérations de chaque patient devraient être utilisées pour plus de précision.

Par ailleurs, le champ MCO n'est qu'une partie de l'hospitalisation. Analyser les données des autres champs est indispensable pour refléter les dépenses réelles des assurés, en particulier pour certaines affections comme les affections psychiatriques de longue durée pour lesquelles le coût en établissement psychiatrique doit assurément être pris en compte.

Déterminer un taux de remboursement contrefactuel pour 24,9 milliards d'euros en rapport avec les ALD

Pour estimer le coût du dispositif ALD, la méthode consiste à en simuler la disparition et à mesurer l'impact qui en résulte sur le niveau de remboursement de l'assurance maladie en soins de ville au régime général. L'estimation ne tient pas compte d'éventuels effets induits par la suppression du dispositif sur le comportement des assurés. En l'absence du dispositif ALD, il n'est pas sûr que les personnes en ALD aient le même niveau de consommation de soins ; elles pourraient en effet être amenées à renoncer aux soins pour des raisons financières. Ce travail ne tient pas compte de cet effet et repose sur l'élaboration d'un scénario contrefactuel permettant d'appréhender ce que serait le niveau de remboursement des dépenses des bénéficiaires en ALD en l'absence du dispositif ALD, à consommation de soins inchangée. Dans le scénario contrefactuel ainsi défini, le dispositif ALD n'existe pas mais toutes choses restent identiques par ailleurs : en particulier, les autres motifs d'exonération du système de santé actuel, qui déterminent le taux de remboursement, restent présents.

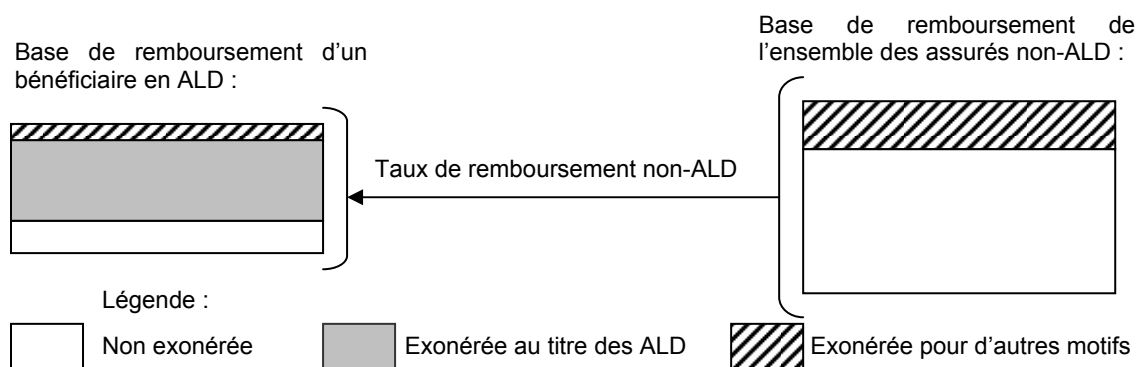
Ainsi, pour chaque bénéficiaire en ALD, on détermine quels seraient les taux de remboursements qui s'appliqueraient aux différentes composantes de sa dépense. Pour déterminer ces taux contrefactuels, on associe au bénéficiaire en ALD considéré un groupe de bénéficiaires non-ALD ayant des caractéristiques proches relativement, selon les scénarios examinés, aux motifs d'exonération et à l'âge. Ce sont alors les taux moyens de remboursements mesurés sur les dépenses du groupe de bénéficiaires non-ALD qui sont retenus pour les dépenses du bénéficiaire en ALD, un taux contrefactuel étant calculé par poste de soins de ville.

Estimation 0 : Coût calculé en comparant les taux de remboursement des personnes en ALD / non-ALD par une approche globale

L'approche la plus simple consiste à appliquer à l'ensemble des dépenses de chaque poste des bénéficiaires en ALD le taux de remboursement des assurés non-ALD (figure 1). Puisque les assurés qui ne sont pas en ALD sont parfois aussi exonérés de participation au coût des soins, le taux de remboursement de chaque poste, obtenu à partir de toutes les dépenses, prend en compte tous les motifs d'exonération existants. Le coût de l'exonération ALD, calculé comme la différence entre les remboursements effectifs et le montant total remboursé calculé dans le contrefactuel, est alors estimé à 8,7 milliards d'euros.¹²

Cette approche n'est pas vraiment satisfaisante car toutes les dépenses des bénéficiaires en ALD, qu'elles soient en rapport ou non avec leurs ALD, se voient attribuer un taux de remboursement contrefactuel. Or si le dispositif ALD disparaissait, les dépenses sans rapport avec les ALD seraient prises en charge dans les mêmes proportions qu'à l'heure actuelle.

Figure 1 : Le taux de remboursement de l'ensemble des dépenses des assurés non-ALD est utilisé comme taux contrefactuel pour l'ensemble des dépenses des bénéficiaires en ALD

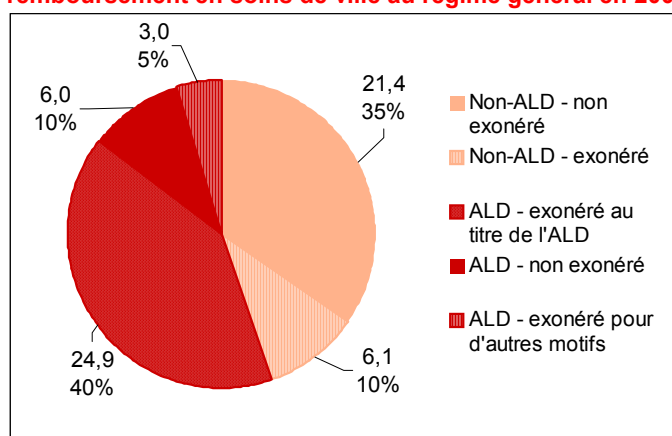


¹² On pourrait aussi proposer une estimation du coût du dispositif ALD en simulant un scénario contrefactuel où aucun autre motif d'exonération ne se substituerait au motif ALD. Le coût s'élèverait alors à 10,2 milliards d'euros.

Estimation 1 : Coût de 8,4 milliards d'euros, calculé par l'approche globale en retenant uniquement les dépenses en lien avec l'ALD (exonération moyenne)

Une deuxième approche consiste donc à estimer le coût sur les seules dépenses exonérées au titre du dispositif ALD. Sur les 61,4 milliards d'euros de dépense reconnue en soins de ville au régime général, la simulation de taux de remboursement contrefactuels porte sur 24,9 milliards d'euros de dépense en lien avec une ALD et non sur les 33,9 milliards d'euros de dépense reconnue totale des bénéficiaires en ALD. Le taux de remboursement réel appliqué aux 9 milliards d'euros de dépense des bénéficiaires en ALD qui ne sont pas en lien avec les pathologies déclarées reste inchangé (graphique 6).

Graphique 6 : Base de remboursement en soins de ville au régime général en 2009, en milliards d'euros



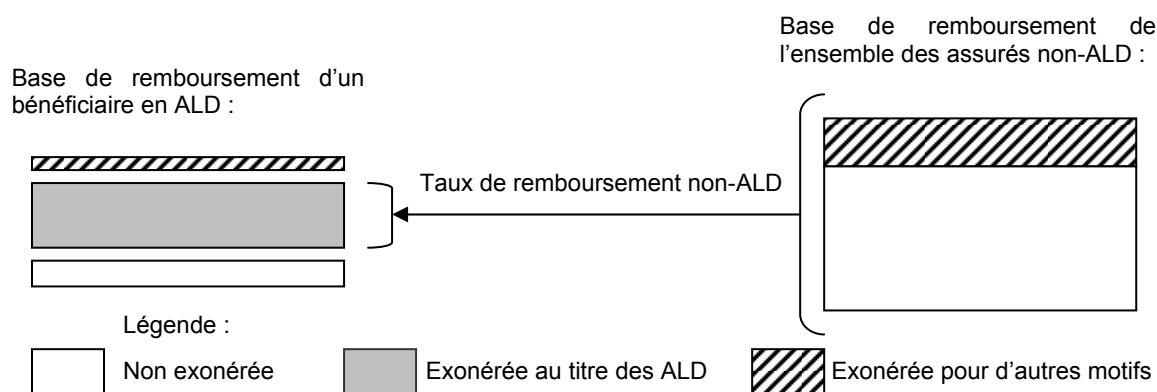
Source : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

Lecture : la base de remboursement des prestations pour les bénéficiaires non-ALD s'élève à 27,5 milliards d'euros, soit 45 % de la base de remboursement totale du régime général.

Lorsque l'on attribue les taux de remboursement des dépenses des assurés non-ALD aux seules dépenses en lien avec une ALD (figure 2), le coût du dispositif ALD s'élève à 8,4 milliards d'euros. En utilisant cette méthode, on considère qu'en l'absence du dispositif ALD, au sein d'un même poste de soins, les mêmes motifs d'exonération seraient utilisés par les bénéficiaires en ALD et ceux qui ne sont pas en ALD. Or, les motifs d'exonération autres que le dispositif ALD qui se substituerait au motif ALD chez les bénéficiaires en ALD n'ont pas de raison d'être identiques à ceux des non-ALD (partie 2).

Figure 2 : Le taux de remboursement de l'ensemble des dépenses des assurés non-ALD est utilisé comme taux contrefactuel pour les dépenses des bénéficiaires en ALD en rapport avec les ALD



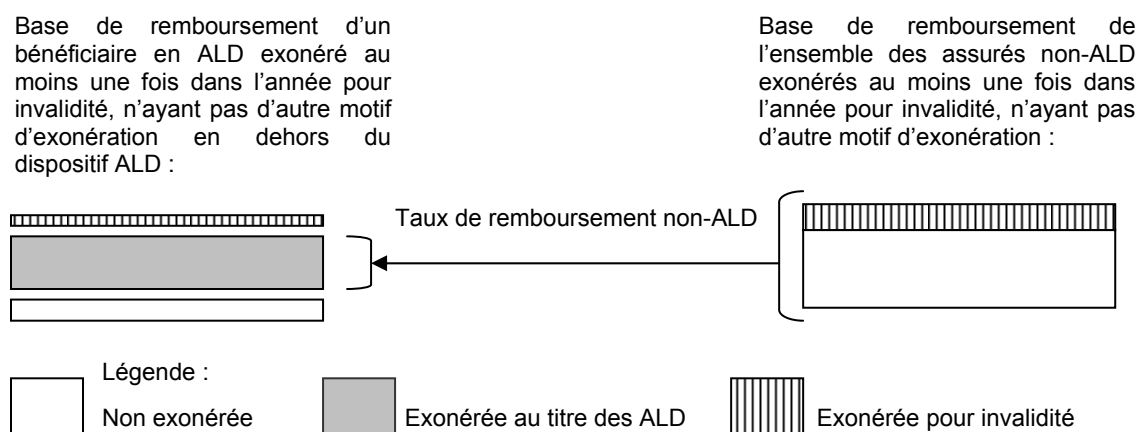
Estimation 2 : Coût de 7,9 milliards d'euros calculé en retenant uniquement les dépenses en lien avec l'ALD sur la base des combinaisons de motifs d'exonération utilisés (combinaisons de motifs)

Une manière plus précise de prendre en compte les motifs d'exonération qui pourraient se substituer au motif ALD, déterminants importants du taux moyen de remboursement des dépenses annuelles, est de s'intéresser à la nature des motifs utilisés dans l'année. Cette estimation repose sur l'utilisation des combinaisons de motifs d'exonération. Elle regroupe les dépenses des bénéficiaires qui ont eu recours aux mêmes motifs d'exonération dans l'année quel que soit le nombre d'utilisations de chaque motif (figure 3)¹³. Le fait d'avoir eu au moins une prestation non exonérée est aussi pris en compte.

On suppose ici que les bénéficiaires sont plus proches, du point de vue du taux de remboursement, de ceux qui ont été exonérés pour les mêmes raisons dans l'année que des bénéficiaires qui ont été exonérés pour d'autres raisons. Autrement dit, en l'absence du dispositif ALD, la répartition des motifs d'exonération dans la dépense se ferait à l'identique de celle des assurés non-ALD qui ont recours aux mêmes motifs.

Cette prise en compte plus détaillée des différents motifs d'exonération conduit à estimer le coût du dispositif ALD à 7,9 milliards d'euros soit 500 millions d'euros de moins que la méthode précédente plus globale.

Figure 3 : Exemple de rapprochement des bénéficiaires sur la base des combinaisons de motifs d'exonération utilisés dans l'année



Estimation 3 : Coût de 8 milliards d'euros calculé en retenant uniquement les dépenses en lien avec l'ALD sur la base de l'âge et des combinaisons de motifs d'exonération utilisés (combinaisons de motifs croisées avec l'âge)

La nomenclature du SNIIR-AM ne permet pas une prise en compte détaillée des différents cas d'exonération. Certains motifs d'exonération prévus dans le Code de la sécurité sociale sont en effet difficilement identifiables de manière précise par l'intermédiaire de cette nomenclature. C'est le cas des motifs liés à l'âge. En particulier, les assurés de moins de 18 ans sont exonérés de la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes médicaux lourds et les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou de l'Allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) ont un ticket modérateur modulé.

¹³ Cette méthode très détaillée n'a pu être utilisée comme telle dans deux cas représentant moins de 3 % de la base de remboursement en rapport avec les ALD :

- pour les combinaisons de motifs que l'on ne trouvait uniquement chez les bénéficiaires en ALD ;
- pour les combinaisons de motifs qui concernaient moins de 20 bénéficiaires non-ALD dans l'échantillon qui, du fait de leurs faibles effectifs, étaient susceptibles de ne pas être représentatives sur le plan des dépenses et de leurs exonérations.

Dans ces deux cas, c'est le taux de remboursement relatif aux dépenses des bénéficiaires ayant le même nombre de motifs d'exonération qui a été utilisé comme taux de remboursement contrefactuel.

Pour prendre en compte ces spécificités pour partie liées à l'âge mais non repérables dans la base de données, une étape supplémentaire a été menée. Les bénéficiaires ont été divisés en trois classes d'âges : moins de 18 ans, 18 à 64 ans et 65 ans et plus. Pour chaque classe d'âge, la méthode d'estimation précédente (*figure 3*), prenant en compte les combinaisons de motifs d'exonération utilisés au moins une fois dans l'année, a été mise en œuvre.¹⁴ Le coût du dispositif ALD ainsi calculé s'élève à 8 milliards d'euros.

L'ajout du critère d'âge ne modifiant plus vraiment l'estimation du coût, on peut considérer qu'une estimation satisfaisante du coût du dispositif ALD en termes de remboursement est de 8 milliards d'euros pour les soins de ville.

La pharmacie et les soins infirmiers contribuent pour près des deux-tiers au coût de remboursement

Des résultats communs sont mis en évidence quelle que soit la méthode retenue (*tableau 3*). Les trois estimations proposées montrent que la moitié (51 % à 52 %) du coût du dispositif ALD, en termes de remboursement, provient des dépenses de médicaments, poste le plus important au sein de la dépense reconnue des bénéficiaires en ALD (43 %). Ensuite, 11 % à 14 % du coût est attribué aux soins infirmiers. Enfin, dans tous les cas, le coût de remboursement représente 5 % du coût total pour les prestations d'omnipraticiens comme pour celles de médecins spécialistes.

Dès que l'on tient compte dans le contrefactuel des possibilités d'exonération autres que le dispositif ALD, le taux de remboursement contrefactuel se situe aux alentours de 68 % pour l'ensemble des dépenses des bénéficiaires du dispositif ALD, qu'elles soient en rapport ou sans rapport avec leurs ALD (*tableau 4*). L'absence du dispositif conduirait à une augmentation significative des restes à charge pour les personnes concernées. Il est à rappeler que même avec le dispositif ALD, les restes à charge des bénéficiaires du dispositif (585 euros en moyenne) sont supérieurs à ceux des personnes qui ne sont pas en ALD (396 euros en moyenne). Cette situation s'aggraverait en l'absence du dispositif propre aux ALD (*tableau 5*). En moyenne, le reste à charge d'un bénéficiaire en ALD serait alors de 1 500 euros environ.

L'absence du dispositif ALD aurait ainsi un impact financier important pour certains postes de dépenses, sous réserve que l'intégralité des effets de substitution entre motifs d'exonération ait été bien cernée. Une telle situation pourrait avoir des conséquences sur les assurances complémentaires. Elles pourraient dès lors être conduites à modifier les termes des contrats en recherchant à adapter les primes en fonction du risque (au-delà de la seule prise en compte de l'âge des personnes couvertes actuellement pratiquée), ce qui ne semble pas être le cas avec le système actuel (Legal *et al.*, 2009).

¹⁴ À nouveau, le taux de remboursement relatif aux dépenses des bénéficiaires ayant le même nombre de motifs d'exonération qui a été utilisé comme taux de remboursement contrefactuel pour les combinaisons non existantes chez les non-ALD ou aux effectifs trop faibles. Ces cas représentent près de 5 % de la base de remboursement en rapport avec les ALD.

Tableau 3 : Coûts du dispositif ALD estimés par grands postes de soins de ville, pour les différentes méthodes mises en œuvre

En millions d'euros	1 - Exonération moyenne	2 – Combinaisons de motifs	3 - Combinaisons de motifs croisées avec l'âge
Omnipraticiens	436	391	397
Spécialistes	412	343	405
Infirmiers	889	1 068	1 073
Masseurs-kiné.	372	373	373
Pharmacie	4 306	4 113	4 172
Biologie	328	336	341
LPP	694	601	635
Autres	932	691	619
Total	8 369	7 916	8 014

Sources : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature

Lecture : En se basant sur l'exonération moyenne des bénéficiaires non-ALD, le coût du dispositif ALD en termes de remboursement s'élèverait à 8,4 milliards d'euros.

Tableau 4 : Taux de remboursement contrefactuels par poste de soins de ville de la dépense reconnue des bénéficiaires en ALD, qu'elle soit en rapport ou sans rapport avec leurs ALD, pour les différentes méthodes mises en œuvre

En millions d'euros	1 - Exonération moyenne	2 – Combinaisons de motifs	3 - Combinaisons de motifs croisées avec l'âge
Omnipraticiens	68,3 %	70,7 %	70,4 %
Spécialistes	78,7 %	80,5 %	78,9 %
Infirmiers	73,0 %	68,0 %	67,8 %
Masseurs-kiné.	68,4 %	68,3 %	68,4 %
Pharmacie	61,8 %	63,1 %	62,7 %
Biologie	67,0 %	66,4 %	66,1 %
LPP	72,6 %	75,6 %	74,5 %
Autres	67,4 %	74,4 %	76,5 %
Total	67,4 %	68,7 %	68,4 %

Sources : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

Lecture : En se basant sur l'exonération moyenne des bénéficiaires non-ALD, les dépenses des bénéficiaires en ALD seraient remboursées à hauteur de 67,4 %.

Tableau 5 : Restes à charge moyens (prenant en compte les dépassements) effectifs et contrefactuels par bénéficiaire après intervention de l'assurance maladie obligatoire

En euros	Réels en 2009		Simulés, pour les bénéficiaires en ALD, en l'absence du dispositif ALD		
	Bénéficiaires non-ALD	Bénéficiaires en ALD	1 - Exonération moyenne	2 - Combinaisons de motifs	3 - Combinaisons de motifs croisées avec l'âge
Omnipraticiens	37	25	75	70	70
Spécialistes	144	181	229	221	228
Infirmiers	3	9	112	133	133
Masseurs-kiné.	12	16	59	59	59
Pharmacie	81	161	660	637	644
Biologie	17	21	59	60	61
LPP	85	142	223	212	216
Autres	18	29	137	109	100
Total	396	585	1 554	1 501	1 513

Sources : EGB 2009. Calculs : DREES.

Champ : régime général, risques maladie, maternité, AT-MP, prestations de soins de ville en nature.

Lecture : En 2009, si les bénéficiaires en ALD étaient remboursés sur la base de l'exonération moyenne des bénéficiaires non-ALD, leur reste à charge (y compris dépassements) après remboursement par l'assurance maladie obligatoire serait de 1 554 € en moyenne.

Conclusion

Cette étude propose une évaluation du coût du dispositif ALD en matière de remboursement du régime général en soins de ville. À partir des données de l'EGB sur les dépenses présentées au remboursement en 2009, ce coût semble être compris entre 7,9 et 8,4 milliards d'euros en 2009 soit 16 à 17 % des remboursements totaux du régime général relatifs aux prestations de soins de ville en nature, pour les risques maladie, maternité, AT-MP. Basée sur ces estimations du coût, la contribution spécifique du dispositif ALD à la croissance des dépenses de soins de ville du régime général en 2009 serait alors de quelques centaines de millions d'euros.

L'analyse mériterait d'être approfondie pour prendre en compte les dépenses en établissements sanitaires qui représentent 58 % des remboursements en 2009 (CNAMTS, résultats à fin décembre 2009). L'appariement récent entre le Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) et l'EGB donne des perspectives d'analyses intéressantes, même s'il ne concerne à ce jour que le champ de médecine, chirurgie et obstétrique. Un travail a été amorcé à la DREES à partir de ces données (*encadré 3*).

Une étude sur plusieurs années permettrait d'analyser l'évolution de ce coût en termes de structure et de poids dans les remboursements d'assurance maladie.

Pour une évaluation exhaustive du coût du dispositif ALD pour l'assurance maladie, une comptabilité des coûts de gestion dans les organismes devrait être menée. En particulier, il est important de valoriser l'activité des médecins conseils, qui étudient les cas des bénéficiaires en ALD à leurs entrées dans le dispositif, leurs protocoles de soins, leurs arrêts maladie, leurs demandes de prolongation de prise en charge et leurs sorties du dispositif. La rémunération du médecin traitant doit aussi être prise en compte. En effet, depuis 2005, pour chaque patient en ALD de sa patientèle, le médecin traitant reçoit 40 euros par an. Pour les 8,6 millions de bénéficiaires du régime général en ALD en 2009, ce coût s'élève à 345 millions d'euros.

En proposant une prise en charge intégrale des dépenses des maladies qui requièrent un traitement long et coûteux, le dispositif ALD a pour objectif d'éviter une charge financière trop lourde pour les plus malades. Cependant, les bénéficiaires en ALD ne sont pas exonérés des participations forfaitaires de 1 euro, des franchises de 50 centimes ou de 2 euros ni du forfait journalier hospitalier (*annexe 2a*). Malgré le plafonnement des participations forfaitaires et des franchises, ces éléments de participation au coût des soins touchent plus fortement ceux qui, comme les personnes en ALD, ont le plus souvent recours aux soins. De même, les soins qui ne sont pas prévus dans le protocole de soins ne sont pas pris en charge dans le cadre du dispositif ALD. Ainsi, les personnes en ALD ne sont pas intégralement protégées et peuvent avoir des restes à charge importants.

Quand on cherche à évaluer le coût de ce dispositif, on constate que son estimation se réduit en fait significativement dès lors que l'on cerne les effets de substitution entre les différents motifs d'exonération.

Références

CNAMTS, Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011.

CNAMTS, Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010.

Les Comptes de la sécurité sociale : résultats 2009 et prévisions 2010, 2011, septembre 2010.

CNAMTS, Statistique mensuelle de l'année 2009, résultats à fin décembre.

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, Rapport d'information sur les affections de longue durée, novembre 2008.

Legal R., Raynaud D., Vidal G., « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? », Comptes nationaux de la santé 2009, DREES.

Annexe 1 :

Groupes d'ALD utilisés dans l'étude

- 0 Pathologie cardio-vasculaire, regroupant :
 - 1 AVC invalidant
 - 3 Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques
 - 5 Insuffisance cardiaque grave, trouble du rythme grave, cardiopathie valvulaire grave, cardiopathie congénitale grave
 - 12 Hypertension artérielle sévère
 - 13 Maladie coronaire
- 6 Maladie chronique active du foie et cirrhose
- 7 Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH
- 8 Diabète de type 1 et diabète de type 2
- 9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), épilepsie grave
- 14 Insuffisance respiratoire chronique grave
- 15 Maladie d'Alzheimer et autres démences
- 16 Maladie de Parkinson
- 19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- 22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
- 23 Affection psychiatrique de longue durée
- 24 Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutives
- 25 Sclérose en plaques
- 27 Spondylarthrite ankylosante grave
- 30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- 31 Maladie hors liste
- 32 Polypathologie
- 99 Autres ALD 30 ou ALD non ventilées :
 - 2 Insuffisance médullaire et autres cytopénies chroniques
 - 4 Bilharziose compliquée
 - 10 Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
 - 11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
 - 17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
 - 18 Mucoviscidose
 - 20 Paraplégie
 - 21 Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive
 - 26 Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne
 - 28 Suite de transplantation d'organe
 - 29 Tuberculose active, lèpre

Annexe 2 :

Les cas d'exonération ou de modulation du ticket modérateur

a) Les cas possibles d'exonération au 1^{er} mars 2011 hors dispositifs liés à des régimes spéciaux

Soins de ville ou consultations et actes réalisés en externe en hôpital ou clinique conventionnée					Hospitalisation en hôpital ou clinique conventionnée		
Ticket modérateur	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Participation forfaitaire de 1€ dans le cadre de : • consultations • radiologie • biologie • actes techniques réalisés en cabinet, centre de soins, urgence à l'hôpital dans la limite de 4€ par jour et par professionnel de santé, et de 50€ par an	Franchises : • 0,50€ pour les médicaments et actes paramédicaux dans la limite de 2€ par jour • 2€ pour les transports dans la limite de 4€ par jour et plafonnées à 50€ par an	Parcours de soins	Ticket modérateur à l'hôpital (frais d'hospitalisation)	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Forfait hospitalier : • 18€ par jour en hôpital ou en clinique • 13,5€ par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé
Exonérations d'ordre administratif de droit pour situation particulière							
Bénéficiaires de moins de 18 ans au 1 ^{er} janvier de l'année civile		Exonérés	Exonérés	Exonérés			
Bénéficiaires de moins de 16 ans		Exonérés	Exonérés	Exonérés	Exonérés		
Nouveau-nés âgés de moins de 30 jours		Exonérés	Exonérés	Exonérés		Exonérés	Exonérés
Enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés en EES ou EEP							Exonérés
Femmes enceintes avant le 6 ^{ème} mois de grossesse	Exonérées pour les examens obligatoires		Exonérées pour les examens obligatoires	Exonérées pour les examens obligatoires	Exonérées pour les examens obligatoires		
Femmes enceintes à partir du 6 ^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement	Exonérées	Exonérées	Exonérées	Exonérées	Exonérées	Exonérées	Exonérées
Titulaires d'une rente AT-MP avec un taux d'IPP ≥ 66% et leurs ayants-droits	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés
Titulaires d'une pension d'invalidité	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés
Titulaires d'une pension de vieillesse substituée à l'invalidité	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés
Titulaires d'une pension de veuf(ve) invalide	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés
Titulaire d'une pension militaire	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés
Bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du FSV, de l'ASPA	TM modulé	Exonérés				Exonérés	

* En 2009, la participation forfaitaire de 18 € concernait les actes médicaux dont la base de remboursement était supérieure à 91 € (coefficient ≥ K50).

Soins de ville ou consultations et actes réalisés en externe en hôpital ou clinique conventionnée						Hospitalisation en hôpital ou clinique conventionnée		
Ticket modérateur	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Participation forfaitaire de 1€ dans le cadre de : • consultations • radiologie • biologie • actes techniques réalisés en cabinet, centre de soins, urgence à l'hôpital dans la limite de 4€ par jour et par professionnel de santé, et de 50€ par an	Franchises : • 0,50€ pour les médicaments et actes paramédicaux dans la limite de 2€ par jour • 2€ pour les transports dans la limite de 4€ par jour et plafonnées à 50€ par an	Parcours de soins		Ticket modérateur à l'hôpital (frais d'hospitalisation)	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Forfait hospitalier : • 18€ par jour en hôpital ou en clinique • 13,5€ par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé
Pour tous, liées à la nature de l'acte, du traitement								
Hospitalisation de plus de 30 jours, à compter du 31ème jour						Exonérés	Exonérés	
Soins de ville ou hospitalisation avec un acte médical "lourd" (coefficient ≥ K60), ou consécutive ou en lien avec une telle hospitalisation	Réduit à la PFT de 18€					Réduit à la PFT de 18€		
Soins en HAD								Non concernés
Soins liés à un AT-MP	Exonérés	Exonérés			Exonérés	Exonérés	Exonérés	Exonérés
Campagnes de prévention	Exonérés		Exonérés					
IVG pour les mineurs ne disposant pas du consentement de leurs parents	Exonérées					Exonérées		
Exonérations d'ordre médical nécessitant une demande du patient ou de son médecin								
Bénéficiaires du dispositif d'ALD 30, 31 ou 32 pour les soins en rapport avec l'affection et inscrits dans le protocole de soins	Exonérés	Exonérés				Exonérés	Exonérés	
Stérilité : investigations diagnostiques, traitements	Exonérés					Exonérés	Exonérés	
Mineurs victimes de violences sexuelles	Exonérés					Exonérés	Exonérés	

* En 2009, la participation forfaitaire de 18 € concernait les actes médicaux dont la base de remboursement était supérieure à 91 € (coefficient ≥ K50).

ALD Affection de longue durée
 AME Aide médicale d'État
 ASPA Allocation de solidarité pour les personnes âgées
 AT-MP Accident du travail ou de trajet - maladie professionnelle
 CMU Couverture maladie universelle
 EES Établissement d'éducation spéciale
 EEP Établissement d'éducation professionnelle

FSV Fonds de solidarité vieillesse
 HAD Hospitalisation à domicile
 IPP Incapacité permanente partielle
 IVG Interruption volontaire de grossesse
 PFT Participation forfaitaire
 TM Ticket modérateur
 TOM Territoire d'Outre-mer

b) Les prises en charges particulières au 1^{er} mars 2011

	Soins de ville ou consultations et actes réalisés en externe en hôpital ou clinique conventionnée					Hospitalisation en hôpital ou clinique conventionnée		
	Ticket modérateur	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Participation forfaitaire de 1€ dans le cadre de : • consultations • radiologie • biologie • actes techniques réalisés en cabinet, centre de soins, urgence à l'hôpital dans la limite de 4€ par jour et par professionnel de santé, et de 50€ par an	Franchises : • 0,50€ pour les médicaments et actes paramédicaux dans la limite de 2€ par jour • 2€ pour les transports dans la limite de 4€ par jour et plafonnées à 50€ par an	Parcours de soins	Ticket modérateur à l'hôpital (frais d'hospitalisation)	Participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux "lourds" (≥120€ ou K60), se substituant au ticket modérateur*	Forfait hospitalier : • 18€ par jour en hôpital ou en clinique • 13,5€ par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé
Bénéficiaires de la CMU complémentaire	Pris en charge	Prises en charge	Prises en charge	Prises en charge	Pris en charge	Pris en charge	Prises en charge	Pris en charge
Bénéficiaires de l'AME et leurs ayants-droits	Pris en charge	Prises en charge	Prises en charge	Pris en charge	Exonérés	Pris en charge	Prises en charge	Pris en charge
Bénéficiaires des caisses de sécurité sociale des TOM					Exonérés			
Bénéficiaires du régime Alsace-Moselle	TM modulé	Prises en charge	Prises en charge			Pris en charge	Prises en charge	Pris en charge

* En 2009, la participation forfaitaire de 18 € concernait les actes médicaux dont la base de remboursement était supérieure à 91 € (coefficient ≥ K50).

Sources : www.ameli.fr
www.hopital.fr
vosdroits.service-public.fr

c) Libellés des motifs d'exonération identifiables pour chaque prestation dans le SNIIR-AM et correspondance avec les motifs d'exonération prévus par la loi

Motifs d'exonération dans le SNIIR-AM	Correspondance dans la loi
Exonération liée à la nature de l'assurance	- Assurées relevant de l'assurance Maternité : femmes enceintes avant le 6ème mois de grossesse pour les examens obligatoires, femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement - Assurés relevant de l'assurance Accident du travail – maladie professionnelle (AT-MP), pour les actes en rapport.
Exonération liée à certaines catégories d'assurés relevant d'un régime spécifique	- Titulaires d'une pension d'invalidité - Titulaires d'une pension de vieillesse substituée à l'invalidité - Assurés de plus de 60 ans, ayant été pensionnés d'invalidité et qui continuent à travailler après s'être opposés à la liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude. - Titulaires d'une pension de veuf(ve) invalide - Titulaires d'une rente AT-MP avec un taux d'incapacité partielle permanente (IPP) supérieur ou égal à 66 % et leurs ayant-droits
6ème mois de grossesse	Femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement
Pension militaire (art. 115)	Titulaire d'une pension militaire
Nature de la prestation	- IVG pour les mineurs ne disposant pas du consentement de leurs parents - Soins consécutifs à des sévices sexuels subis par des mineurs - Pour les donneurs, frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits - Fourniture du sang humain, du plasma ou leurs dérivés et fourniture du lait humain - Analyses et examens de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C
- Bénéficiaire atteint d'une maladie liste - affection en rapport - Pathologie hors liste – affection en rapport - Polypathologie hors liste – affection en rapport	Bénéficiaires du dispositif d'ALD 30, 31 ou 32 pour les soins en rapport avec l'affection et inscrits dans le protocole de soins
- Actes CCAM/NGAP exonérants - Coefficient et acte en rapport	- Actes médicaux d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
Hospitalisation	- Hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs, à compter du 31ème jour - Hospitalisation des nouveau-nés dans les 30 jours suivant la naissance ainsi que tous les soins dispensés en établissement de santé au cours des 30 jours suivant la naissance
Éducation spécialisée en rapport	- Frais d'hébergement des enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés en établissement d'éducation spéciale (EES) ou en établissement d'éducation professionnelle (EEP) - Frais d'éducation spéciale des enfants handicapés
Prévention	- Actes réalisés dans le cadre de programmes de prévention nationaux, notamment les examens de dépistage et consultations de prévention destinés aux mineurs ainsi que la consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans. - Examens de prévention bucco-dentaire des enfants dans l'année qui suit leur 6ème et leur 12ème anniversaire.

Motifs d'exonération dans le SNIIR-AM	Correspondance dans la loi
Article L324 non exonérant (sauf transports)	- Assuré atteint d'une ALD non exonérante permettant la prise en charge à 65 % du tarif de la sécurité sociale des frais de déplacement en rapport avec son ALD et des frais de transport et frais de séjour liés aux cures thermales. <i>Motif prévu dans la nomenclature mais ne figurant pas dans l'EGB en 2009.</i>
Diagnostic et traitement de la stérilité	Stérilité : investigations diagnostiques, traitements <i>Motif prévu dans la nomenclature mais ne figurant pas dans l'EGB en 2009.</i>
Soins en rapport avec un acte CCAM exonérant	Soins de ville ou hospitalisation en rapport avec un acte médical d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros, ou consécutif ou en lien avec une telle hospitalisation <i>Motif prévu dans la nomenclature mais ne figurant pas dans l'EGB en 2009.</i>
Autres cas d'exonération	- hébergement dans les établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie visé à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique - hébergement dans les unités de soins de longue durée
Valeur inconnue	Motif d'exonération non précisé <i>Motif prévu dans la nomenclature mais ne figurant pas dans l'EGB en 2009.</i>

Les motifs suivants ne sont donc pas clairement repérables par l'intermédiaire de la nomenclature utilisée dans l'EGB :

- Bénéficiaires de moins de 18 ans au 1er janvier de l'année civile
- Bénéficiaires de moins de 16 ans
- Bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du FSV, de l'ASPA

Par ailleurs, plusieurs modalités de la nomenclature peuvent être utilisées pour repérer un même cas d'exonération :

- les motifs « assurance » et « 6^{ème} mois de grossesse » pour les exonérations liées aux soins de fin de grossesse.
- les motifs « acte CCAM/NGAP exonérant », « coefficient et acte en rapport » pour les actes médicaux d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.

Mobilité géographique des patients en soins hospitaliers de court séjour : comment la répartition de l'offre structure-t-elle le territoire ?



Frédéric TALLET, DREES¹

L'intérêt de l'analyse territoriale du système de santé s'accroît depuis plusieurs années et notamment depuis l'adoption en 2009 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). La recherche à un niveau décentralisé de la meilleure adéquation de l'offre aux besoins de santé nécessite de renforcer l'information géographique disponible. Plus concentrée que celle de soins de ville, l'offre hospitalière de court séjour (concernant les soins de médecine, chirurgie et obstétrique) est regroupée dans certains pôles et les patients se déplacent pour accéder aux établissements fournisseurs de soins. Plusieurs études ont montré que si les temps d'accès sont globalement limités, ils varient cependant sensiblement selon les communes de résidence des patients et les types de soins fournis. Cette étude développe deux axes nouveaux. À partir d'une analyse des flux intercommunaux, sont dessinées les aires d'influence des centres hospitaliers et précisés les temps d'accès aux services hospitaliers selon certaines caractéristiques des communes de résidence, des établissements et du type de soins hospitaliers fournis.

Les flux de patients entre régions, qui présentent une forte stabilité durant la dernière décennie, permettent une relativement bonne adéquation du recours aux soins hospitaliers à l'offre, malgré sa forte disparité territoriale. Au niveau infra-régional, les mouvements diffèrent selon la complexité des soins. Pour l'ensemble des soins, les habitants des territoires faiblement peuplés se dirigent souvent vers un seul centre hospitalier, le plus proche ; à l'inverse, les résidents de zones denses se déplacent dans différentes directions. Pour les soins complexes et coûteux, les zones d'influence des grands établissements sont plus étendues au détriment de celles des établissements plus modestes et les temps d'accès correspondant sont plus importants. Les temps de parcours selon les zones de résidence se déduisent de ce constat : le temps d'accès médian est supérieur de 20 minutes en moyenne pour les plus petites communes.

¹ L'auteur remercie Franck Evain (DREES) pour la fourniture des données du PMSI appariées avec le distancier Odomatrix ainsi que François Sémécurbe (INSEE) pour la mise à disposition de l'outil cartographique Bocal.

1. Les flux de patients permettent de satisfaire de façon homogène la demande face à une répartition relativement concentrée de l'offre

Un enjeu majeur de l'organisation territoriale de l'offre hospitalière est de fournir des soins d'une qualité optimale à une population située en partie dans des zones peu denses du territoire.

À l'origine des déplacements des patients entre domicile et établissement de soins de court séjour se trouvent des différences de répartition géographique entre demande et offre de soins hospitaliers. D'une part, l'ensemble de la population, répartie dans les 36 000 communes du territoire, est susceptible d'avoir recours aux soins hospitaliers. D'autre part, l'activité de soins en MCO est assurée par 1 500 établissements répartis dans un peu plus de 700 communes. Bien que les établissements hospitaliers soient implantés dans des communes souvent très peuplées, seul un quart de la population française habite dans une commune qui dispose d'un établissement hospitalier de court séjour.

L'offre hospitalière est plus concentrée que la population résidente à l'origine des déplacements entre lieu de résidence et d'hospitalisation

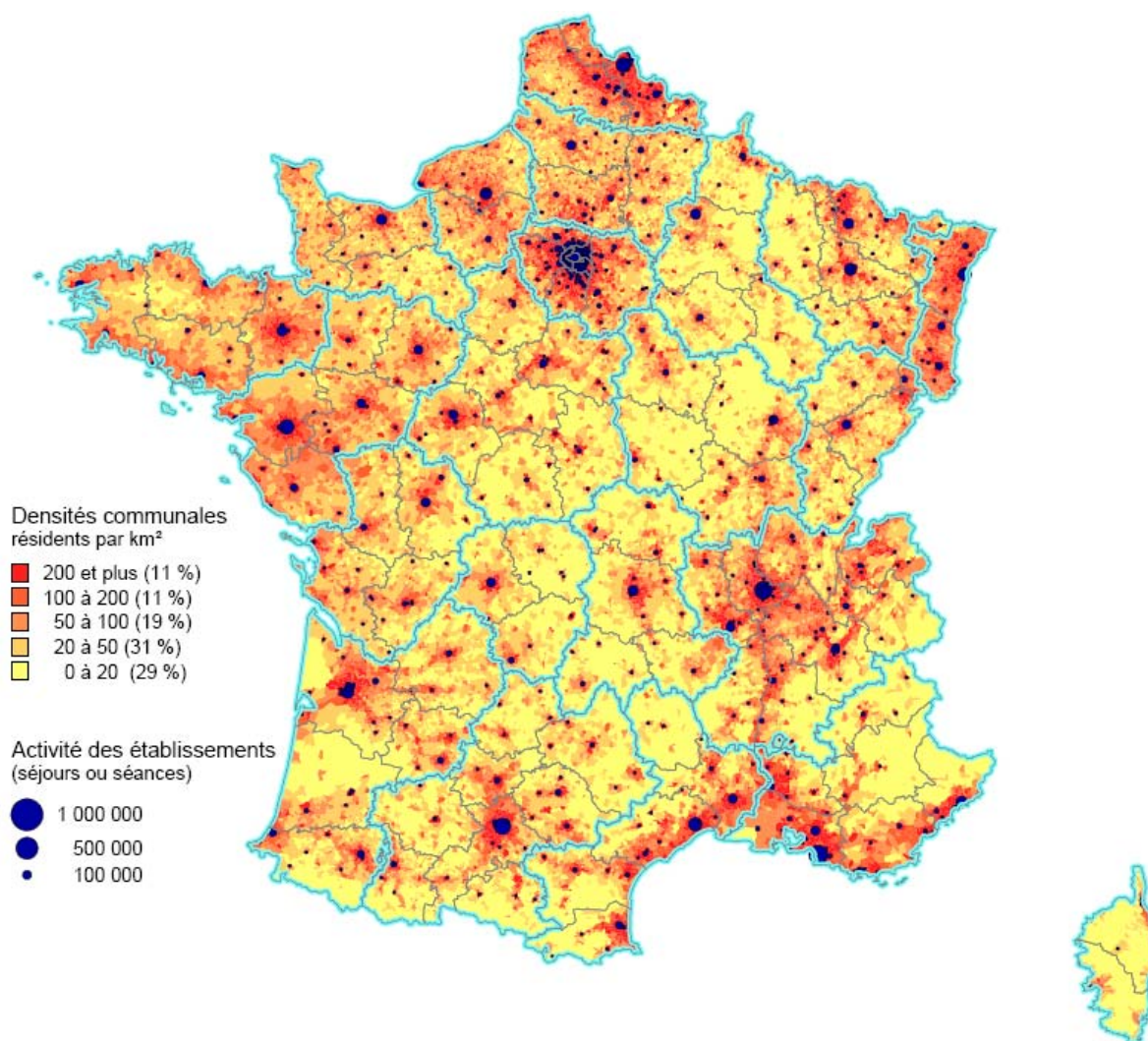
La répartition de la population n'est pas homogène sur le territoire national et il existe un clivage entre zones urbaines densément peuplées et zones rurales ou montagneuses qui le sont moins :

- 5 % des communes les plus densément peuplées abritent plus de la moitié de la population et représentent 3 % de la superficie du territoire ;
- à l'opposé, les trois quarts du territoire sont constitués d'unités urbaines de type rural et regroupent moins d'un quart de la population française.

Alors que la densité de population nationale s'élève à 113 habitants par km² en 2008, la majorité des communes françaises comptent moins de 50 habitants par km².

Cette répartition non homogène de la population a une forte incidence sur la répartition de l'offre hospitalière. En effet, afin de minimiser les coûts de déplacement et d'infrastructure hospitalière, tout en garantissant un service de qualité, les établissements hospitaliers sont implantés dans les grandes zones urbaines densément peuplées (*carte 1*). Ils desservent ainsi des zones péri-urbaines assez denses pouvant s'étendre à une distance relativement importante du centre urbain. Ce maillage large, que constitue la répartition des établissements hospitaliers, ne peut assurer un accès homogène en distance pour l'ensemble de la population. Pour les personnes habitant les zones faiblement peuplées les déplacements sont par conséquent plus longs.

Carte 1 : Densités communales de population et activité des établissements hospitaliers



Sources : PMSI 2008, recensement de la population 2007, Insee. Calculs : DREES.

Champs : France métropolitaine, population communale résidente et activité (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1).

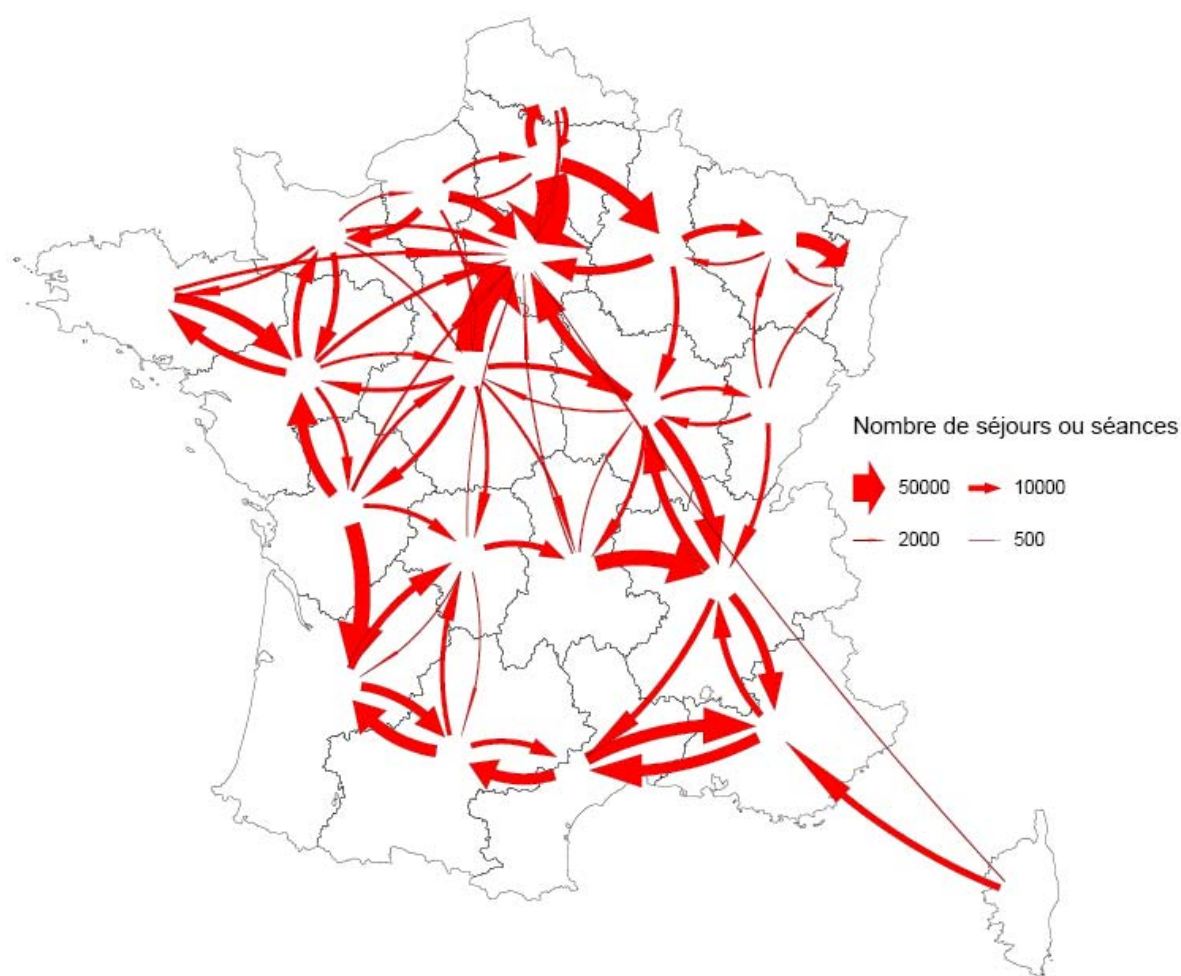
Les mouvements interrégionaux résultent d'une hétérogénéité de la répartition de l'offre entre régions

Ces différences de localisation entre fournisseurs et consommateurs de soins hospitaliers induisent donc des déplacements intercommunaux de patients. Ces déplacements peuvent être de courte distance car la plupart des communes ne disposent pas d'un établissement, ou de plus longue distance car les capacités d'accueil ne sont pas également réparties entre départements et régions. Dans cette première partie, nous concentrerons l'analyse sur les déplacements de longue distance, les déplacements de courte distance étant présentés en deuxième partie.

Des déplacements importants vers l'Île-de-France et entre régions voisines

Les mouvements de patients entre les régions contribuent à une meilleure adéquation territoriale de la demande hospitalière à l'offre (carte 2). Parmi un grand nombre de flux interrégionaux d'ampleur importante, plusieurs constats se dégagent. En montant absolu, ce sont les flux dirigés vers la région francilienne qui sont les plus notables : chaque année, plus de 58 000 séjours ou séances réalisés en Île-de-France concernent des Picards et 50 000 séjours ou séances concernent des patients en provenance du Centre. Les autres régions limitrophes (Bourgogne, Champagne-Ardenne et Haute-Normandie) ont aussi plus de 5 % des séjours ou séances de leurs résidents hospitalisés qui ont lieu en Île-de-France. Plus généralement, pour chaque région de France métropolitaine et d'Outre-mer, plus de 1 000 séjours ou séances sont réalisés en Île-de-France chaque année. Cependant, les mouvements ne sont pas tous polarisés vers la région capitale. Il existe de nombreux flux importants de l'ordre de 10 000 à 20 000 séjours ou séances de patients entre régions de province, s'opérant la plupart du temps entre régions voisines. Souvent, ces flux sont à double sens et d'ampleur comparable comme par exemple entre les quatre grandes régions du Sud de la France.

Carte 2 : Principaux flux interrégionaux de patients hospitalisés



Sources : PMSI 2008. Calculs : DREES.

Champs : France métropolitaine, activité (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1).

Note : Afin de visualiser au mieux l'ensemble des nombreux flux au sein du territoire, il convient de n'en retenir que les principaux. Ainsi, seuls sont représentés les flux de patients d'une région de résidence *r* vers une autre région de soin représentant au moins 0,5 % du nombre total de patients résidant dans cette région *r* qui se sont fait soigner durant une année donnée (que ce soit dans la région *r* ou dans une autre).

Lecture : 50 000 séjours ou séances de soins hospitaliers ont été réalisés en Île-de-France pour des habitants du Centre.

Des degrés variables d'ouverture des régions au regard des mouvements de patients

Pour certaines régions, ces hospitalisations dans d'autres régions représentent une partie non négligeable de la consommation de séjours ou séances. C'est le cas par exemple pour la Corse dont 11 % des séjours ou séances sont effectués en Provence Alpes Côte d'Azur. Pour avoir une vision synthétique des échanges entre régions, la carte 3 présente : les taux d'attractivité et de sortie des régions, les soldes régionaux extérieurs de séjours et séances, ainsi que le volume d'activité intra-régionale qui aide à interpréter ces taux et soldes. En effet, plus l'activité intra-régionale est élevée, moins les échanges avec les autres régions sont importants en part de l'activité. Le taux d'attractivité traduit l'importance de patients extérieurs à la région dans l'activité des établissements régionaux. Il est notamment important pour le Limousin qui dispose d'une offre importante et attire des patients des régions voisines, pour l'Île-de-France qui attire des patients des régions limitrophes et au-delà. Le taux de sortie représente la proportion d'habitants se faisant soigner à l'extérieur de leur région de résidence. Il est élevé pour des régions adjacentes à une région disposant de grands centres hospitaliers. C'est notamment le cas de la Picardie, du Centre et de la Haute-Normandie, pour lesquels une partie de leurs habitants sont soignés en Île-de-France, de l'Auvergne vis-à-vis de la région Rhône-Alpes, ou du Poitou-Charentes vis-à-vis de l'Aquitaine. Enfin, les écarts entre taux d'attractivité et taux de sortie conduisent au solde net de séjours et séances. Celui-ci traduit l'excédent ou le déficit de production de soins des établissements de la région relativement à la consommation totale des résidents. Les régions disposant d'importants centres hospitaliers ont un solde net positif. À l'inverse, les DOM, la Corse et les régions voisines de grandes régions hospitalières ont des soldes nettement déficitaires et des taux de sortie élevés.

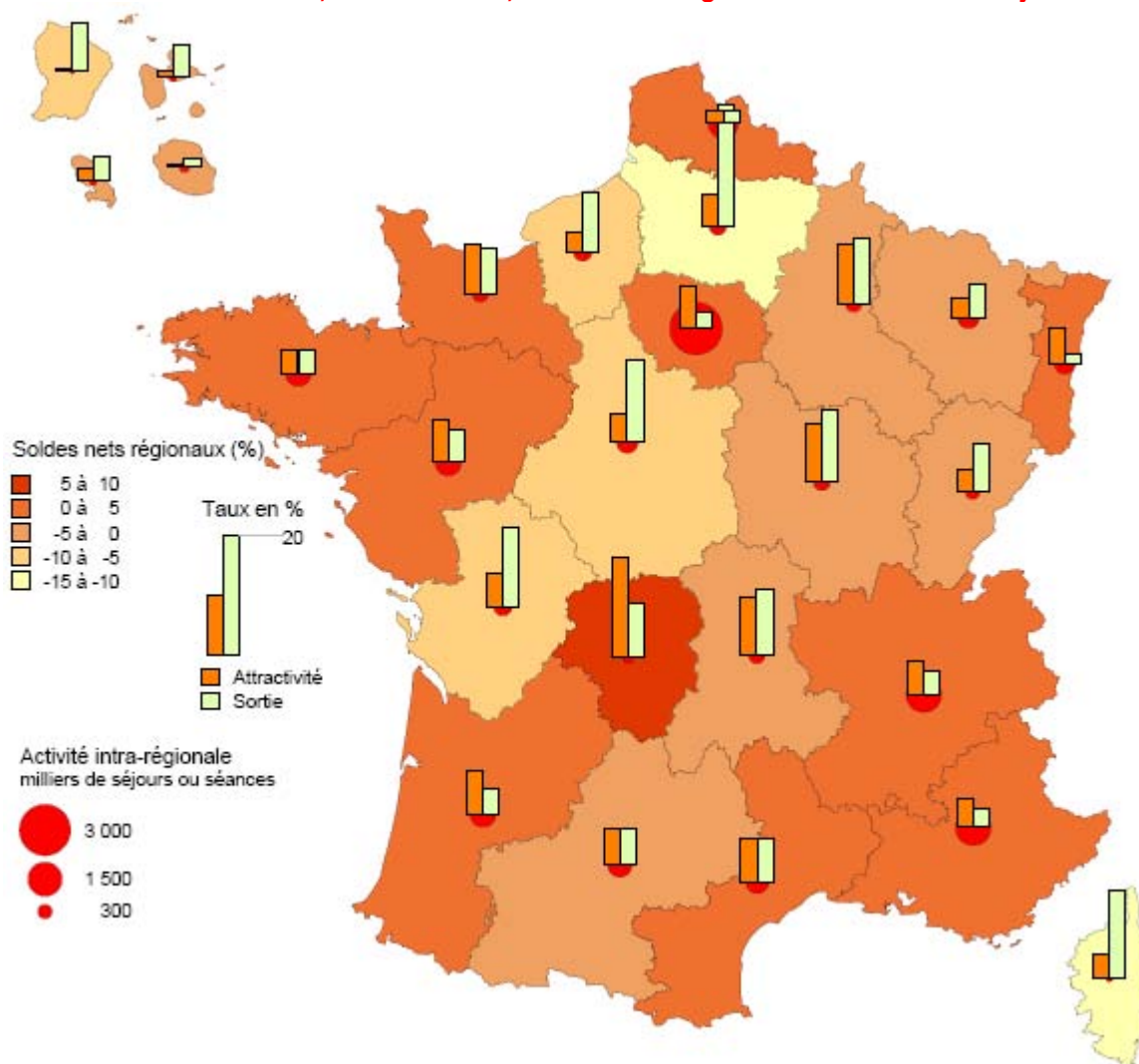
Ces écarts de soldes de séjours sont en particulier la conséquence de la répartition non homogène de l'offre entre les régions relativement à la demande. Bien qu'il soit difficile de mesurer une capacité d'offre hospitalière compte tenu de la complexité du processus de production hospitalière, un indicateur tel que le nombre de lits par habitant², très variable entre régions rend compte de l'hétérogénéité de l'implantation de l'offre. Par exemple, le Limousin, région disposant du plus grand nombre de lits par habitant (4,3 pour 1 000 habitants), est voisin du Poitou-Charentes qui n'en possède que 3,2 pour 1 000 habitants.

De façon plus schématique, on peut distinguer quatre groupes de régions :

- les régions « autocentrées » où les patients vont peu se faire hospitaliser dans une autre région et dont les établissements accueillent peu de patients hors région (essentiellement la Réunion, le Nord Pas de Calais et la Bretagne) ;
- les régions « à flux sortants » où nombre de patients sont hospitalisés dans une autre région et dont les établissements reçoivent peu de patients hors région (la Corse, le Centre, le Poitou-Charentes, la Haute-Normandie, la Guyane, ...) ;
- les régions « à flux entrants » dont les patients vont peu se faire hospitaliser dans une autre région et dont les établissements attirent beaucoup de patients hors région (l'Aquitaine, l'Île-de-France, l'Alsace, ...) ;
- enfin, les régions « ouvertes » où les patients vont pour beaucoup se faire hospitaliser dans une autre région mais dont les établissements sont par ailleurs fortement attractifs pour des patients hors région (la Bourgogne, la Champagne-Ardenne, l'Auvergne, le Limousin, ...).

² Cette information provient de la statistique annuelle des établissements (SAE, Drees) et de la population estimée par l'Insee en 2008. Le nombre de lits n'est qu'un indicateur d'offre d'hospitalisation complète. Pour les nombres de places en hospitalisation partielle et en hospitalisation à domicile, les disparités de capacités d'accueil entre collectivités territoriales sont encore plus importantes.

Carte 3 : Taux d'attractivité, taux de sortie, soldes nets régionaux de séances et séjours



Sources : PMSI 2008. Calculs : DREES.

Champs : France entière, activité (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1).

Légende :

- activité intra-régionale : nombre de séjours ou séances des résidents dans les établissements de la région dans l'année ;
- attractivité : part des séjours ou séances des non résidents dans l'activité des établissements de la région ;
- sortie : part des séjours ou séances consommés à l'extérieur de la région dans l'ensemble des séjours ou séances des résidents de la région ;
- le solde net représente la différence entre le nombre de séjours ou séances réalisés par les établissements de la région (production) et le nombre de séjours ou séances consommés par la population de la région (consommation), rapportée au nombre de séjours ou séances consommés par la population de la région.

Lecture : les établissements d'Aquitaine ont fourni entre 0 et 5 % de séjours et séances de plus que ce qu'ont consommé les résidents d'Aquitaine, ce solde positif est notamment lié à l'accueil de patients résidant dans les régions voisines.

Malgré de fortes variations d'activité, les échanges interrégionaux ont peu changé en dix ans

Ce classement des régions métropolitaines en quatre grandes catégories selon leur position dans les flux de patients est en fait stable depuis plusieurs années.

En se plaçant, pour l'année 2008, sur un champ aussi proche que possible de celui utilisé par Joubert (2000)³ pour l'année 1997, on retrouve des résultats très similaires : en termes de taux

³ Joubert (2000), qui mesurait pour l'année 1997, les mouvements interrégionaux de patients hospitalisés en soins de court séjour, a notamment fait le choix d'exclure les séjours et séances de patients réalisés durant les mois de juillet et août pour éviter les flux interrégionaux liés aux vacances estivales (encadré).

d'attraction, de sortie et de soldes régionaux (*tableau 1*), mais aussi en termes de caractéristiques des patients soignés hors de leur région de résidence. La part des séjours et séances consommés hors région était déjà de 6 % en moyenne pour la France. Les patients soignés hors région de résidence sont plus jeunes que ceux soignés dans leur région, leur prise en charge relève plus de la chirurgie et des établissements publics notamment ceux proposant un plateau technique complexe tels que les centres hospitaliers régionaux (CHR).

Les volumes d'activité régionaux des établissements ont connu en revanche des évolutions notables en 11 ans, allant de -5 % à près de 18 % selon les régions, sans lien direct avec l'évolution des soldes ou des taux d'attraction et de sortie, mais en lien avec les évolutions de la population régionale. Ces évolutions sont, en effet, corrélées positivement aux variations d'activité hospitalières (coefficient de corrélation de 0,7).

Tableau 1 : Mouvements extra-régionaux de patients hospitalisés, activité des établissements et population des régions entre 1997 et 2008

Région	Entrée (%)		Sortie (%)		Ouverture (%)		Attraction globale (%)		Activité			Population		
	1997	2008	1997	2008	1997	2008	1997	2008	(milliers de séjours)		Taux de variation 97-08 (%)	(milliers d'habitants)		Taux de variation 97-08 (%)
									1997	2008		1997	2008	
Alsace	5,7	5,8	2,1	1,7	8	8	4	4	347	412	18,8	1 711	1 837	7,4
Aquitaine	7,1	6,4	4,6	4,4	12	11	3	2	625	697	11,5	2 877	3 178	10,5
Auvergne	9	8,9	9,8	10,5	21	21	-1	-2	257	255	-0,6	1 310	1 342	2,4
Basse-Normandie	7,1	7,7	7,1	7,4	15	16	0	0	283	294	4,0	1 416	1 468	3,6
Bourgogne	9,1	9,4	11,6	11,9	23	24	-3	-3	353	337	-4,5	1 614	1 639	1,5
Bretagne	3,5	3,3	3,4	3,7	7	7	0	0	564	641	13,6	2 870	3 150	9,7
Centre	5,6	5,0	12,4	13,0	20	20	-8	-10	469	476	1,4	2 432	2 532	4,1
Champagne-Ardenne	8,9	8,6	8,8	10,3	19	21	0	-2	302	278	-8,0	1 348	1 338	-0,7
Corse	2,9	2,7	17,6	15,3	24	21	-18	-15	63	66	4,4	259	303	16,9
Franche-Comté	4,3	4,1	7,3	7,7	12	13	-3	-4	213	218	2,4	1 115	1 164	4,4
Haute-Normandie	3	3,2	8,8	9,4	13	14	-7	-7	330	356	7,8	1 776	1 826	2,8
Île-de-France	6,9	6,8	2,9	2,2	10	10	4	5	2412	2351	-2,5	10 895	11 659	7,0
Languedoc-Roussillon	7,2	6,7	7,5	6,8	16	14	0	0	523	553	5,8	2 249	2 582	14,8
Limousin	15	15,9	8,7	8,4	27	28	8	10	159	152	-4,6	714	741	3,7
Lorraine	4,3	3,5	4,7	5,3	8	9	-1	-2	511	524	2,6	2 316	2 346	1,3
Midi-Pyrénées	5,8	5,7	5,8	5,8	12	12	0	0	576	607	5,3	2 520	2 838	12,6
Nord - Pas-de-Calais	1,7	2,2	1,9	1,7	4	4	0	0	790	903	14,3	3 995	4 024	0,7
Pays de la Loire	6	6,6	5,3	5,2	12	12	1	2	622	693	11,4	3 182	3 510	10,3
Picardie	5,5	5,2	17,8	18,9	28	29	-16	-18	348	343	-1,4	1 855	1 907	2,8
Poitou-Charentes	5	4,9	12,9	12,4	20	19	-10	-9	316	363	15,0	1 628	1 753	7,7
PACA	5,1	4,4	3,2	3,0	9	8	2	1	1099	1142	3,9	4 451	4 883	9,7
Rhône-Alpes	5,2	5,0	3,4	3,4	9	9	2	2	1151	1222	6,2	5 581	6 117	9,6

Sources : PMSI, DREES, INSEE. Calculs : DREES.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1).

Années : 1997 et 2008, hors mois de juillet et août pour assurer la comparaison entre l'étude de Joubert (2000) portant sur les données de 1997 et les résultats présentés ici portant sur l'année 2008.

Légende :

- entrée : part des séjours ou séances des non résidents dans l'activité des établissements de la région ;
- sortie : part des séjours ou séances consommés à l'extérieur de la région dans l'ensemble des séjours ou séances des résidents de la région ;
- ouverture : somme des séjours ou séances des résidents consommés à l'extérieur de la région et des séjours ou séances des non résidents réalisés à l'intérieur de la région, rapportée à l'activité des établissements de la région, c'est un indicateur traduisant l'importance des échanges entrants ou sortants avec les autres régions ;
- attraction globale : différence entre le nombre de séjours ou séances des non résidents réalisés à l'intérieur de la région et des séjours ou séances des résidents consommés à l'extérieur de la région, rapportée à l'activité des établissements de la région, c'est un indicateur traduisant le solde des échanges avec les autres régions ;
- activité : somme des séjours ou séances des établissements de la région ;
- population : nombre de résidents de la région.

Lecture : en 1997, 5,7 % des séjours ou séances réalisés par les établissements alsaciens concernaient des patients résidant hors d'Alsace, cette proportion est passée à 5,8 % en 2008.

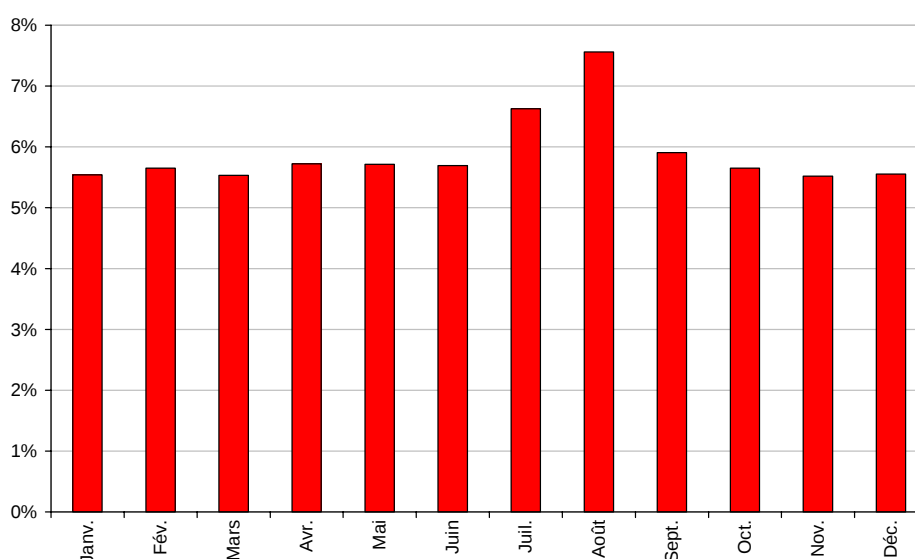
Encadré

Les régions touristiques accusent un surcroît d'activité pendant les périodes de vacances

Le tableau de flux des patients dressé dans les paragraphes précédents, qui retrace l'intégralité des déplacements opérés au cours d'une année, ne met pas en évidence ceux plus atypiques opérés pendant la saison estivale ou pour des motifs très spécifiques. Pour les longs déplacements, plusieurs facteurs importants peuvent conduire à des mouvements qui échappent à l'analyse globale. Les soins les plus techniques ou concernant des cas particulièrement délicats font partie de ces facteurs qui sont traités dans la seconde partie de l'étude.

Les hospitalisations sur le lieu de villégiature sont un autre facteur non négligeable dans l'analyse des échanges interrégionaux (*graphique 1*). La proportion d'hospitalisations hors de la région de résidence augmente ainsi de 5,5 % en moyenne au cours de l'année scolaire à 7,5 % en juillet et août. Ce phénomène déjà mis en évidence par Joubert (2000) concerne des hospitalisations de plus courte durée et de faible spécialisation. Les patients hospitalisés en vacances sont plus souvent atteints d'affection du tube digestif, de l'appareil musculo-squelettique ou du tissu conjonctif.

Graphique 1 : Proportions mensuelles de patients hospitalisés hors de leur région de résidence



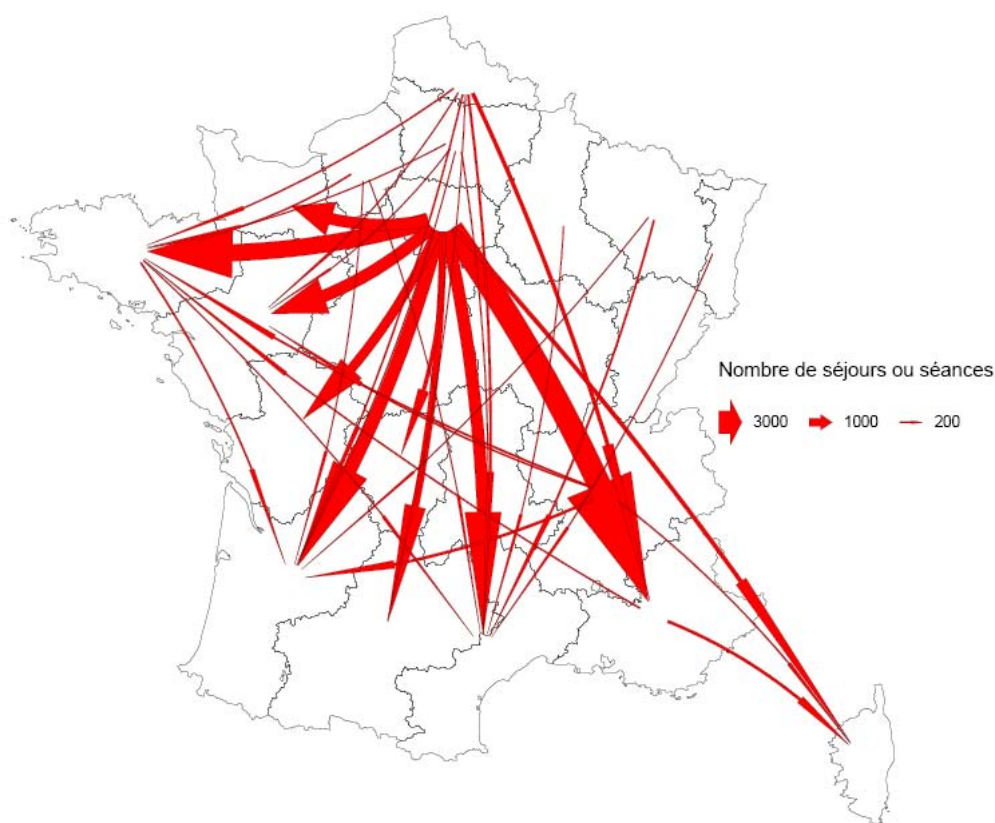
Sources : PMSI. Calculs : DREES.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1). Années : 2008.

Lecture : en janvier 2008, 5,5 % des séjours ou séances sont réalisés dans des établissements situés hors de la région de résidence du patient ; en août 2008, cette proportion passe à 7,5 %.

Bien qu'il ne soit pas possible de distinguer formellement parmi les non-résidents ceux qui sont en villégiature des autres, on peut toutefois en estimer l'importance en comparant les mouvements d'une région à l'autre entre la période de juillet et août et l'ensemble de l'année. Lorsque le flux estival représente une importante proportion du flux total annuel (proportion fixée ici à un tiers), on suppose que les hospitalisations sur un lieu de villégiature jouent un rôle important dans les mouvements identifiés (*carte 4*).

Carte 4 : Principaux flux estivaux interrégionaux



Sources : PMSI. Calculs : DREES.

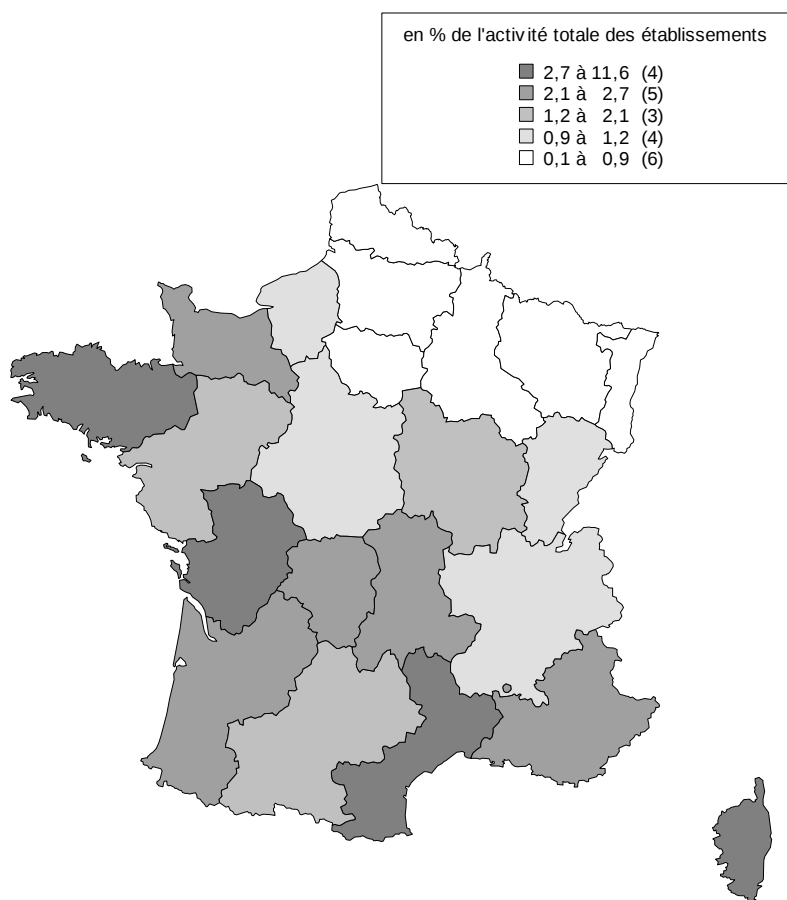
Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe) hospitalisés en juillet et août 2008.

Note : parmi les flux interrégionaux de plus de 100 patients, seuls sont représentés les flux pour lesquels le flux en juillet et août est supérieur au tiers du flux total annuel.

Lecture : entre juillet et août 2008, plus de 3 000 séjours ou séances de Franciliens ont été effectués par les établissements hospitaliers de Provence Alpes Côte d'Azur.

Les régions des littoraux méditerranéen et atlantique, de la Normandie à l'Aquitaine, accueillent ainsi un surcroît de patients pouvant dépasser plusieurs milliers d'hospitalisations. Des déplacements similaires mais de moindre ampleur s'observent durant l'hiver à destination des régions montagneuses. Durant l'été, ces surcroîts d'activité peuvent représenter jusqu'à 12 % de l'activité annuelle totale des établissements (pour la Corse, *carte 5*) et entre 2 % et 4 % pour les régions du littoral de la Normandie jusqu'à la Provence Alpes Côte d'Azur et ce, pour les seules migrations entre régions françaises (les niveaux affichés seraient encore parfois bien plus importants si pouvaient être intégrés au raisonnement les flux touristiques entre pays). Durant les mois d'hiver (décembre à février), seule la région Rhône-Alpes présente un surcroît d'activité dû à une entrée de patients extérieurs à la région plus importante que durant les autres mois de l'année.

Carte 5 : Surcroît d'activité lié aux résidents extérieurs à la région d'hospitalisation durant les mois de juillet et août



Sources : PMSI. Calculs : DREES.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1) hospitalisés en 2008.

Note : la part de l'activité des établissements d'une région donnée liée aux résidents d'autres régions est comparée entre les mois de juillet et août et le reste de l'année. Entre parenthèses, le nombre de régions de chaque catégorie est indiqué.

Lecture : la part de l'activité des établissements bretons liée aux résidents d'autres régions de France métropolitaine est supérieure de 3,1 points durant les mois de juillet et d'août à cette même part durant les autres mois de l'année (classe 2,7 à 11,6).

Les déplacements contribuent à homogénéiser le recours aux soins hospitaliers sur le territoire

La fourniture de soins de qualité ne nécessite pas que l'offre hospitalière soit également répartie sur le territoire. En revanche, un objectif de santé publique est que la population ait un recours aux soins satisfaisant en fonction de ses besoins quel que soit son lieu de résidence. Il est relativement difficile d'évaluer les besoins de santé et le recours optimal de la population. Cependant, la consommation de soins hospitaliers par habitant standardisée, qui tient compte des facteurs démographiques et sanitaires de la population, peut indiquer si le recours effectif varie peu ou fortement au sein du territoire.

Les disparités de consommation standardisée de soins hospitaliers sont relativement faibles au regard notamment de celles existant pour les soins de ville (*tableau 2*, voir aussi Lê et Tallet, 2010). En considérant la densité de médecins libéraux et le nombre de lits par habitants comme des indicateurs de la répartition de l'offre en soins de ville et hospitaliers respectivement, il apparaît une hétérogénéité plus forte dans la répartition de l'offre entre les départements (coefficient de variation resp. de 24 % et 28 %) que dans celles des consommations standardisées de soins de ville (coefficient de variation de 11 %) et surtout de soins hospitaliers (5,4 %). L'origine de ces disparités de consommation de soins

par habitant est plus intrarégionale qu'inter-régionale pour les soins hospitaliers alors que c'est l'inverse pour les soins de ville⁴. Les mouvements de patients permettent ainsi à la demande de s'ajuster à la répartition de l'offre tout en maintenant une homogénéité territoriale du recours.

Tableau 2 : Comparaison des disparités entre départements de consommation standardisée et d'offre en soins de ville et soins hospitaliers

	Soins de ville		Soins hospitaliers	
	Densité de médecins lib. pour 100 000 hab.	Consommation standardisée (€/hab.)	Nombre de lits pour 1000 habitants	Consommation standardisée (€/hab.)
Ecart-type	48	121	1,0	34
Coefficient de variation	24%	10%	28%	5,4%
Min	60	900	1,5	550
Moyenne	190	1160	3,5	630
Max	430	1440	8,0	720

Sources : ADELI, CNAMTS, SAE, PMSI, DREES. Calculs : DREES.

Champ : départements de France entière ; base de remboursement des assurés du régime général pour la consommation standardisée de soins de ville et indicateur de consommation tous régimes pour les soins hospitaliers calculé à partir des tarifs des GHS. Année : 2008.

Note : le coefficient de variation est égal à l'écart-type entre départements rapporté à la valeur moyenne française.

Lecture : l'écart-type entre départements de la densité de médecins libéraux est de 48 médecins pour 100 000 habitants, le coefficient de variation correspondant est de 24 %. Le département présentant la plus faible densité de médecins libéraux en compte 60 pour 100 000 habitants (chiffres arrondis à la dizaine, à l'exception du nombre de lits par habitant et des écarts-types).

2. L'aire d'influence des centres hospitaliers s'étend avec la complexité des soins

Une attraction plus étendue en distance pour les grands centres hospitaliers

Cette analyse des flux départementaux et régionaux peut être précisée en s'appuyant sur les données communales (communes de résidence des patients et d'implantation des établissements pour l'ensemble des soins de court séjour, cf. annexe 1). Sur la base de ces données, il est en effet possible de visualiser les différentes zones d'attractivité, en représentant notamment sur la carte de France le déplacement moyen des habitants de chaque commune par un vecteur ayant pour origine les coordonnées de la commune de résidence et pour extrémité les coordonnées moyennes des communes où sont réalisés les soins⁵.

Sur la *carte 6*, les vecteurs ainsi calculés sont représentés par des segments (nommés résultantes vectorielles) de couleur d'autant plus chaude que le nombre de séjours ou séances qu'ils représentent est important. Les déplacements de fort volume (en rouge) concernent naturellement des communes situées en périphérie de grandes villes hospitalières, dans des zones relativement denses en population (cf. *carte 1*). À l'inverse, les zones plus rurales et peu denses présentent des déplacements (en bleu) en nombre plus limité. Dans tous les cas, on observe l'attraction centripète qu'exercent les établissements hospitaliers majeurs sur l'ensemble des communes qui leur sont proches. Plus le centre hospitalier a, en outre, une taille importante (en volume d'activité), plus l'attraction qu'il exerce est étendue en distance.

⁴ La variance interrégionale ne représente qu'un quart de la variance de la consommation standardisée par habitant de soins hospitaliers entre département.

⁵ La coordonnée moyenne correspondant au barycentre des coordonnées des communes d'accueil est calculée par la formule

$$(x_g, y_g) = \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1, \dots, n} x_i, \frac{1}{n} \sum_{i=1, \dots, n} y_i \right) \text{ où } n \text{ correspond au nombre d'habitants de la commune considérée qui se sont fait}$$

soigner à l'extérieur dans le courant de l'année, chaque habitant i étant soigné dans un établissement situé dans la commune dont le chef-lieu a pour coordonnées (x_i, y_i) .

En Île-de-France, la capacité de production de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris en fait une destination majeure des patients de toute la région capitale et même au-delà (Picardie, Centre, Haute-Normandie).

Les grands centres régionaux de province ont aussi une forte attraction en lien avec leur taille : Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Nantes notamment attirent fortement au sein de leur région. D'une façon générale, les déplacements moyens vers les centres hospitaliers ne traversent pas les frontières régionales, exception faite pour l'Île-de-France et pour les établissements des grandes villes hospitalières situées à la frontière d'une autre région. Par exemple, Saint-Etienne attire une partie de la patientèle du sud-est auvergnat, ou Avignon des Languedociens orientaux.

Une polarisation variable pour les pôles secondaires

Si cette représentation vectorielle permet d'établir une première cartographie des flux intercommunaux, elle ne les résume pas totalement. Chaque vecteur peut traduire en effet des réalités différentes :

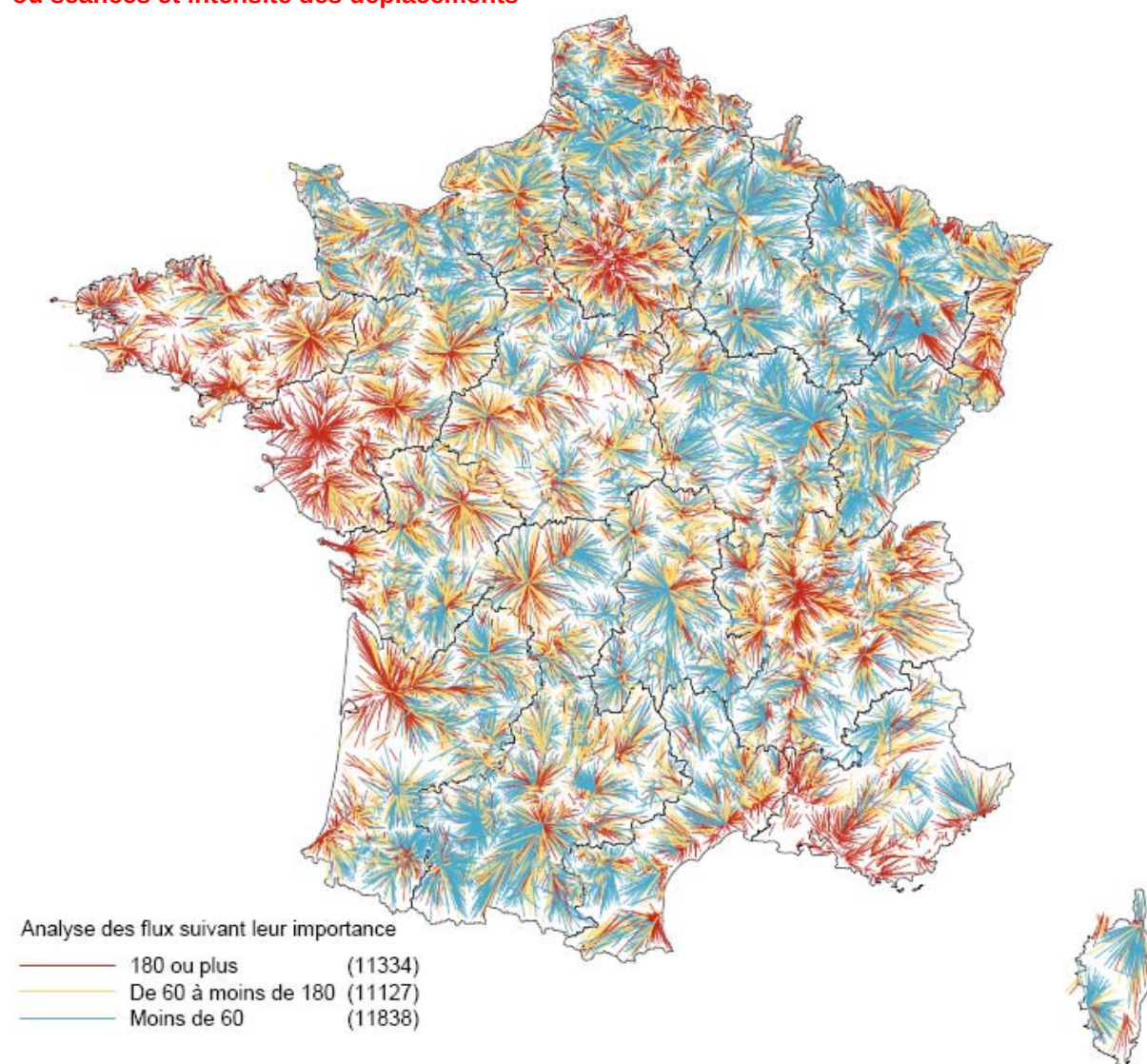
- autour d'un grand centre hospitalier dans une zone présentant peu d'alternatives, les déplacements sont très polarisés dans sa direction, les vecteurs correspondant ont une seule destination : ce centre hospitalier ;
- dans une zone où coexistent plusieurs centres hospitaliers, les déplacements sont multipolaires, les vecteurs correspondant sont une moyenne des différentes destinations.

Cette plus ou moins forte polarisation (ou dispersion) est représentée par la *carte 7*. Sur cette carte figurent les mêmes vecteurs que ceux de la *carte 6*, mais ceux-ci ne sont plus colorés en fonction du volume du flux résultant mais de la valeur de son indice de polarisation (ou de dispersion). Une grande polarisation (en rouge) indique que la plupart des patients hospitalisés hors de leur commune de résidence sont soignés dans la commune indiquée par l'extrémité du vecteur, une faible polarisation (en bleu) indique que les patients se répartissent dans les différentes communes d'hospitalisation situées autour du lieu de résidence.

On retrouve la position singulière de l'Île-de-France pour laquelle le degré de polarisation apparaît extrêmement faible, les patients de l'Île-de-France pouvant être accueillis dans différents établissements situés à Paris ou dans les communes alentour. D'une façon générale la polarisation est faible dans les zones où coexistent plusieurs centres hospitaliers ou dans les zones intermédiaires situées entre grands pôles régionaux ou départementaux. C'est le cas entre Rennes et Brest ou entre Marseille et Avignon.

À l'inverse, certaines zones rurales ou montagneuses, unipolaires, présentent des indices de polarisation élevés vers les centres hospitaliers d'influence départementale ou régionale. La polarisation est, par exemple, forte vers Tarbes depuis les Hautes-Pyrénées ou bien vers Nice depuis une large zone de l'arrière pays.

Carte 6 : Résultantes vectorielles des déplacements intercommunaux de soins de court séjour ou séances et intensité des déplacements



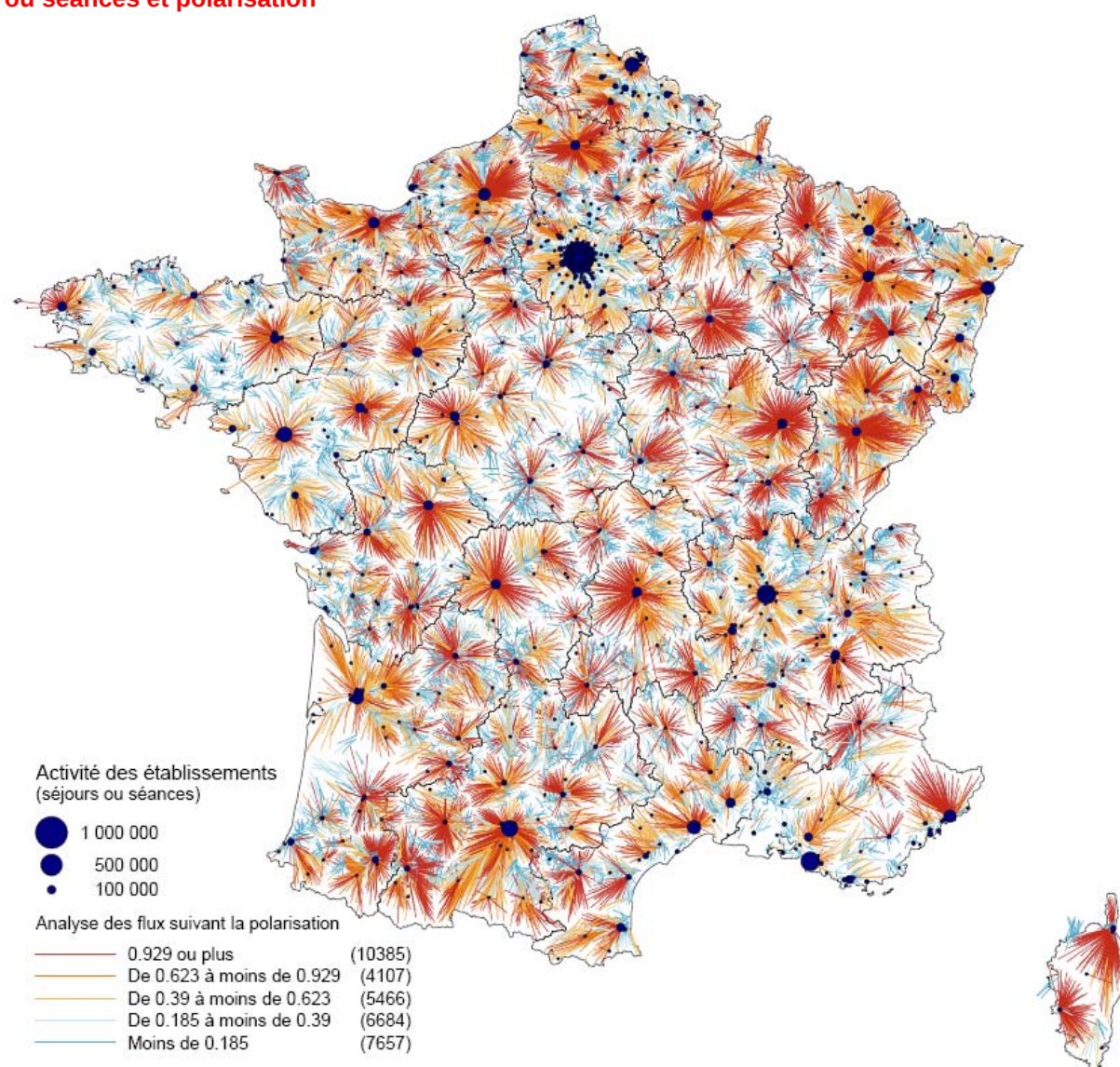
Sources : PMSI. Calculs : DREES avec l'outil Bocal (Insee).

Champs : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1) hospitalisés en 2008.

Notes : Seuls les flux pour lesquels la distance entre commune de résidence et commune d'hospitalisation est inférieure à 300 km sont retenus. En outre, les résultantes vectorielles sont calculées à partir des flux entre commune de résidence et commune d'hospitalisation comptant au moins 10 séjours ou séances, ceci permettant de faire apparaître de façon plus lisible la polarisation hospitalière.

Lecture : une résultante vectorielle rouge signifie que les habitants de la commune correspondante ont consommé plus de 180 séjours ou séances dans des établissements situés hors de la commune de résidence à moins de 300 km et qui ont accueilli chacun au moins 10 séjours ou séances de résidents de la commune.

Carte 7 : Résultantes vectorielles des déplacements intercommunaux de soins de court séjour ou séances et polarisation



Sources : PMSI. Calculs : DREES avec l'outil Bocal (Insee).

Champs : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1) hospitalisés en 2008.

Notes : Seuls les flux pour lesquels la distance entre commune de résidence et commune d'hospitalisation est inférieure à 300 km sont retenus. En outre, les résultantes vectorielles sont calculées à partir des flux entre commune de résidence et commune d'hospitalisation comptant au moins 10 séjours ou séances, ceci permettant de faire apparaître de façon plus lisible la polarisation hospitalière.

Lecture : L'indice a une valeur proche de 1 lorsque les flux dont la résultante est la moyenne sont homogènes et ont des destinations proches. L'indice vaut 1 lorsque tous les patients d'une commune sont hospitalisés dans une seule autre commune, il vaut 0 lorsque le barycentre des communes des établissements de soins des résidents est situé au centre de la commune de résidence.

Des zones d'attraction plus étendues pour les soins les plus complexes

Plus la complexité des soins est importante, plus on constate en fait un allongement de la distance. Bien qu'il n'existe pas d'indicateur unique de la complexité des soins, il est possible de mobiliser plusieurs critères pour quantifier le lien entre le niveau des soins fournis et le déplacement des patients. On peut en effet retenir comme critères de complexité les deux indicateurs suivants : les groupes homogènes de malades⁶ (GHM) « lourds » comportant une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, ou nécessitant le recours à un plateau technique particulier parmi l'ensemble des GHM et les séjours occasionnant des suppléments de tarification associés à des prises en charge de réanimation, soins intensifs, surveillance continue et soins particulièrement coûteux. Selon ces deux critères, les distances s'allongent lorsque les soins sont plus complexes. Le temps médian d'accès à l'établissement passe de 21 à 24 minutes et demi pour les soins correspondants aux GHM « lourds » (de 32 à 39 minutes en temps moyen). Le temps médian passe de 21 à 25 minutes et demi pour les séjours présentant des suppléments (de 32 à 41 minutes en temps moyen).

En fait, alors que le temps médian des séjours avec supplément est sensiblement le même que celui des séjours sans supplément pour les CH, il est significativement plus élevé pour les CHR et les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Les aires d'influences de Lyon, Toulouse, Bordeaux et Montpellier, contenant des CHR sont, par exemple, nettement plus étendues pour les séjours avec suppléments que pour l'ensemble des séjours et séances (carte 8).

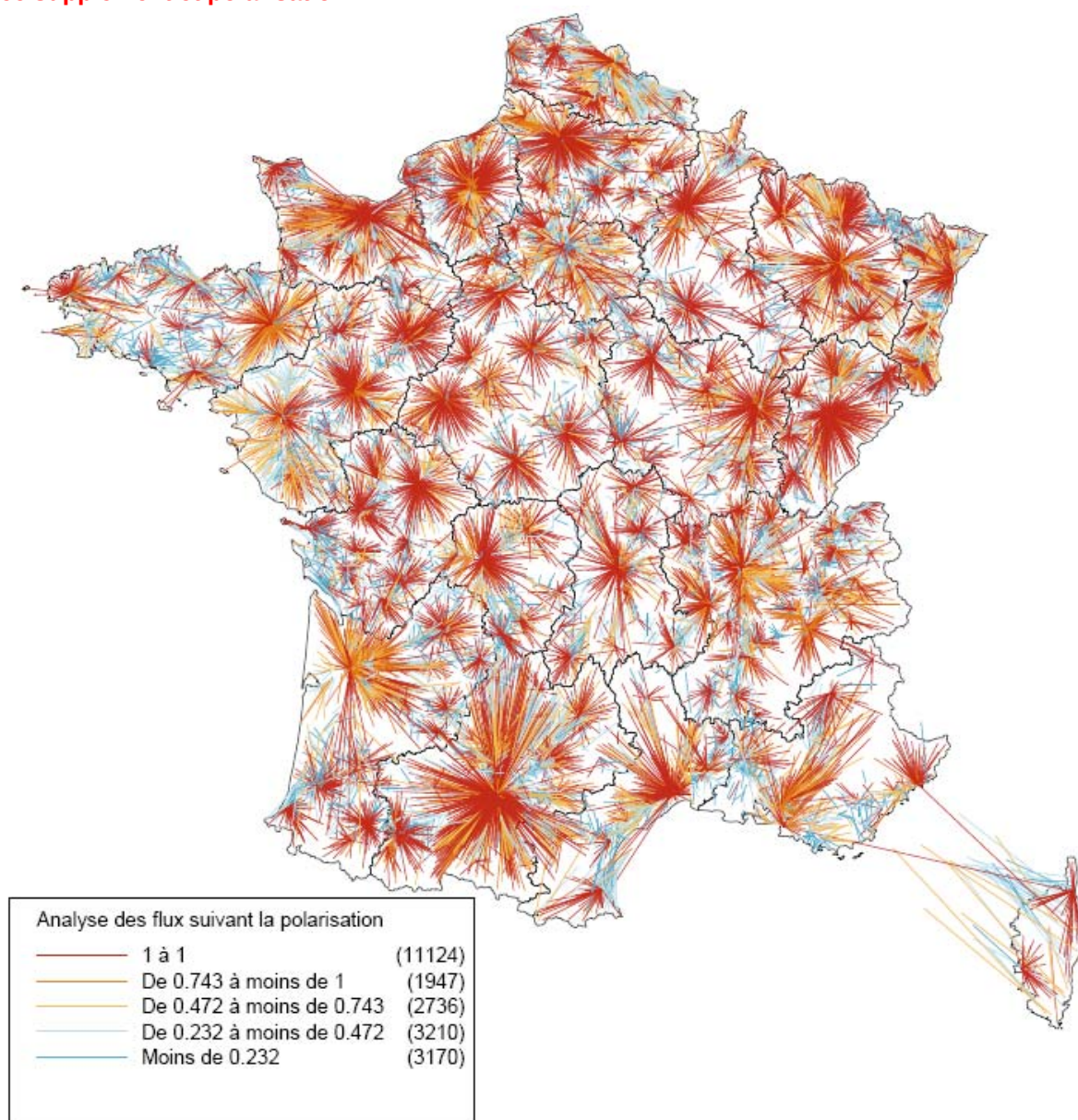
Les aires d'influence des CHR sont plus grandes que celles des autres établissements et ne suivent pas forcément les limites régionales

Pour les patients soignés dans les CHR⁷, les temps d'accès s'avèrent dès lors plus longs (carte 9). Leur zone d'influence traverse ainsi plus souvent leurs frontières régionales. C'est en particulier le cas pour les CHR de Paris, Bordeaux, Limoges, Montpellier. Ces zones d'influence peuvent même dans certains cas se concurrencer entre elles : certains CHR de taille relativement modeste voient leur influence limitée dans leur propre région par d'autres CHR (Orléans, Poitiers ou Angers par exemple). Alors que dans une majeure partie des communes la polarisation des mouvements à destination des CHR est proche de 1, des zones particulières de polarisation plus faible apparaissent dans des zones multipolaires, notamment pour les communes situées à distance comparable entre deux CHR (carte 10). Dans ces zones, les flux de patients se répartissent entre deux (voire trois) centres conduisant à des indicateurs de polarisation très faibles (carte 11, présentant une partition de l'ensemble des communes de métropole selon le CHR privilégié de leurs résidents). De façon analogue aux lignes de partage des eaux qui délimitent les bassins versant des fleuves, les franges intermédiaires de patientèle peuvent être vues comme les limites des zones d'influence de chaque CHR.

⁶ Voir annexe 2 – glossaire pour les définitions portant sur le système d'information hospitalière.

⁷ Evain (2010) montre en effet que les temps d'accès sont les plus longs pour les CHR (temps médian de 29 minutes), les centres hospitaliers (CH) étant à l'inverse les plus proches (temps médian de 18 minutes).

Carte 8 : Résultantes vectorielles des déplacements intercommunaux de soins de court séjour avec supplément et polarisation



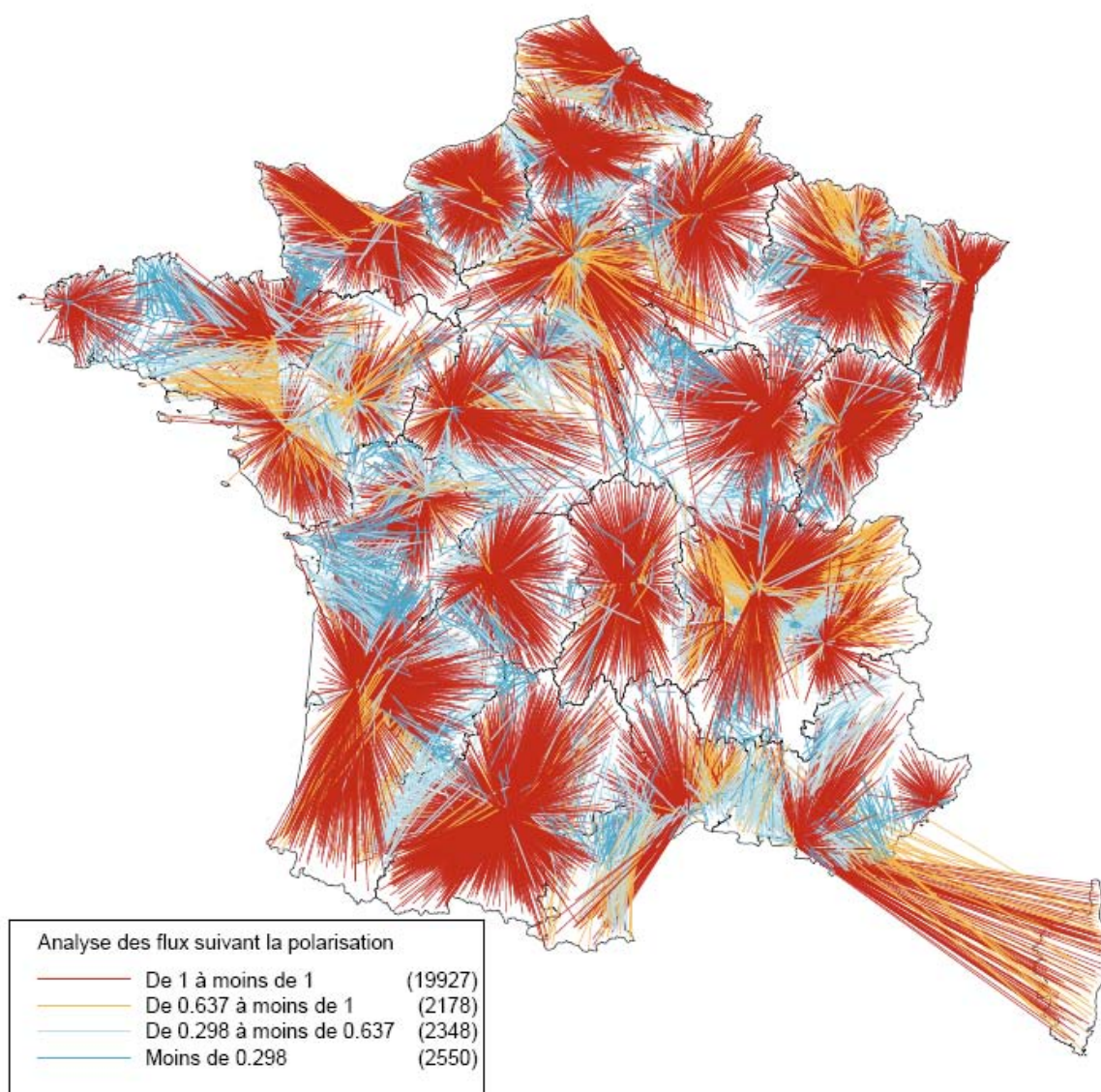
Sources : PMSI. Calculs : DREES avec l'outil Bocal (Insee).

Champs : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour occasionnant un supplément hospitalisés en 2008.

Notes : Seuls les flux pour lesquels la distance entre commune de résidence et commune d'hospitalisation est inférieure à 300 km sont retenus pour éliminer une partie des flux de villégiature. En outre, les résultantes vectorielles sont calculées à partir des flux entre commune de résidence et commune d'hospitalisation comptant au moins 3 séjours présentant un supplément (réanimation, soins intensifs, surveillance continue).

Lecture : Plus la couleur de la résultante est chaude, plus l'indice de polarisation est proche de 1 et plus les communes d'hospitalisation des résidents d'une commune sont proches. L'indice vaut 1 lorsque tous les patients d'une commune sont hospitalisés dans une seule autre commune, il vaut 0 lorsque le barycentre des communes des établissements de soins des résidents est situé au centre de la commune de résidence.

Carte 9 : Résultantes vectorielles des déplacements intercommunaux de soins de court séjour vers des CHR et polarisation



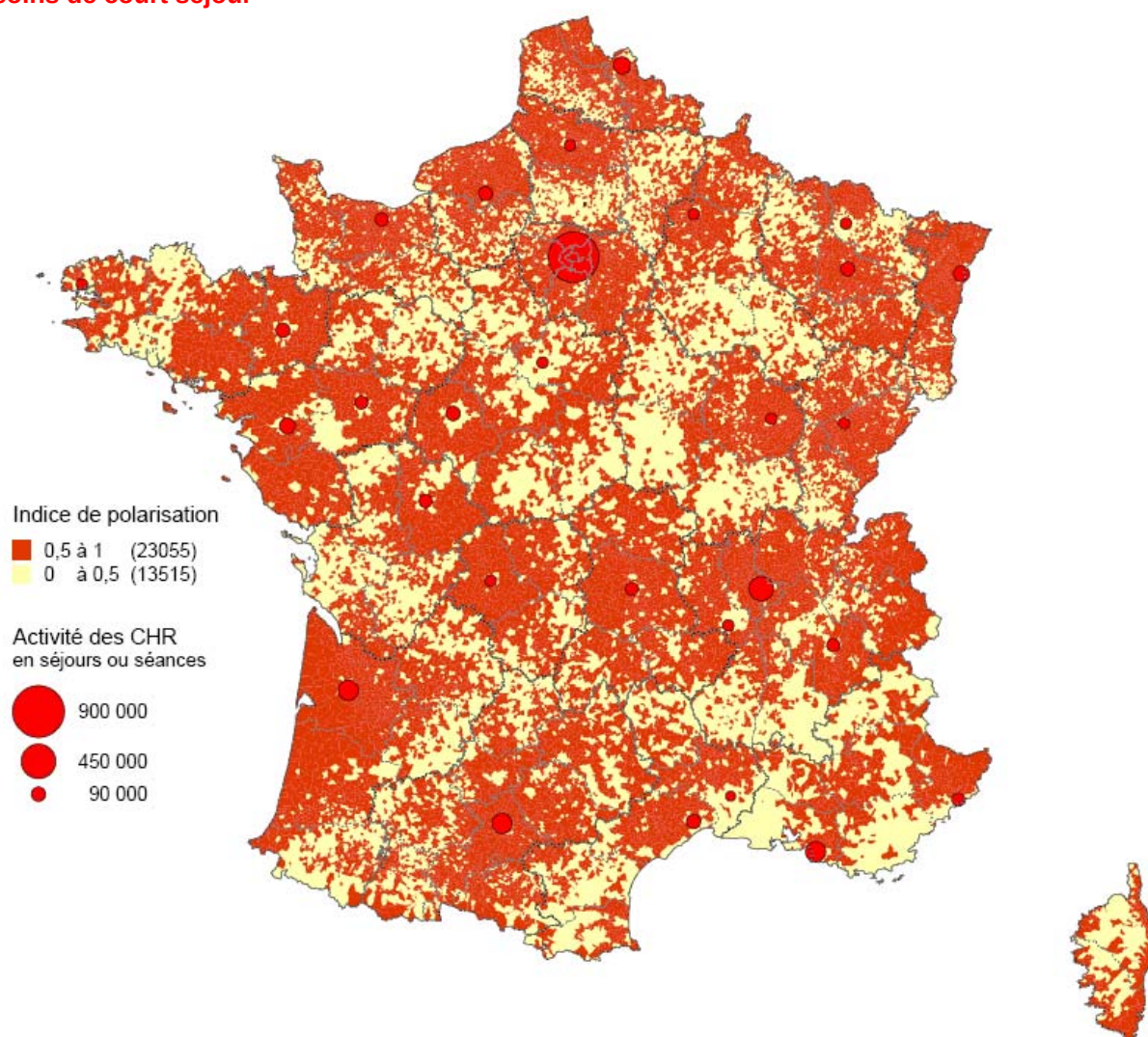
Sources : PMSI. Calculs : DREES avec l'outil Bocal (Insee).

Champs : patients (tous régimes) des CHR en soins de court séjour hospitalisés en 2008.

Note : les résultantes vectorielles sont calculées à partir des flux entre commune de résidence et CHR comptant au moins 5 séjours ou séances.

Lecture : Plus la couleur de la résultante est chaude, plus l'indice de polarisation est proche de 1 et plus les CHR d'hospitalisation des résidents d'une commune sont proches. L'indice vaut 1 lorsque tous les patients d'une commune sont hospitalisés dans un seul CHR, il vaut 0 lorsque le barycentre des CHR soignant des résidents est situé au centre de la commune de résidence.

Carte 10 : Indice de polarisation des communes de patients hospitalisés dans des CHR en soins de court séjour



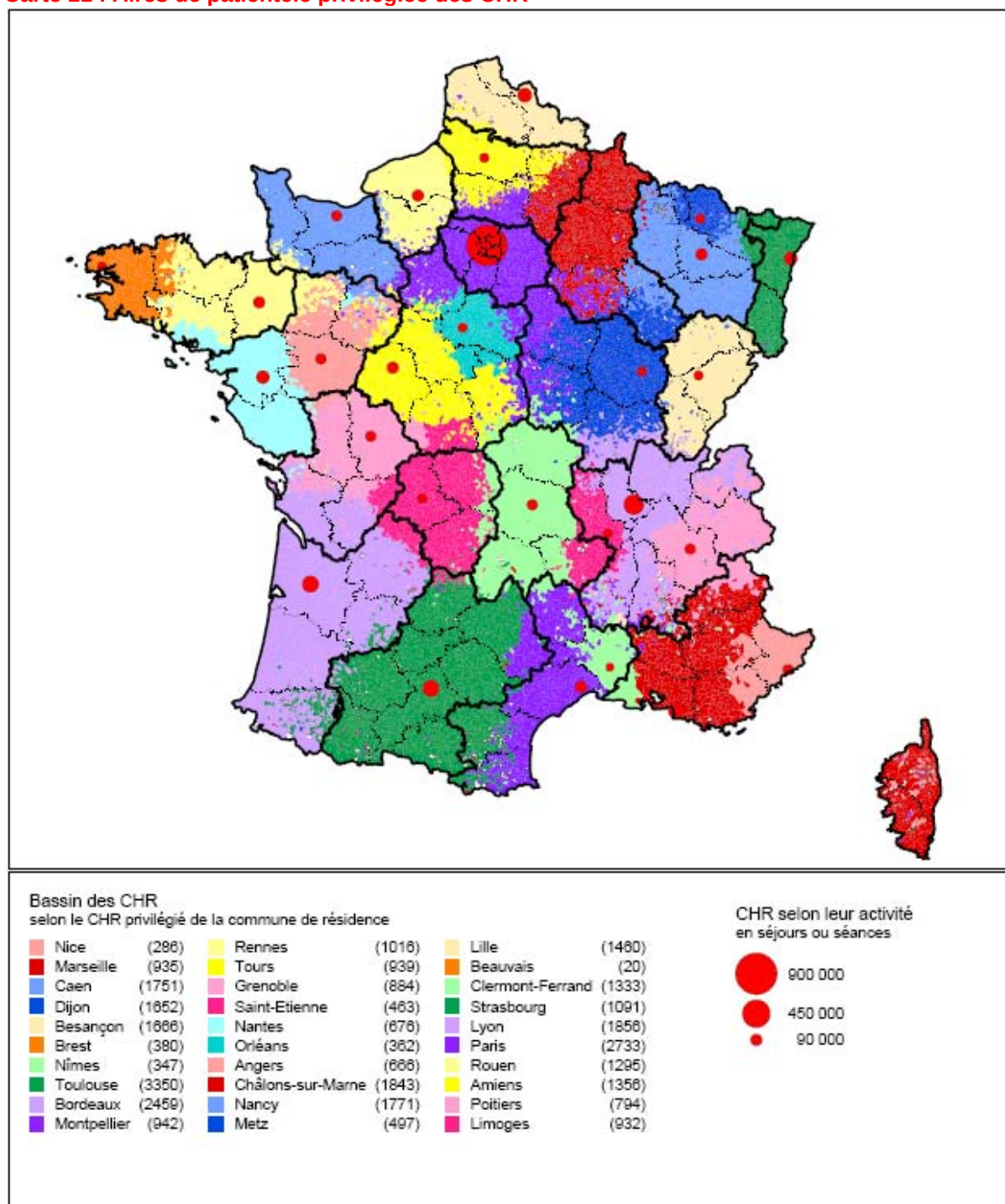
Sources : PMSI. Calculs : DREES avec l'outil Bocal (Insee).

Champs : patients (tous régimes) des CHR en soins de court séjour hospitalisés en 2008.

Note : l'indice de polarisation est calculé à partir de flux entre commune de résidence et CHR comptant au moins 5 séjours ou séances.

Lecture : Une commune de couleur foncée présente un indice de polarisation proche de 1. L'indice vaut 1 lorsque tous les patients d'une commune sont hospitalisés dans un seul CHR, il vaut 0 lorsque le barycentre des CHR soignant des résidents est situé au centre de la commune de résidence. Le CHR de Rennes a accompli 90 000 séjours ou séances en 2008.

Carte 11 : Aires de patientèle privilégiée des CHR



Sources : PMSI. Calculs : DREES.

Champ : patients (tous régimes) des CHR en soins de court séjour hospitalisés en 2008.

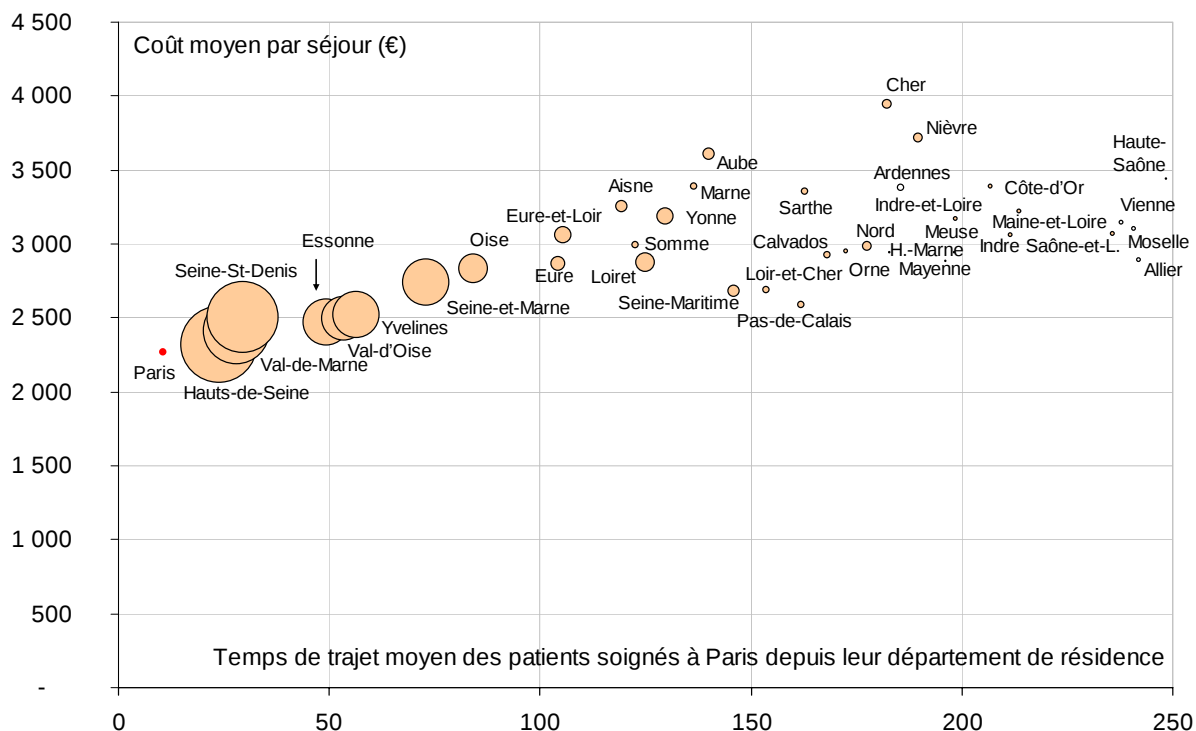
Note : chaque commune de résidence est affectée au CHR vers lequel elle envoie la majorité de ses résidents soignés en CHR.

Les déplacements longs concernent des soins plus coûteux

Ces déplacements plus lointains qui se caractérisent ainsi par des soins plus souvent complexes, sont généralement plus coûteux⁸. Les coûts d'hospitalisation des patients soignés hors de leur région de résidence sont en effet en moyenne de 2 700 € par séjour, supérieurs de 17 % à ceux des soins intra-régionaux (2 300 €)⁹. Hors coûts de transport, les coûts moyens d'hospitalisation des personnes originaires des DOM et de la Corse sont nettement supérieurs pour ceux qui vont se faire hospitaliser en dehors de leur région : la différence est de plus de 50 %. Ce différentiel de coût moyen est également important pour les habitants du Nord-Pas-de-Calais, du Poitou-Charentes, de la Picardie, de la Bourgogne, du Centre et de la Champagne-Ardenne, régions où l'offre hospitalière est plutôt inférieure à la moyenne nationale. En revanche, il y a très peu de différence entre les coûts d'hospitalisation dans ou en dehors de la région de résidence pour la population des régions Rhône-Alpes, Alsace et Île-de-France qui possèdent une offre hospitalière nettement supérieure à la moyenne nationale.

Si l'on prend par exemple, le cas des patients soignés à Paris (*graphique 2*) on constate effectivement que plus la distance parcourue pour se faire soigner dans un hôpital parisien est importante (jusqu'à 200 km environ), plus le coût du séjour est élevé.

Graphique 2 : Lien entre coût moyen d'hospitalisation à Paris et temps d'accès des patients depuis leur département de résidence



Sources : PMSI. Calculs : DREES.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour et séances (cf. annexe 1) hospitalisés en 2008.

Lecture : En 2008, les Audois ayant séjourné dans des établissements parisiens ont reçu des soins d'un coût moyen de 3 600 € par séjour. La durée moyenne de leurs déplacements depuis leur commune de résidence a été de 140 minutes.

La surface des bulles est proportionnelle au nombre de séjours patients résidant dans le département et hospitalisés à Paris, exception faite pour Paris qui présente un nombre de séjours bien supérieur à ceux des autres départements (420 000 séjours contre 105 000 pour les Hauts-de-Seine et 3 000 pour l'Aube).

⁸ Coût estimé en fonction des GHS, voir la valorisation des séjours ou séances en annexe 1.

⁹ À chaque séjour a été associé son groupe homogène de séjour (GHS).

À moins de 2 heures de transport par la route de Paris, les coûts d'hospitalisation sont croissants avec la distance à Paris. Le minimum étant atteint à Paris (c'est dans ce cas une consommation intra-départementale) à 2 300 € par séjour, le coût augmente dans les départements de la petite couronne à 2 400 €, puis à 2 600 € pour les autres départements d'Île-de-France. À partir de 200 kms de Paris, les coûts moyens d'hospitalisation se situent autour de 3 000 € par séjour en moyenne et ne croissent plus avec la distance à Paris. En s'éloignant encore les coûts moyens d'hospitalisation baissent même légèrement, les grands centres hospitaliers régionaux prenant le relais de Paris pour la fourniture de soins complexes et coûteux pour les départements éloignés de la capitale.

La même analyse des flux de patients à destination des établissements du département du Rhône (contenant les grands centres hospitaliers lyonnais) a été menée conduisant à des résultats tout à fait similaires. De façon plus générale, pour l'ensemble des flux de patients entre communes, il existe une corrélation positive, s'élevant à 0,32, entre distance parcourue et coût moyen des soins associés pour les flux d'une ampleur suffisamment importante (plus de 10 séjours par an¹⁰).

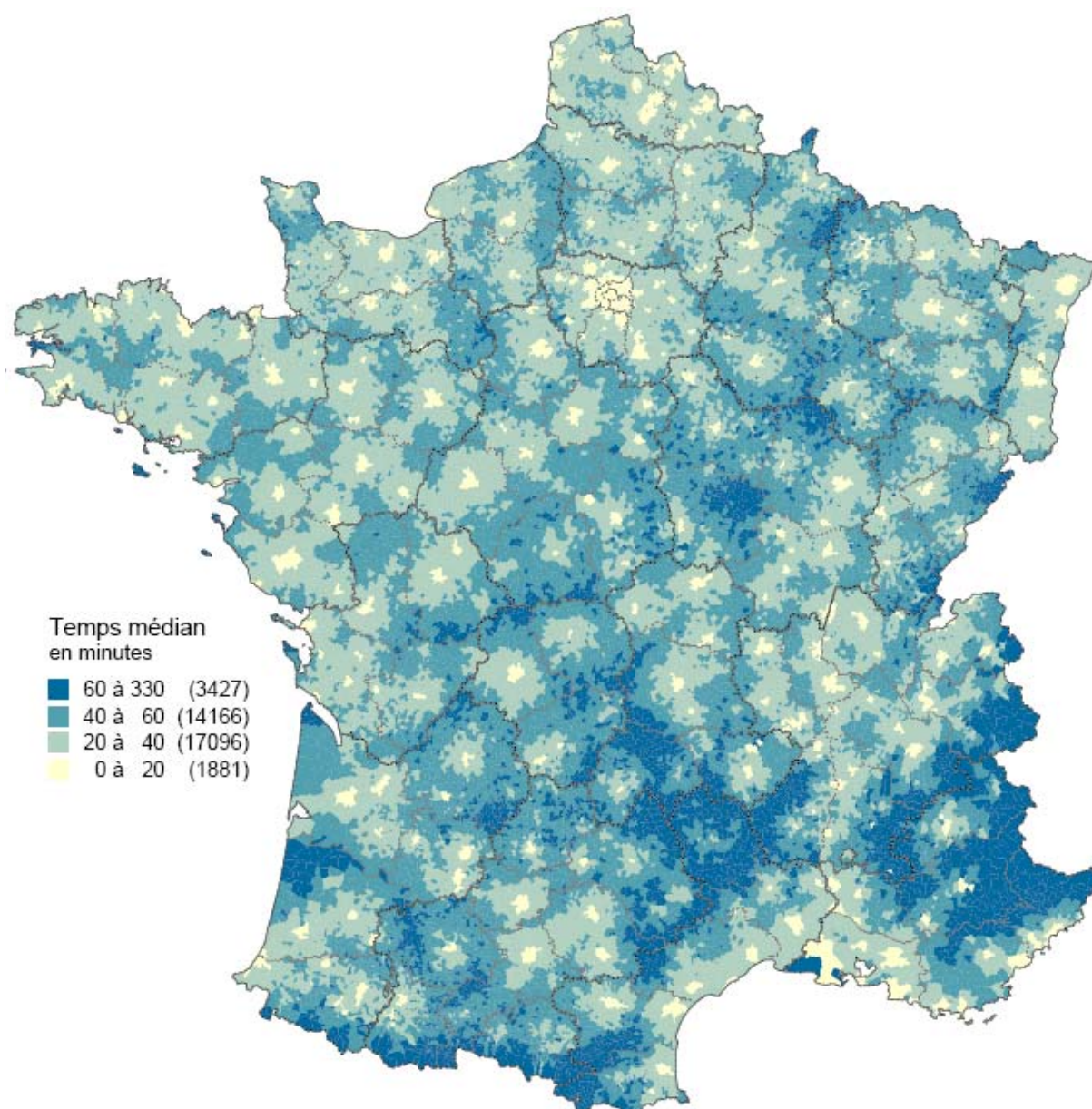
3. Des temps de déplacement plus longs en moyenne pour les petites communes rurales

La majeure partie de la population connaît des temps d'accès à l'hôpital modérés

Les temps de déplacement des patients sont pour une grande part très modérés au regard de la fréquence et de la technicité du service rendu. Comme le montre Evain (2010), les deux tiers des hospitalisations de court séjour se font à moins d'une demi-heure de la commune de résidence. Les temps d'accès élevés concernent des populations vivant dans des zones rurales et peu denses, voire en montagne (carte 12, présentant les temps d'accès effectifs médian par commune de résidence des patients hospitalisés en 2008, similaire à celle d'Evain, 2010). En conséquence même si ces zones peuvent concerner une surface non négligeable du territoire, la part de la population confrontée aux temps d'accès élevés est faible. À l'inverse les temps d'accès faibles vers les lieux d'hospitalisation se rencontrent dans des communes de résidence densément peuplées et plutôt urbaines (voir *annexe 1* pour la mesure des temps d'accès).

¹⁰ Ce seuil est introduit pour calculer une corrélation sur les flux les plus représentatifs. En effet, sur plus de 500 000 flux entre communes distinctes de résidence et d'hospitalisation, 80 % des flux comptent moins de 9 séjours dans l'année mais ne représentent que 5 % de l'ensemble des séjours occasionnant un déplacement extracommunal.

Carte 12 : Temps d'accès effectif médian aux établissements hospitaliers par commune de résidence des patients



Sources : PMSI, Insee. Calculs : DREES, distancier Odomatrix.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour de France métropolitaine hors Corse. Année : 2008.

Légende : temps de trajet médians en minutes des résidents de chaque commune hospitalisés durant l'année. Entre parenthèses est indiqué le nombre de communes appartenant à la tranche de temps médian correspondant.

Méthode de calcul : Le temps de trajet est calculé en minutes par la route entre le chef-lieu de la commune de résidence du patient et le chef-lieu de la commune de résidence de l'établissement hospitalier accueillant le patient. Lorsque le patient est hospitalisé dans sa commune de résidence, le temps de trajet est arbitrairement fixé à zéro. La médiane est calculée sur l'ensemble des résidents de la commune hospitalisés dans l'année.

Lecture : plus de la moitié des Crozonnais sont hospitalisés dans des établissements situés à plus d'une heure de Crozon.

Le temps d'accès médian est supérieur de 20 minutes pour les plus petites communes

Les différences de temps d'accès médian selon les communes de résidence peuvent être expliquées à l'aide d'une régression par moindres carrés ordinaires dans laquelle ont été introduites des variables caractéristiques de la commune de résidence et de sa population (*tableau 3*).

Tableau 3 : Lien statistique entre temps d'accès effectif médian aux soins hospitaliers de court séjour et les caractéristiques de la commune de résidence

Variable expliquée : temps d'accès médian		Coefficient estimé	Ecart-type
Population de la commune (nombre de résidents)	moins de 199	6,4 ***	0,27
	de 200 à 1999	référence	
	de 2 000 à 9 999	-3,2 ***	0,22
	de 10 000 à 49 999	-12 ***	0,33
	plus de 50 000	-20 ***	0,54
Densité de pop. (hab./km ²)	densité	-0,1 ***	0,01
	densité au carré	0,001 ***	0,0001
Unité urbaine	rurale	référence	
	ville-centre	-5 ***	0,27
	banlieue	-4,8 ***	0,21
	ville isolée	0,2	0,32
Revenu fiscal médian (k€/foyer)		-0,7 ***	0,03
Part de la population résidente de chaque classe d'âge	moins de 14 ans	-0,6 ***	0,05
	de 15 à 29 ans	-0,5 ***	0,04
	de 30 à 44 ans	référence	
	de 45 à 59 ans	-0,4 ***	0,03
	de 60 à 74 ans	-0,1 ***	0,04
	75 ans et plus	-0,1 *	0,04
Part de la population de chaque groupe socioprofessionnel	Agriculteurs	0,5 ***	0,03
	Artisans, commerçants	0,6 ***	0,04
	Cadres	0,2	0,03
	Prof. intermédiaires	référence	
	Employés	-0,1 **	0,03
	Ouvriers	0,3 ***	0,02
	Retraités	0,1 ***	0,02
	Autres	0,1 ***	0,02
Capacité d'hébergement / pop. résidente		10,7 ***	0,52

Sources : PMSI, Insee. Calculs : DREES, distancier Odomatrix.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour. Année : 2008.

Notes : coefficients estimés dans la régression expliquant le temps d'accès et leurs écart-types. Coefficients significativement différents de zéro au seuil de 1 % : ***, 5 % : **, 10 % : *. R² = 0,50. 31 280 observations (le revenu fiscal médian n'étant pas renseigné pour toutes les communes, seules les communes pour lesquelles l'information est disponible sont prises en compte).

Pondération : racine de la population communale.

Indicatrices régionales introduites dans la régression (coefficients non présentés dans le tableau).

Unités : - temps d'accès médian par commune de résidence en minutes.

- densité en centaine d'habitant par km².

- revenu fiscal médian en milliers d'euros par an et par foyer fiscal.

- part de la population en pourcentage.

- capacité d'hébergement en nombre de chambres d'hôtel et places de camping par résident de la commune.

Lecture : les résidents d'une commune de moins de 200 habitants ont en moyenne un temps d'accès à l'hôpital supérieur de 6,4 minutes à celui des résidents d'une commune de 200 à 2 000 habitants présentant des caractéristiques similaires par ailleurs.

Les résultats¹¹ mettent en premier lieu en évidence un effet taille important cohérent avec l'implantation des établissements hospitaliers dans les grandes villes. Ainsi, les habitants d'une commune d'une taille de moins de 200 habitants ont en moyenne un temps d'accès supérieur de 6 minutes à une commune de 200 à 2 000 habitants présentant par ailleurs des caractéristiques comparables. Entre les communes de moins de 200 habitants et celles de plus de 50 000 habitants, l'écart de temps médian d'accès est de plus de 25 minutes¹². Une densité de population élevée dans la commune joue aussi dans le même sens mais de façon beaucoup moins forte. Compte tenu du fait que le revenu fiscal médian par foyer fiscal est plutôt élevé dans les grandes villes, les habitants des communes ayant un revenu par foyer élevé ont aussi un temps d'accès plus faible et cette variable présente un fort pouvoir explicatif. Le type d'unité urbaine de la commune est aussi un facteur explicatif notable, les habitants des communes rurales et des villes isolées connaissant des temps d'accès médians supérieurs de 5 minutes à ceux des villes-centres et de leurs banlieues. Parmi les déterminants secondaires, on peut aussi noter que le temps d'accès est plus faible pour les communes ayant une part importante de leur population en-dessous de 30 ans ou encore, plus élevé lorsqu'elles regroupent plus d'artisans, commerçants, chefs d'entreprises, agriculteurs et ouvriers que la moyenne. Enfin, les communes touristiques disposant d'une capacité d'hébergement touristique importante relativement à la population résidente présentent aussi des temps d'accès plus élevés, notamment car elles sont plutôt situées loin des grands centres urbains.

Une forte corrélation entre temps d'accès minimal et temps d'accès médian

De façon complémentaire à l'analyse des temps d'accès effectifs médians à l'hôpital, l'estimation des temps d'accès minimaux à l'hôpital est aussi instructive. D'une part, l'éloignement au plus proche établissement mesuré par le temps d'accès minimal a une importance dans les prises en charge urgentes, d'autre part, l'écart entre le temps d'accès minimal et le temps d'accès effectif médian peut refléter la diversité de l'offre accessible aux patients d'une zone donnée (niveaux de spécialisation, types d'établissements différents, etc.).

L'approche proposée ici vise ainsi à expliciter les déterminants des écarts entre le temps d'accès médian et le temps d'accès minimal calculé en tenant compte du recours par type de soins (cf. *annexe 1*). La répartition géographique des temps d'accès minimaux effectifs obtenue par cette méthode (*carte 13*) présente tout d'abord une forte similitude avec la répartition des temps d'accès médians (*carte 12*) : la corrélation entre temps d'accès minimal et médian est proche de 1 (0,91). Ces temps d'accès minimaux concordent avec les résultats obtenus par Coldefy et al. (2010) qui mesurent des temps d'accès théoriques¹³ par spécialité hospitalière à l'établissement le plus proche de la commune de résidence des patients.

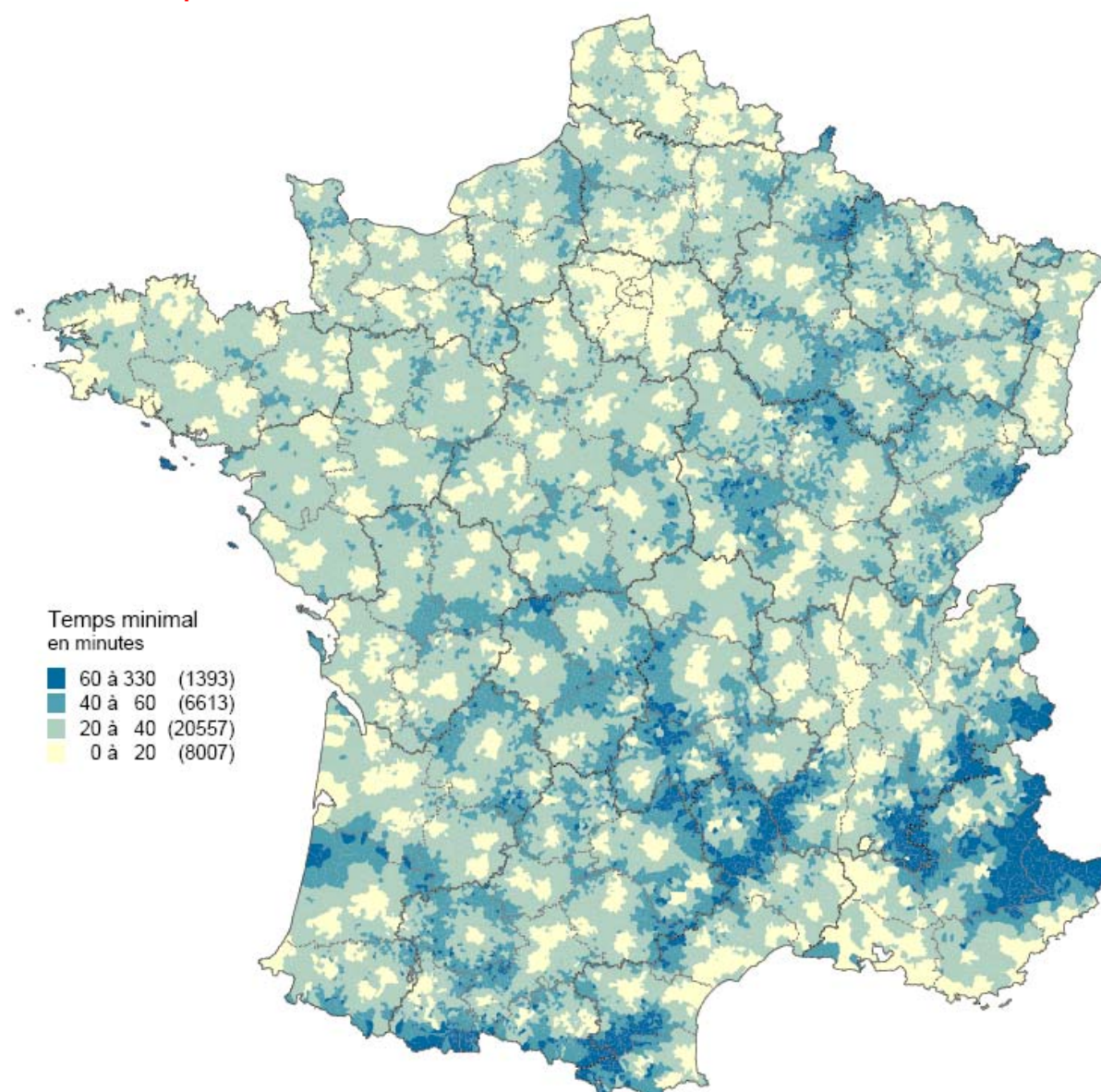
Les écarts entre temps minimal et temps médian de déplacement des patients entre leur commune de résidence et la commune d'hospitalisation (*carte 14*) sont ainsi relativement faibles. C'est plutôt dans les communes présentant des temps d'accès médians élevés que l'écart entre les deux mesures de temps est le plus important, la corrélation entre ces deux variables étant de 0,34, traduisant par exemple le fait que nombre de patients de zone à faible densité de population vont avoir accès à un établissement relativement proche pour des actes simples et devront se déplacer plus loin pour des actes complexes.

¹¹ Plusieurs pondérations des observations de la régression ont été testées conduisant à des coefficients des variables explicatives très similaires.

¹² Pour l'interprétation de ce surcroît de temps d'accès, il faut rappeler que le temps d'accès pour une hospitalisation dans la commune de résidence est par convention fixé à 0 faute d'une localisation infracommunale des lieux de résidence et d'hospitalisation. Cette règle conduit à sous-estimer le temps d'accès des résidents des grandes communes disposant d'une offre hospitalière.

¹³ Le temps d'accès théorique ne correspond pas à des déplacements effectivement réalisés par des patients mais au temps que mettrait un résident d'une commune pour accéder à l'établissement le plus proche fournissant un soin d'une spécialité donnée. Coldefy et al. (2010) montrent notamment que les temps d'accès théoriques varient sensiblement entre les disciplines les plus courantes (moins d'un quart d'heure pour les maternités ou la chirurgie orthopédique par exemple) et les disciplines les plus complexes (plus de trois quarts d'heure pour la chirurgie cardiaque).

Carte 13 : Temps d'accès effectif minimal aux établissements hospitaliers par commune de résidence des patients



Sources : PMSI, Insee. Calculs : DREES, distancier Odomatrix.

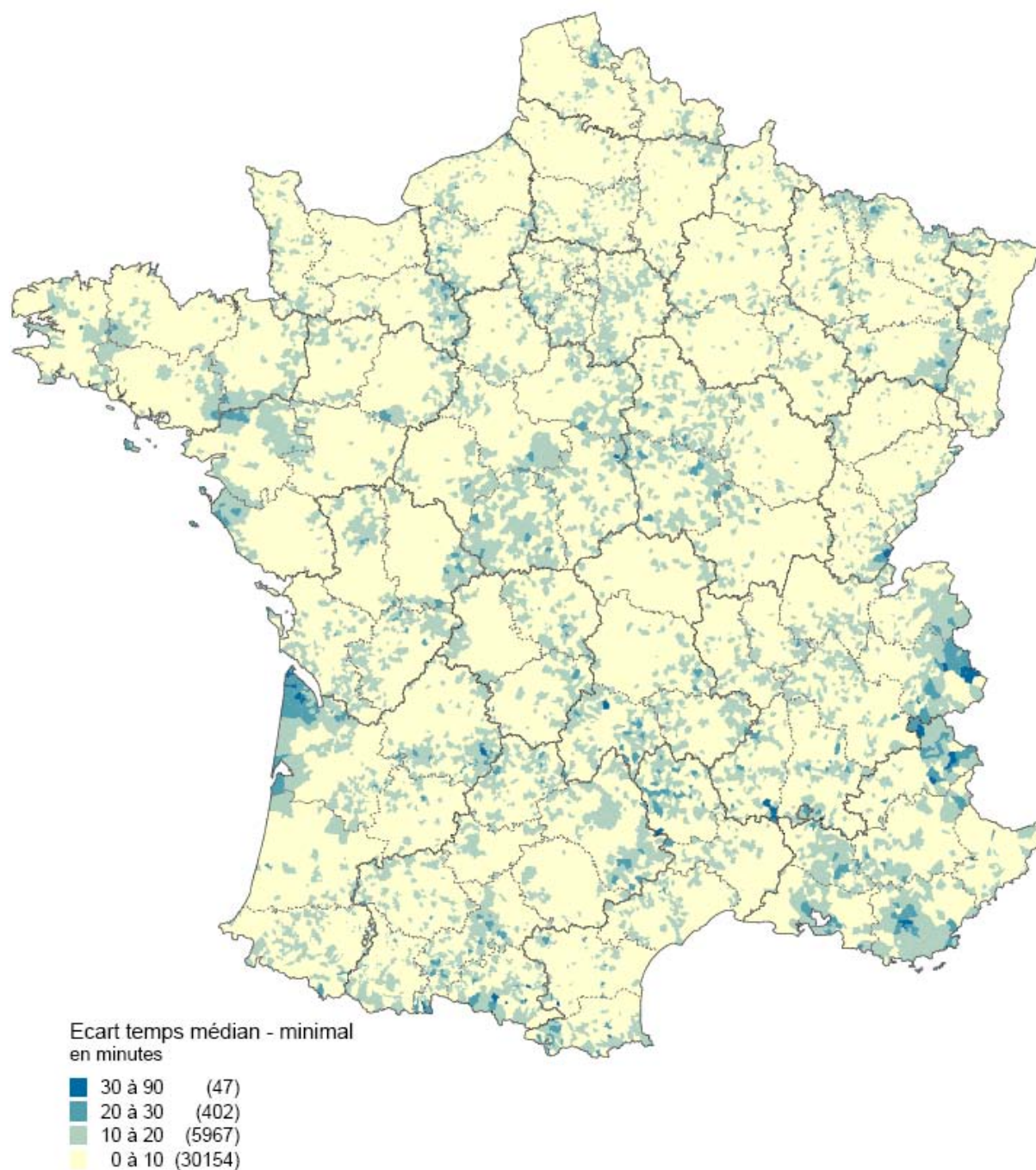
Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour de France métropolitaine hors Corse. Année : 2008.

Légende : temps de trajet minimal en minutes des résidents de chaque commune hospitalisés durant l'année. Entre parenthèses est indiqué le nombre de communes appartenant à la tranche de temps correspondant.

Méthode de calcul : le temps de trajet est calculé en minutes par la route entre le chef-lieu de la commune de résidence du patient et le chef-lieu de la commune de résidence de l'établissement hospitalier accueillant le patient. Lorsque le patient est hospitalisé dans sa commune de résidence, le temps de trajet est arbitrairement fixé à zéro. Dans chaque commune, le temps minimal est calculé pour chaque produit OAP, puis une moyenne pondérée est calculée pour l'ensemble des produits OAP.

Lecture : en moyenne sur l'ensemble des types de soins, les Crozonnais sont hospitalisés dans des établissements situés à au moins quarante minutes de Crozon.

Carte 14 : Écart entre temps d'accès effectif médian et minimal aux établissements hospitaliers par commune de résidence des patients



Sources : PMSI, Insee. Calculs : DREES, distancier Odomatrix.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de courts séjours de France métropolitaine hors Corse. Année : 2008.

Légende : écart entre le temps de trajet minimal et le temps de trajet médian en minutes des résidents de chaque commune hospitalisés durant l'année. Entre parenthèses est indiqué le nombre de communes appartenant à la tranche d'écart de temps correspondante.

Méthode de calcul : le temps de trajet est calculé en minutes par la route entre le chef-lieu de la commune de résidence du patient et le chef-lieu de la commune de résidence de l'établissement hospitalier accueillant le patient. Lorsque le patient est hospitalisé dans sa commune de résidence, le temps de trajet est arbitrairement fixé à zéro. Dans chaque commune, les temps médians et minimaux sont calculés pour chaque produit OAP, puis une moyenne pondérée est calculée pour l'ensemble des produits OAP.

Lecture : en moyenne, le temps de déplacement médian des Crozonnais entre Crozon et leur établissement d'hospitalisation est supérieur de 10 à 20 minutes au temps minimal (pris en moyenne pour l'ensemble des produits OAP).

Des temps d'accès différents selon le type d'établissement et le type de soins

Les analyses des parties précédentes ont permis de mettre en évidence l'importance des facteurs « type d'établissement » et « type de soins » dans l'explication des écarts de distance d'accès aux soins et plus particulièrement d'établir une cartographie des zones d'influence des établissements. Lorsque l'on cherche à mesurer l'effet de ces différents facteurs explicatifs sur les temps d'accès (*tableau 4*), on retrouve ainsi que les déplacements vers les CHR sont plus longs (7 minutes de plus que vers les autres établissements). Le temps d'accès est aussi d'autant plus long en moyenne que le volume d'activité de l'établissement est important.

On montre aussi que les caractéristiques du séjour ont un effet tout aussi déterminant sur les temps d'accès que les caractéristiques de l'établissement. Les séjours en obstétrique ont lieu en moyenne plus près du domicile que les séjours en médecine (10 minutes de moins) ou en chirurgie (13 minutes de moins). L'accès est plus proche pour les séances ou les hospitalisations de jour que pour les séjours de quelques nuitées. En hospitalisation complète, le temps d'accès décroît avec la longueur du séjour, l'écart moyen de temps d'accès entre séjours d'un ou deux jours et séjours de plus de 10 jours étant de plus de 8 minutes. Le profil du temps d'accès en fonction du tarif des soins est en forme de J, c'est pour la tranche des soins dont le tarif se situe entre 500 et 1 000 € que le temps d'accès est le plus faible et pour les soins tarifés à plus de 5 000 € qu'il est le plus élevé (de plus de 8 minutes).

L'analyse économétrique présentée qui intègre comme variable explicative complémentaire l'âge du patient montre, en outre, que le temps d'accès est plus faible pour les patients âgés de 75 ans et plus (de 6 minutes en moyenne) que celui des personnes plus jeunes¹⁴.

¹⁴ Ce résultat n'est pas incompatible avec la caractérisation proposée par l'analyse par commune de résidence proposée auparavant car la régression par commune pondère moins la population des grandes villes que celle des petites communes. En effet, ce n'est qu'une faible part de la patientèle qui se trouve dans des petites communes pouvant présenter une forte proportion de personnes âgées et qui présentent aussi des temps d'accès élevés.

Tableau 4 : Déterminants médico-économiques du temps d'accès par séjour ou séance, résultat de la régression par moindres carrés ordinaires

Variable expliquée : temps d'accès (minutes)			Coefficient estimé	Ecart-type
Variables caractérisant l'établissement	Type d'établissement	CHR	7,2	0,04
		CH	-1,5	0,03
		Autres	référence	
	Volume d'activité de l'établissement (en séjours ou séances en 200)	moins de 10 000	-1,2	0,05
		de 10 000 à 20 000	-0,1	0,04
		de 20 000 à 50 000	référence	
		de 50 000 à 100 000	2,7	0,04
		plus de 100 000	9	0,04
Variables caractérisant le séjour ou la séance	Type de soin	Médecine	-2,7	0,03
		Chirurgie	référence	
		Obstétrique	-13,0	0,06
	Durée du séjour	séance ou hospit. de jour	-3,8	0,04
		de 1 à 2 jours	référence	
		de 3 à 5 jours	-3,3	0,05
		de 6 à 10 jours	-5,3	0,06
		10 jours et plus	-8,1	0,07
	Tarif associé au soin	moins de 500 €	2,1	0,05
		de 500 à 1 000 €	référence	
		de 1 000 à 2 000 €	0,7	0,04
		de 2 000 à 5 000 €	4,9	0,05
		plus de 5 000 €	8,5	0,08
	Supplément		4,6	0,06
	Age du patient	moins de 20 ans	-0,6	0,04
		de 20 à 59 ans	référence	
		de 60 à 74 ans	0,3	0,04
		75 ans et plus	-6,0	0,04

Sources : PMSI, Insee. Calculs : DREES, distancier Odomatrix.

Champ : patients (tous régimes) des établissements hospitaliers publics et privés en soins de court séjour. Année : 2008.

Notes : coefficients estimés dans la régression expliquant le temps d'accès pour chaque séjour et leurs écart-types. Tous les coefficients sont significativement différents de zéro au seuil de 1 %. $R^2 = 0,03$. 15,7 millions d'observations. Unité : temps d'accès en minutes.

Lecture : le temps d'accès pour un séjour médical est inférieur en moyenne de 2,7 minutes à un séjour chirurgical présentant les mêmes caractéristiques par ailleurs.

Vers une connaissance plus fine des mobilités géographiques

Les représentations et analyses présentées ici ont pour but de donner une vision synthétique des mouvements de patients vers leur lieu d'hospitalisation. Comme le système d'information hospitalière et sanitaire est très riche, beaucoup d'autres exploitations utiles pourraient être réalisées en complément. En outre, l'analyse est nécessairement limitée lorsque l'ensemble du territoire est représenté. La déclinaison par région des résultats pourrait apporter une plus grande information directement opérationnelle. Le champ de l'analyse territoriale gagnerait aussi à être étendu d'une part aux régions qui n'ont pu être traitées par le distancier routier Odomatrix (Corse et DOM), d'autre part aux autres soins hospitaliers (long séjour, psychiatrie notamment) et aux soins de ville qui présentent des caractéristiques de déplacements bien différentes. Enfin, des approches différentes (optimisation des déplacements sous contraintes de capacité, analyse de l'effet des réorganisations hospitalières sur les déplacements) permettraient de dépasser l'approche descriptive et de fournir des indicateurs quantitatifs utiles aux décideurs pour leurs choix d'organisation d'équipements sanitaires.

Bibliographie

ATIH, Analyse des flux régionaux en MCO (cartographie),

<http://stats.atih.sante.fr/mco/selfuitemco.php>

Balsan D. (2000), « Les disparités interrégionales des dépenses de santé : une analyse à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie en 1997-1998, DREES, *Études et résultats*, n° 95.

Balsan D. (2000), « Analyse des disparités inter-régionales de consommations de santé », *Document de travail, série Études*, n° 2, DREES.

CartoSanté, indicateurs territoriaux de santé et de soins de ville et cartographie,

<http://carto.assurance-maladie.fr/>

Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011), « Distances d'accès aux soins en France métropolitaine », IRDES-DREES, *Questions d'économie de la santé*, n° 164, *Études et résultats*, n° 764.

Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L. (2011), « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 », juin 2011. Rapport de recherche, Irdes, n° 1838 et 1839.

CREDES, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées (2003), « Territoires et accès aux soins », rapport du groupe de travail présidé par H. Mauss et D. Polton, La Documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000307/index.shtml>

DATAR (2004), « Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé », ouvrage collectif sous la direction d'E. Vigneron.

DATAR (2010), actes du Colloque « Dynamiques territoriales de santé, quels enjeux, quels outils ? », 9 et 10 septembre, Arras. <http://www.territoires.gouv.fr/dynamiques-territoriales-de-sante-quels-enjeux-quels-outils>

Evain F. (2010), « Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES.

Evain F. (2011), « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2008*, DREES.

<http://www.sante.gouv.fr/a-quelle-distance-de-chez-soi-se-fait-on-hospitaliser.html>

Evain F. (2011), « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser », *Études et résultats*, n° 754, DREES.

Expert A., Lê F. et Tallet F. (2009), « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Comptes nationaux de la santé 2008, Document de travail, série statistiques*, n° 137, DREES.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat137.pdf>

Joubert M. (2000) « Les flux de patients entre régions en 1997 d'après le PMSI » avec la collaboration de Baubeau D., Mouquet M. C. et Tudeau L., DREES, *Études et résultats* n° 52.

<http://www.sante.gouv.fr/les-flux-de-patients-entre-regions-en-1997-d-apres-le-pmsi.html>

Loi « Hopital, patients, santé et territoire » du 21 juillet 2009, Journal officiel.

<http://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

Parhtage, cartographie du PMSI MCO, <http://cartographie.parhtage.sante.fr/>

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2009, annexe 7, *ONDAM et dépense nationale de santé*, pp. 34-45. http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/2009_plfss_annexe_7.pdf

Score-santé, indicateurs de santé territoriaux et cartographie, FNORS,

<http://www.scoresante.org/score2008/indicateurs.html>

Vigneron E. (1999), « Les bassins de santé, concept et construction », *Actualité et dossier de santé publique*, HCSP. <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-29/ad293843.pdf>

Annexe 1

Sources, champs et méthodes

Activité hospitalière en soins de court séjour

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est ici mobilisé sur le champ des soins de courte durée comprenant la médecine, la chirurgie, l'obstétrique (MCO). Il permet d'obtenir des bases de données recensant les séjours ou séances des patients hospitalisés dans le secteur public ou privé sous la forme d'un ensemble de résumés de sortie anonyme (RSA). L'analyse présentée ici porte sur l'année 2008.

Les séances relevant des activités de dialyse et radiothérapie sont exclues pour tous les établissements afin de travailler sur une base de groupe homogène de malades (GHM) comparables entre le secteur public et le secteur privé. En effet, ces activités ne donnent pas lieu à une génération de groupes homogènes de séjours (GHS) dans les cliniques privées. De même, les GHM sans GHS associé ne sont pas retenus. Il peut s'agir de séjours non facturés à l'Assurance maladie (chirurgie esthétique, interruptions volontaires de grossesse, interventions de confort, etc...) ou de séjours classés par erreur sans GHS mais qui se traduisent par une facturation à l'Assurance maladie.

Localisation et mesure des temps de déplacement

Le PMSI bilocalise au niveau communal l'ensemble des séjours et séances. La commune d'implantation de l'établissement est repérée à l'aide du code géographique communal associé au numéro FINESS de l'établissement. Le lieu de résidence du patient est identifié par le code postal de leur commune ou par un regroupement de codes postaux de telle sorte que ces groupes contiennent chacun au moins 1 000 séjours. Un premier travail a consisté à transformer l'information issue des regroupements de codes postaux en une information sous forme de codes postaux en imputant à l'intérieur de chaque groupe les séjours à des codes postaux de résidence au *pro rata* de la population communale. Ensuite, les tables de passage de l'Insee sont utilisées pour parvenir à une information géographique sur la commune de résidence utilisant le code géographique communal de l'Insee.

La mesure des temps de déplacement entre les communes est réalisée à l'aide du distancier Odomatrix de l'Inra qui calcule les temps de parcours en heures pleines et heures creuses par la route. Une moyenne arithmétique est retenue entre ces deux estimations de temps de parcours pour tous les séjours ou séances impliquant des couples de commune de France métropolitaine hors Corse.

Valorisation des séjours ou séances

L'évaluation des dépenses d'hospitalisation est établie par valorisation, au tarif du public du 1^{er} mars 2008, des séjours ventilés par GHS auxquels sont ajoutés les montants correspondants aux prestations complémentaires en cas de durée de séjour supérieure à la borne haute du GHS et autres suppléments des établissements publics et privés. Le calcul des dépenses d'hospitalisation, utilisant une tarification unique (celle du public), évite d'imputer, à une différence de consommation médicale, les écarts liés aux différences de tarifs entre les hôpitaux publics (y compris les établissements participant au service public hospitalier) et les cliniques privées et donc les écarts de structure de consommation des secteurs public / privé entre les régions.

Estimation des temps d'accès effectifs théorique et médian par commune de résidence

Pour mesurer dans chaque commune de résidence le temps d'accès médian et le temps d'accès minimal effectif, il importe de considérer les distributions temporelles décomposées par type de soins. En effet, comme le temps d'accès peut varier sensiblement selon les types de soins, on ne peut pas comparer des temps de parcours pour des soins très différents. Une décomposition des séjours ou séances d'hospitalisation a été réalisée par produit OAP (outil d'analyse du PMSI, 202 niveaux). Pour chaque commune de résidence, les temps de déplacement minimal et médian pour des hospitalisations de chaque produit OAP sont mesurés. Ensuite, une moyenne pondérée par le nombre de trajets est calculée entre les temps de chaque produit OAP pour la commune.

Annexe 2

Glossaire

Consommation de soins : soins reçus par les habitants résidents d'une collectivité territoriale donnée.

Consommation standardisée de soins : consommation de soins estimée par habitant d'une collectivité territoriale en tenant compte des caractéristiques démographiques, de mortalité et de morbidité de sa population. Cette estimation peut être réalisée par correction de la structure démographique et par ajustement sur des variables de mortalité et de morbidité.

GHM : groupe homogène de malades. Regroupement homogène de séjours ou séances servant d'unité de base, après passage en GHS, pour la tarification à l'activité des établissements de santé. Ce regroupement est fondé sur une homogénéité selon deux axes, médical et économique :

- l'homogénéité médicale repose sur la catégorie majeure de diagnostic (appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation) ;
- l'homogénéité économique provient d'une consommation de ressources voisines pour des séjours ou séances classés dans le même GHM.

GHS : groupe homogène de séjours. Les tarifs de versements de l'assurance maladie aux établissements s'appliquent aux GHS qui correspondent en grande majorité aux GHM, sauf dans certains cas particuliers (GHM sans GHS, erreurs, etc.).

Lourdeur d'un GHM : La classification OAP distingue deux niveaux de lourdeur de GHM. Un GHM considéré comme lourd décrit des prises en charge nécessitant le recours soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier. En particulier, les GHM caractérisés par la présence de complications ou morbidité associées sévères sont classés dans le groupe des prises en charge lourdes. À l'inverse, les prises en charges de moins de 24 heures ne sont pas considérées comme lourdes.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique. L'ensemble des séjours et séances relevant de ces trois types d'activité de soins constituant le court séjour hospitalier.

Polarisation : l'indice de polarisation traduit la concentration géographique des communes d'hospitalisation des patients provenant d'une commune de résidence donnée. Pour une commune de résidence dont les coordonnées géographiques sont (x_0, y_0) , on numérote de 1 à n l'ensemble des patients se faisant soigner à l'extérieur de cette commune de résidence et (x_1, y_1) à (x_n, y_n) sont les coordonnées géographiques des communes d'hospitalisation de chacun de ces patients. La résultante vectorielle sera un vecteur d'origine (x_0, y_0) et d'extrémité le barycentre géographique

$(x_g, y_g) = (\frac{1}{n} \sum_{i=1, \dots, n} x_i, \frac{1}{n} \sum_{i=1, \dots, n} y_i)$. L'indice de polarisation mesure la dispersion autour de cette moyenne :

$$Polarisation = \frac{[(x_g - x_0)^2 + (y_g - y_0)^2]}{\frac{1}{n} \sum_{i=1, \dots, n} [(x_i - x_0)^2 + (y_i - y_0)^2]} = 1 - \frac{\sum_{i=1, \dots, n} [(x_i - x_g)^2 + (y_i - y_g)^2]}{\sum_{i=1, \dots, n} [(x_i - x_0)^2 + (y_i - y_0)^2]}$$

On peut l'interpréter comme la part de la variabilité des déplacements expliquée par la résultante vectorielle parmi la variabilité des déplacements des résidents (première expression), ou bien comme le complémentaire à l'unité de la part de la variabilité des destinations autour de la résultante vectorielle rapportée à la variabilité des déplacements des résidents (seconde expression).

L'indice vaut 1 lorsque tous les patients d'une commune sont hospitalisés dans une seule autre commune (qui sera alors aussi l'extrémité de la résultante vectorielle), il vaut 0 lorsque le barycentre des communes des établissements de soins des résidents est situé au centre de la commune de résidence.

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information. Source statistique utilisée dans cette étude sur le champ MCO pour identifier pour chaque séjour ou séance de patient sa commune de résidence, son établissement d'hospitalisation, le type de soins fournis (produit OAP, GHM notamment), le coût du séjour selon le versement de l'assurance maladie relativement à la tarification à l'activité, la durée du séjour, etc.

Production de soins : soins fournis par les établissements implantés dans une collectivité territoriale donnée. La production de soins par habitant est la production des établissements de la collectivité rapportée à sa population résidente.

OAP : outil d'analyse du PMSI (utilisé ici dans la version 10 de la tarification à l'activité), élaboré par des médecins DIM (département d'information médicale) du Comité technique régional de l'information médicale d'Île-de-France. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc., 23 postes appelés segments) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM, 202 postes appelés lignes de produits).

Résultante vectorielle : flèche dont l'origine est située dans la commune de résidence, et qui pointe vers le barycentre géographique de l'ensemble des établissements fréquentés par les résidents et situés hors de cette commune de résidence. Cette résultante représente le déplacement moyen des patients résidents de la commune vers les communes des établissements leur fournissant les soins. Ainsi, si une grande partie des habitants va se faire soigner vers un établissement d'une commune voisine, la résultante vectorielle l'indiquera.

RSA : résumé de sortie anonyme, synthèse statistique d'un séjour ou d'une séance d'un patient dans un établissement hospitalier contenant les informations sur le patient (âge, commune de résidence, ...), sur le séjour (GHM, durée de séjour, ...) et sur l'établissement (type, commune, ...). Il constitue une observation élémentaire de la base MCO du PMSI.

Supplément : majoration de tarifs d'activité d'hospitalisation pour un séjour nécessitant une prise en charge de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou de soins particulièrement coûteux.

Taux d'attractivité : part des séjours ou séances des non résidents dans l'activité des établissements de la région.

Taux de sortie : part des séjours ou séances réalisés à l'extérieur de la région dans l'ensemble des séjours ou séances des résidents de la région.

Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009



Engin Yilmaz – DREES

L'amélioration de la situation économique et financière des hôpitaux publics observée en 2008 se poursuit en 2009. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 345 millions d'euros en 2008 à 223 millions d'euros en 2009 grâce à une progression des produits (+2,3 %) plus forte que celle des charges (+2,1 %). Le ralentissement de la progression de la masse salariale (+1,1 % vs +3,8 % en 2008) est notable, traduisant l'effort de gestion des établissements. Le déficit représente désormais 0,4 % des produits perçus par les établissements publics de santé. L'amélioration des comptes en 2009 se confirme pour toutes les catégories d'établissement.

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9 % à 11,3 % entre 2008 et 2009. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 46 % en 2009, illustrant un financement des investissements par l'endettement.

La réduction du déficit des hôpitaux publics en 2008 se poursuit en 2009

D'après les données comptables définitives (*encadré 1*), le déficit des hôpitaux publics continue de se réduire en 2009 et atteint 223 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (*tableau 1*). Le redressement observé en 2008 se confirme donc pour l'année 2009. Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007 et de 345 millions en 2008.

Ce redressement des comptes est pour l'essentiel imputable au budget principal, qui retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie et représente 88 % du budget total des établissements. Le déficit du budget principal continue en effet à se réduire : il s'établit à 454 millions d'euros en 2009 contre 550 millions d'euros en 2008 et 689 millions d'euros en 2007. Les opérations annexes¹, quant à elles, enregistrent une amélioration modérée du résultat net comptable pour atteindre 231 millions d'euros.

Tableau 1 : Rentabilité économique des hôpitaux publics

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

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

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Encadré 1

Les sources disponibles pour évaluer la situation financière des établissements de santé

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

Données comptables et financières :

- Les données fournies par la direction générale des finances publiques (**DGFIP**) présentent le budget des entités juridiques² des hôpitaux publics, sous forme de comptes de résultats et de bilans qui détaillent les différents postes budgétaires (produits, charges, etc.). Les données définitives de l'année N sont disponibles en novembre de l'année N+1. Toutefois, des données semi-définitives pour l'année N sont disponibles en juin de l'année N+1.
- L'outil **ICARE** (Information des comptes administratifs retraités des établissements), développé par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), permet d'obtenir des retraitements comptables pour distinguer les charges relatives aux activités suivantes : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), urgences, HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie. Ces retraitements comptables ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale (ex-DG). Cette source de données est aussi utile pour récupérer les données comptables et financières des établissements privés ex-DG. Ces données de l'année N sont disponibles en N+2.
- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) a été mis en place en 2006 dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A), mise en place en 2004. Il présente des prévisions de recettes et de dépenses des établissements. L'exécution de l'EPRD est suivie et analysée au conseil d'administration et transmise à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) tous les quatre mois. Les EPRD correspondent donc à des données provisoires qui

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

² Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

permettent d'appréhender les premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements. Les travaux présentés ici s'appuient sur les données de la DGFIP qui permettent de conduire une analyse sur des données définitives.

Données sur l'activité

- Mis en place depuis 1997 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et collecté par l'ATIH, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour (MCO) des établissements de santé³. Pour chaque séjour en MCO, sont recueillies des informations sur les caractéristiques du patient (sexe, âge, lieu de résidence) et du séjour, selon deux axes : médical (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratif (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, destination, etc.).

- La Statistique annuelle des établissements (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pilotée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé. Elle recueille, entre autres, des données sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés par thèmes :

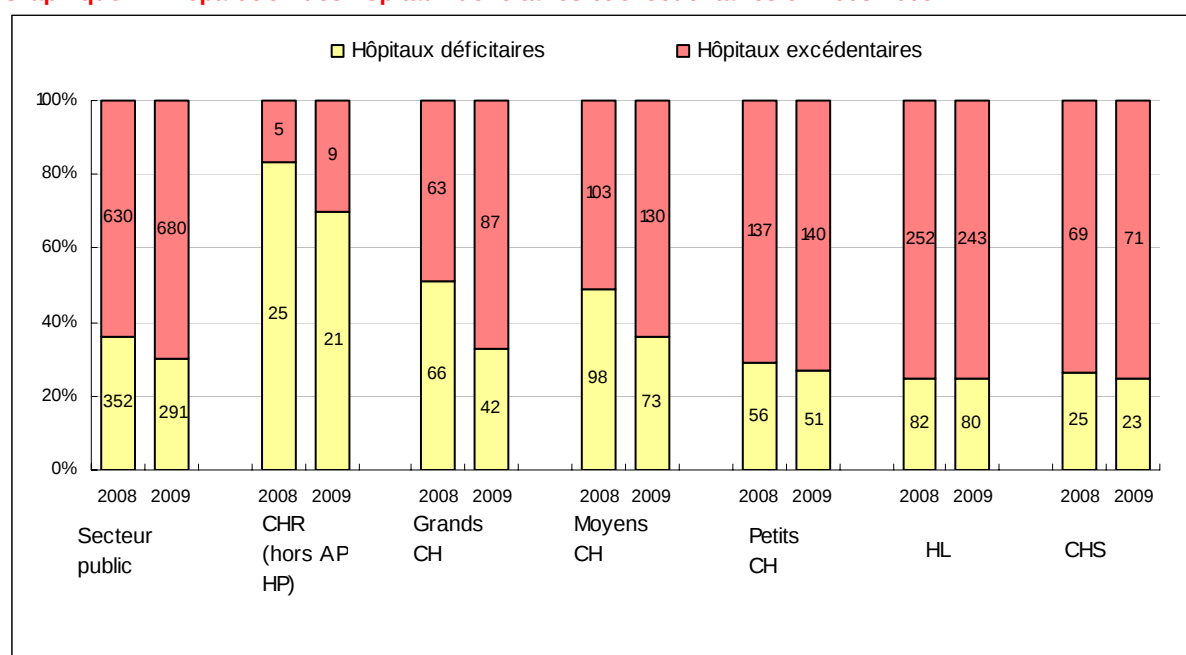
- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activités ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les centres hospitaliers régionaux concentrent toujours la moitié du déficit

Depuis 2008, le nombre d'hôpitaux déficitaires continue de baisser, passant de 352 à 291 entre 2008 et 2009. En 2009, sept hôpitaux sur dix sont excédentaires. Cette diminution concerne, à des degrés divers, toutes les catégories d'établissements (*graphique 1*).

Sur les 291 établissements déficitaires enregistrant un déficit cumulé de 590 millions d'euros, les 22 CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentrent à eux seuls 60 % de ce déficit. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'élève à 367 millions d'euros.

Graphique 1 – Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires en 2008-2009



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

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

La situation économique des CHR (hors AP-HP) s'améliore en 2009

Bien que la situation économique et financière des établissements publics de santé reste très variée, elle s'améliore pour toutes les catégories d'établissements en 2009, y compris pour les CHR (hors APHP), qui était la seule catégorie à ne pas avoir réduit son déficit en 2008. Leur rentabilité économique⁴ a progressé en 2009 : leur déficit global passe de 357 millions d'euros en 2008 à 266 millions d'euros en 2009, soit 1,7 % de leurs produits contre 2,4 % en 2008. Hors AP-HP, sur les 30 CHR présents en France, 9 clôturent leur exercice avec un résultat net comptable excédentaire, alors qu'ils étaient 5 dans ce cas en 2008.

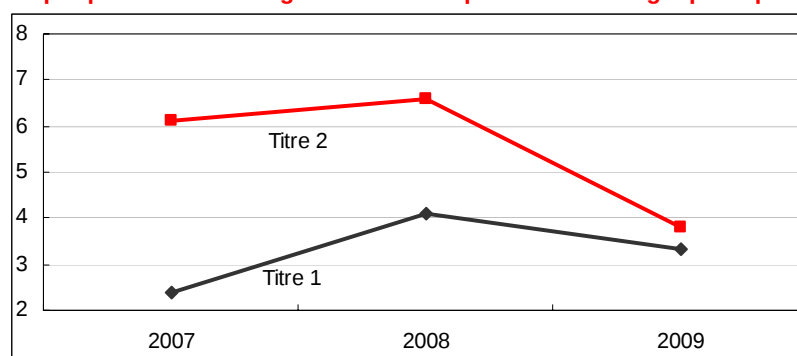
L'amélioration des comptes observée en 2008 pour les centres hospitaliers se confirme pour l'année 2009. Les grands et moyens CH sont proches de l'équilibre avec un déficit global respectivement de 9,5 millions d'euros et de 1,1 million d'euros. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 1,2 % des produits, soit 32 millions d'euros en 2008.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2009. La rentabilité économique des HL et des CHS (secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2,5 % et de 0,6 %.

La croissance des produits versés par l'assurance maladie reste soutenue

En 2009, bien que moins dynamiques, les produits totaux⁵ hors rétrocession des hôpitaux publics ont augmenté de 2,3 % pour atteindre 64,5 milliards d'euros dont près de 57 milliards sont imputables au budget principal (*encadré 1*). Cette augmentation des produits du budget principal s'explique essentiellement par le dynamisme des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %). La croissance des produits versés par l'assurance maladie reste soutenue : +3,3 % en 2009 contre +4,1 % en 2008 et +2,4 % en 2007 (*graphique 3*). Ils s'élèvent à 47 milliards d'euros en 2009. Cette croissance peut s'expliquer au moins en partie par la mise en place de la nouvelle classification des séjours hospitaliers qui a permis de mieux rémunérer les séjours relatifs à des niveaux de sévérité élevés (*encadré 2*).

Graphique 2 – Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2009 (en %)



Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie.

Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Les financements des MIGAC ont augmenté de 14,5 % en 2009

Les produits versés par l'assurance maladie se décomposent en financements reçus au titre de l'activité⁶, dotation annuelle de financement et MIGAC (*encadrés 1 et 2*). En 2009, une partie des financements liés à l'activité ont été transférés vers des enveloppes forfaitaires (MIGAC) pour ce qui concerne la permanence des soins hospitaliers et la prise en charge des patients en situation de précarité. C'est l'évolution de ces modalités de financement bien plus que celle de l'activité qui

⁴ La rentabilité économique 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).

⁵ Les produits totaux correspondent aux produits définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et les produits exceptionnels.

⁶ Ces financements concernent les activités de MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours et des consultations externes ainsi que les produits des médicaments, des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour et les forfaits annuels.

explique le fléchissement de l'évolution des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité en 2009 (+1,5 % contre 3,9 % l'année précédente).

Corrélativement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie, qui s'élèvent à près de 6,8 milliards d'euros, enregistrent une forte augmentation de 14,5 % en 2009. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la Sécurité sociale, a augmenté de 1,9 % en 2009 (versus 3,8 % en 2008) et s'élève 10,5 milliards d'euros.

Encadré 2

Champ de l'étude

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP) et sont issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public. Le champ analysé dans cette étude n'inclut pas les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), la dotation non affectée⁷ (DNA).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges.

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière ;
- Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

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

Pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits est surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes⁸. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits issus du secteur public hospitalier et de comparer les différentes catégories d'établissements entre eux.

Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2009 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 971 en 2009 contre 982 en 2007.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories.

- L'AP-HP.
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les hôpitaux locaux (HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS)⁹.

⁷ Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpital public et non affecté à l'activité hospitalière.

⁸ La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2006, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 12 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,8 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

⁹ Les syndicats interhospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Encadré 3

La tarification à l'activité (T2A)

En 2008, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé a continué de se mettre en place. S'appliquant à cette date aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)¹⁰. Pour le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la T2A est passée de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006 et s'élève à 50 % en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100 %, ce qui signifie que les recettes des établissements sont, à présent, directement proportionnelles à leur activité. Ces tarifs sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient va converger vers 1 d'ici 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales de santé (ARS) aux établissements.

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

La mise en place progressive de la T2A se poursuit en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers¹¹ (V11). En effet, chaque hospitalisation est résumée dans un groupe homogène de malades (GHM) en fonction de différents critères (diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). L'objectif de cette nouvelle classification est de mieux rendre compte de la sévérité des pathologies prises en charge avec le passage de 799 GHM à 2300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11^e version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

Les produits des ménages et des organismes complémentaires ont augmenté de +3.8 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière (*titre 2, graphique 2*) se poursuit, bien que moins soutenue par rapport aux années précédentes, soit +3,8 % en 2009 contre 6,6 % en 2008 et 6,1 % en 2007 (*graphique 2*). Par rapport aux années précédentes, l'évolution de ces produits est comparable à la croissance des produits du titre 1. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages) et ceux pris en charge par l'État, notamment pour les patients étrangers couverts par l'aide médicale d'État. Le montant de ces produits atteint 4,5 milliards d'euros. La part de ces montants au sein du budget principal progresse chaque année : ils représentent 7,9 % du budget principal en 2009, contre 7,8 % en 2008, 7,7 % en 2007 et 7,4 % en 2006. Elle devrait continuer à augmenter à la suite de l'arrêté du 23 décembre 2009 portant le montant du forfait journalier hospitalier de 16 à 18 euros pour les services de MCO et de 12 à 13,50 euros en psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2010.

Les autres produits (titre 3) représentent 5,3 milliards d'euros en 2009, en baisse de 2 % en 2009. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, subventions d'exploitations, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Cette baisse s'explique en grande partie par une diminution des subventions d'exploitations. En 2008, les hôpitaux publics ont bénéficié d'un apport supplémentaire de 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) destinés principalement à financer l'indemnisation des jours épargnés sur les comptes épargne-temps (CET). En 2008, les hôpitaux étaient autorisés à recourir à ces crédits pour indemniser la moitié des jours épargnés sur les CET et la totalité des heures supplémentaires restant dues¹².

Un net ralentissement de la progression des charges de personnel en 2009

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées à 64,5 milliards d'euros en 2009, dont 88 % au titre du budget principal. Contrairement aux deux années précédentes, les charges progressent moins rapidement que les produits (respectivement +2,1 % contre +2,3 % en 2009).

En 2009, les charges de personnel continuent d'augmenter mais à un rythme beaucoup plus faible que les années précédentes (+1,1 % contre +3,8 % en 2008 et +3,7 % en 2007). Elles représentent 68 % du total des charges. Contrairement à 2007, ces charges ont augmenté moins vite en 2008 et 2009 que les produits de l'activité médicale¹³. Ce contrôle de la masse salariale a contribué à résorber le déficit. Cet effort de gestion est particulièrement net pour les personnels non médicaux. La

¹⁰ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/migac/rapport_2008.pdf

¹¹ « Manuel des groupes homogènes de malades, 11^{ème} version de la classification », ATIH, fascicule spéciale n°2010/4bis.

¹² Circulaire n° DHOS/M3/2008/161 du 14 mai 2008 relative aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur le compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

¹³ Les produits de l'activité médicale, comprenant les recettes des titres 1 et 2, ont augmenté de 2,7 % en 2007, de 4,4 % en 2008 et de 3,4 % en 2009.

croissance de la masse salariale correspondante ralentit fortement : +0,8 % en 2009 après +2,4 % en 2008 et +3,1 % en 2007. Toutefois, cette évolution moyenne masque des évolutions contrastées. Ainsi elle a baissé dans un établissement sur cinq en 2009 alors qu'en 2008 c'était le cas pour seulement un établissement sur dix. Au sein des CHR, la masse salariale des personnels non médicaux est en baisse dans un tiers des établissements en 2009 alors que c'était le cas d'un seul établissement en 2008.

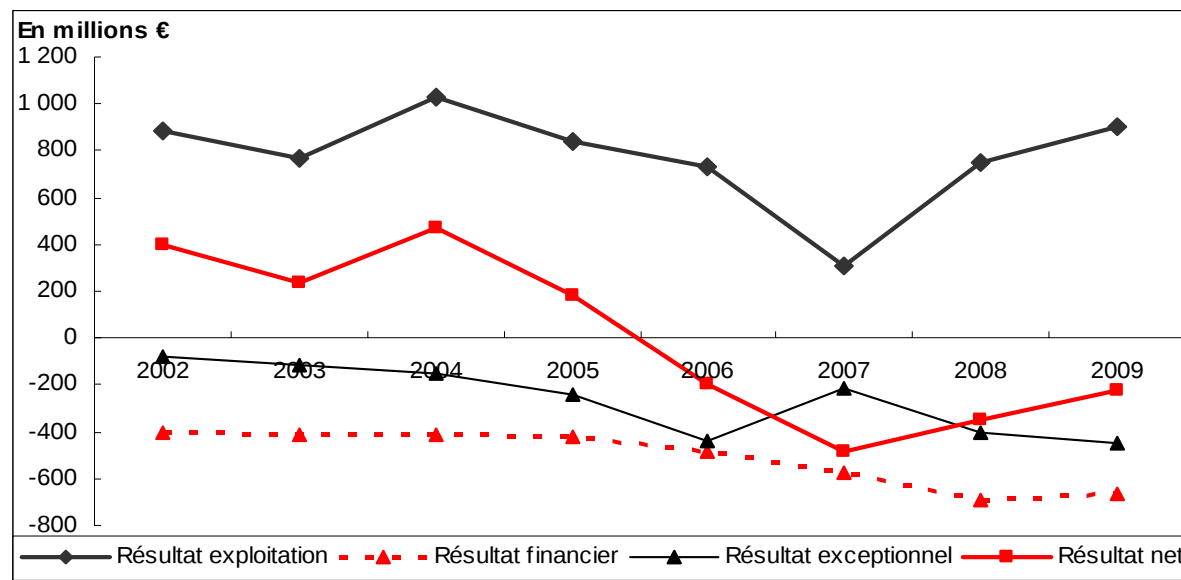
En 2009, les charges à caractère médical progressent de +4,4 % après deux années de fortes hausses (+6,9 % en 2008 et +6,6 % en 2007). Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 8 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,7 %. Leur part est plus élevée pour les CHR (17 %), alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS.

Contrairement à 2007, les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financier (titre 4) progressent en 2009, respectivement de 3,9 % et 5 %. Les montants de ces charges atteignent 5,7 milliards d'euros pour les premières et 5,6 milliards pour les secondes. Comme les charges du titre 2, celles du titre 3, se rapportant aussi à l'activité hospitalière, progressent plus rapidement que les produits de l'activité médicale.

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

En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat d'exploitation¹⁴ continue de progresser en 2009 pour atteindre 900 millions d'euros. Sur la période 2007 – 2009, ce résultat a quasiment triplé passant de 307 millions à 900 millions d'euros en 2009 (*graphique 3*). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par la dégradation du résultat financier¹⁵ sur la période 2007-2009 liée au recours à l'emprunt pour financer les investissements : son déficit s'élève à 669 millions d'euros en 2009, soit 92 millions de plus qu'en 2007. Le résultat exceptionnel¹⁶ s'est également dégradé durant cette période : son déficit a presque doublé pour atteindre 406 millions d'euros en 2008 et est de 453 millions d'euros en 2009.

Graphique 3 – Compte de résultat



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

¹⁴ Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

¹⁵ Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

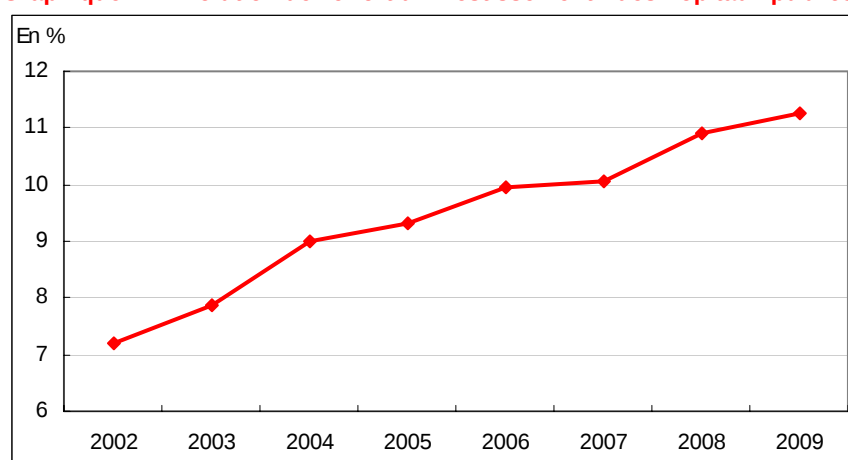
¹⁶ Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. Le niveau d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans pour la période 2008-2012. Par ailleurs, d'après les premiers bilans réalisés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) sur le volet investissement du plan Hôpital 2007, le montant total des investissements est estimé à 16,8 milliards d'euros dont 10,8 milliards ont été réalisés sur la période 2003-2008. Les 6 milliards d'euros restant à mandater le seront de 2009 à 2012 au plus tard¹⁷.

La part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % à 11,3 % entre 2008 et 2009 (*graphique 4*). Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations¹⁸). Parallèlement, le renouvellement global des immobilisations, indiquant le rythme d'investissement d'un établissement se stabilise en 2009. Il faut donc en moyenne douze années pour renouveler son patrimoine (*tableau 2*).

Graphique 4 – Évolution de l'effort d'investissement * des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



(*) L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

Tableau 2 – Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2009

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

Note de lecture :

- Le ratio "taux de renouvellement des immobilisations" calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 8 % en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100 / 8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.
- La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.
- La capacité de remboursement mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaires au remboursement total de la dette. Ce ratio rapporte donc le montant des dettes sur celui de la CAF.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

¹⁷ Source : ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009).

¹⁸ Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

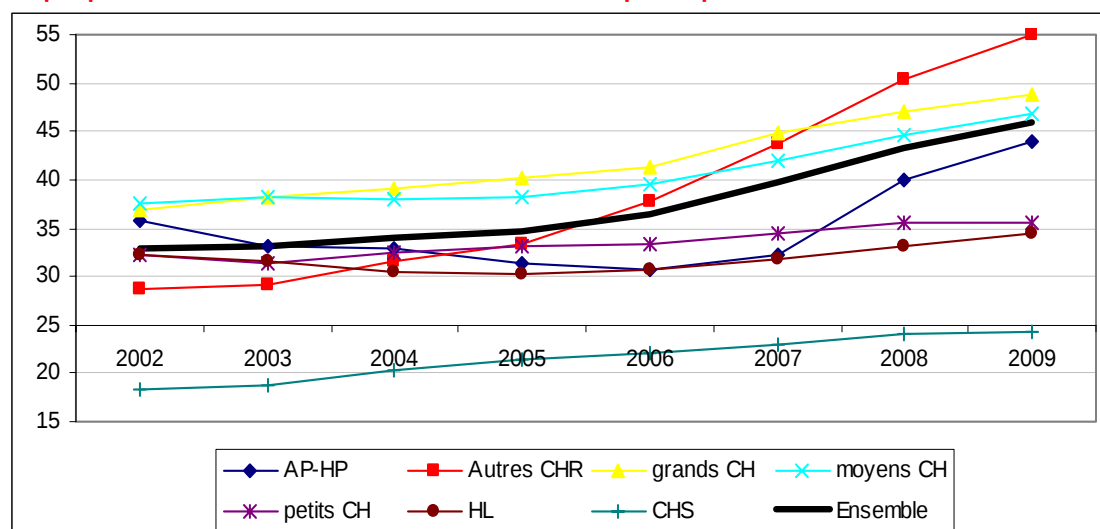
Les capacités d'autofinancement s'accroissent

Contrairement à la période 2004-2007, la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁹, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, a progressé continuellement depuis 2008. Ainsi, pour les hôpitaux publics, la CAF s'élève à près de 4 milliards d'euros en 2009. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits augmente, passant de 5,8 % en 2008 à 6,7 % en 2008 (tableau 2). C'est donc l'amélioration du résultat d'exploitation qui a permis aux établissements de dégager plus de sources d'autofinancement.

L'endettement continue de progresser

Bien que la CAF augmente, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier, avec la relance de l'investissement : le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 43 % en 2008 à 46 % en 2009 (graphique 5). Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt. La croissance de l'endettement a été particulièrement importante en 2008 et en 2009 pour les CHR, et dans une moindre mesure pour les grands et les petits CH. Toutefois, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, s'est maintenu en 2008 et diminué en 2009 en raison notamment de l'augmentation de la CAF : ce ratio s'établit à 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 2).

Graphique 5 – Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

¹⁹ Contrairement au résultat net comptable prenant en compte tous les produits et toutes les charges, la capacité d'autofinancement (CAF) se calcule uniquement à partir des charges décaissables et des produits encaissés. En d'autres termes, les dotations (ou les reprises) aux amortissements et aux provisions, ainsi que les opérations de cessions qui ne sont pas liées à des opérations de gestion courante, sont exclues du calcul de la CAF.

Pour en savoir plus

DGFIP, 2009, Premiers résultats 2008 des finances locales, DGFIP, juin (disponible sur le site <http://www.colloc.bercy.gouv.fr>, rubrique Finances locales, Notes de conjoncture).

DREES, 2009, « Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A », *Document de travail, série Études et recherche*, n° 94, septembre.

Fenina A., Geffroy Y., Duée M., 2009, « Comptes nationaux de la santé 2008 », Ouvrage, Collection Études et statistiques.

Garnero M., Ratier M.-O., 2009, « Les contrats d'assurance complémentaire en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 698, juillet.

Yilmaz E., 2009, « En 2006, les hôpitaux publics en déficit », *Études et Résultats*, DREES, n° 684, mars.

Yilmaz E., 2009, « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse », *Études et Résultats*, DREES, n° 709, octobre.

Yilmaz E., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 746, janvier.

Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2006 à 2009 : quelques aspects comptables



Malik KOUBI, Annie FENINA (DREES)¹

Le secteur public hospitalier des Comptes de la santé comprend les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH). En comptabilité générale (CG), le résultat net du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires²) s'établit à -0,4 milliard d'euros en 2009. Les principales charges qui pèsent sur ces organismes sont les charges de personnels. Les produits proviennent essentiellement de l'activité hospitalière et dans une moindre mesure de certaines ventes et activités annexes. Le passage du résultat de la comptabilité générale au besoin de financement de la comptabilité nationale (CN) nécessite plusieurs retraitements des comptes, dont les plus importants sont la non prise en compte des provisions et dotations aux amortissements (et reprises sur provisions et amortissements) et *a contrario* l'intégration d'éléments du bilan tels que la consommation et formation de capital fixe. Ce besoin de financement s'établit en 2009 à -0,5 milliard d'euros.

Les soins hospitaliers publics, tels qu'ils figurent dans les Comptes de la santé, comprennent la production non marchande de santé du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) et celle des hôpitaux militaires. Leur montant s'élève à 60,3 milliards d'euros en 2009.

¹ Les auteurs remercient la DGFIP et l'INSEE pour la fourniture des données et les explications qu'ils ont apportées.

² Dont les comptes sont intégrés en comptabilité nationale aux comptes de l'État.

Introduction : un secteur économique complexe

Le secteur public hospitalier joue un rôle central dans l'organisation du système de santé, par son importance dans la délivrance des soins (il fournit plus du tiers de la CSBM), par les spécificités de ses missions, notamment d'intérêt général et les missions de service public qui en découlent.

À l'occasion du passage à la base 2005 des comptes nationaux, cet éclairage fait le point sur les principaux traits qui ressortent d'une analyse de la comptabilité de ce secteur sur la période 2006-2009, à la fois en comptabilité générale (CG) et en comptabilité nationale (CN). Il précise également l'articulation entre ces deux optiques. Cette approche comptable est originale par rapport à la plupart des études portant sur l'activité des hôpitaux, qui privilégient en général une mesure directe de l'activité, à travers des sources telles que le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et l'enquête sur la statistique des établissements (SAE).

Cet éclairage porte sur le champ du secteur public hospitalier. C'est un secteur institutionnel de la CN qui comprend d'une part les hôpitaux publics *stricto sensu*, hors les hôpitaux militaires³, d'autre part les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH). Les données comptables exploitées dans cet éclairage sont toutefois moins détaillées pour les PSPH que pour les hôpitaux publics *stricto sensu* (hors hôpitaux militaires). Aussi certaines présentations se limitent-elles à ces derniers.

La première partie examine le budget principal des hôpitaux publics dans l'optique de la comptabilité générale (CG) et donne des éléments pour les budgets annexes et les PSPH. La seconde partie présente le compte de l'ensemble du secteur public hospitalier en comptabilité nationale (CN). Elle précise également les éléments de correspondance qui existent entre les deux optiques. La troisième partie présente le traitement complémentaire effectué pour le passage en comptes de la santé.

1. En comptabilité générale, le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) s'améliore depuis 2007

Cette partie analyse les principales charges et les principaux produits qui pèsent sur les hôpitaux publics. L'analyse porte essentiellement sur le budget principal des hôpitaux publics en raison du détail des données disponibles et elle se centre sur l'activité hospitalière classique. Des éléments plus agrégés sont donnés pour les budgets annexes et les PSPH.

1.1. Les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) ont un résultat net de -0,2 milliard d'euros en 2009

En comptabilité générale (CG), le résultat net des hôpitaux est égal à la différence entre les produits (comptes de classe 7, encadré 1) et les charges (comptes de classe 6). Après une aggravation en 2007 (-0,5 milliard), le résultat net des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) s'est amélioré les années suivantes pour s'établir à -0,2 milliard d'euros en 2009 (tableau 1a). En 2009, les budgets annexes ont un résultat positif de 0,2 milliard d'euros, alors que les budgets principaux ont à eux seuls un résultat négatif de -0,4 milliard d'euros (tableau 1b).

Les trois sections suivantes (I-2, I-3, I-4) analysent les postes de charges et de produits pour les *budgets principaux* des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires), pour lesquelles on dispose d'une information détaillée. Les sections I-5 et I-6 complètent le panorama pour ce qui concerne respectivement les budgets annexes des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et les budgets des PSPH.

³ Alors que les hôpitaux civils sont classés en CN dans le secteur des administrations de Sécurité sociale (ASSO), les hôpitaux militaires font partie du secteur État.

Il est à noter que les données présentées ici sont légèrement différentes de celles de l'éclairage « Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009 ». Dans l'éclairage cité, le champ retenu est réduit aux seuls établissements répertoriés dans la SAE, contrairement au champ retenu ici : la réduction porte sur des établissements n'ayant pas d'activité hospitalière proprement dite (maison de retraite, institut de formation, blanchisserie) mais qui, liés à une activité hospitalière, établissent leurs comptes annuels en comptabilité M21. La réduction de champ porte sur 700 millions de produits. Un écart supplémentaire de 2,1 milliards (en produits et en charges) existe en outre du fait de la suppression dans l'éclairage cité des lignes correspondant à la rétrocession de médicaments. Ces deux écarts n'ont pratiquement aucun impact sur le résultat net comptable. Celui-ci est très proche dans les deux éclairages.

Tableau 1a : Évolution des charges, des produits et du résultat net comptable des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) sur la période 2006-2009

			Milliards d'euros			
			2006	2007	2008	2009
6	60	ACHATS	-9,8	-10,2	-11,0	-11,3
	61	SERVICES EXTÉRIEURS	-2,3	-2,4	-2,5	-2,7
	62	AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-2,9	-3,0	-3,2	-3,3
	63	IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	-3,3	-3,6	-3,8	-3,9
	64	CHARGES DE PERSONNEL	-36,3	-37,6	-38,8	-39,5
	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5
	66	CHARGES FINANCIÈRES	-0,5	-0,6	-0,7	-0,7
	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	-1,0	-0,7	-0,8	-0,8
	68	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DEPRECIATIONS ET PROVISIONS	-3,6	-4,0	-4,5	-4,8
Total charges			-60,3	-62,6	-65,8	-67,6
7	70	VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	4,3	4,6	4,9	5,1
	71	PRODUCTION STOCKÉE (OU DÉSTOCKAGE)	0,0	0,0	0,0	0,0
	72	PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0
	73	PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	52,7	54,3	56,7	58,7
	74	SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,9	0,9	1,3	1,0
	75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,8	0,9	0,9	1,0
	76	PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0
	77	PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,9	0,8	0,9	1,0
	78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DEPRECIATIONS ET PROVISIONS	0,4	0,6	0,7	0,6
	79	TRANSFERTS DE CHARGES	0,0	0,0	0,0	0,0
Total produits			60,1	62,1	65,5	67,3
Résultat net			-0,2	-0,5	-0,3	-0,2

Champ : établissements publics hors hôpitaux militaires, budgets principaux et budgets annexes.
Sources : DGFIP.

Tableau 1b : Charges et produits des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) et des PSPH en 2009

Milliards d'euros

			PSPH (1)	Hôpitaux publics (2)	dont : budgets principaux	Secteur public hospitalier (1)+(2)
6	60	ACHATS	-1,3	-11,3	-10,8	-12,6
	61	SERVICES EXTÉRIEURS	-0,6	-2,7	-2,4	-3,3
	62	AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-0,6	-3,3	-2,1	-3,9
	63	IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	-0,5	-3,9	-3,5	-4,4
	64	CHARGES DE PERSONNEL	-5,3	-39,5	-34,9	-44,8
	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	-0,1	-0,5	-0,4	-0,6
	66	CHARGES FINANCIÈRES	-0,1	-0,7	-0,6	-0,8
	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	-0,1	-0,8	-0,7	-0,9
	68	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DEPRECIATIONS ET PROVISIONS	-0,6	-4,8	-4,3	-5,5
Total charges			-9,2	-67,6	-59,6	-76,8
7	70	VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	0,4	5,1	4,8	5,4
	71	PRODUCTION STOCKÉE (OU DÉSTOCKAGE)	0,0	0,0	0,0	0,0
	72	PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0
	73	PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	8,4	58,7	51,7	67,1
	74	SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,1	1,0	0,4	1,0
	75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,1	1,0	0,9	1,1
	76	PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0
	77	PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,1	1,0	0,8	1,1
	78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DEPRECIATIONS ET PROVISIONS	0,2	0,6	0,6	0,7
	79	TRANSFERTS DE CHARGES	0,0	0,0	0,0	0,0
Total produits			9,2	67,3	59,2	76,6
Solde			0,0	-0,2	-0,4	-0,3

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires) et PSPH.

Sources : DGFIP.

Encadré 1 Les différentes classes de compte de la comptabilité générale (CG)

La CG est organisée de manière à suivre l'évolution du résultat et du patrimoine de chaque établissement, à travers ses créances et ses dettes. Cette optique « patrimoniale » explique l'organisation du plan comptable en sept classes : les comptes de capital (classe 1), les comptes d'immobilisations (classe 2), les comptes de stocks et en-cours (classe 3), les comptes de tiers (classe 4), les comptes financiers (classe 5), les comptes de charges (classe 6) et les comptes de produits (classe 7).

Les comptes de charges (classe 6) et de produits (classe 7), dont il est question dans la première partie de l'éclairage, contribuent à dégager le résultat de l'exercice annuel. Les comptes de capital (classe 1), d'immobilisations (classe 2) et les comptes de stocks et en-cours (classe 3), interviennent dans le passage de la comptabilité générale à la comptabilité nationale, question traitée dans la deuxième partie de l'éclairage. Les comptes de capital (classe 1) et d'immobilisations (classe 2) enregistrent notamment les variations de capital. Les comptes de stocks et en-cours (classe 3), qui enregistrent notamment la production non vendue et les achats non consommés, résultent du décalage qui existe entre le moment de la vente et celui de la production, ou encore entre le moment de l'achat et celui de la consommation (ou de la revente en ce qui concerne la rétrocession des médicaments). Les autres comptes, auxquels nous ne nous intéresserons pas spécialement dans cet éclairage, sont les comptes de tiers (classe 4) qui retracent les opérations financières faites pour le compte d'un tiers et les comptes de classe 5 qui enregistrent les opérations de trésorerie.

1.2. Les charges de personnel (64) et les achats (60) sont les principales charges qui pèsent sur les budgets principaux des hôpitaux publics

Les principales charges qui pèsent sur les budgets principaux des hôpitaux publics sont les charges de personnel (34,9 milliards d'euros en 2009, tableau 2). Les rémunérations du personnel non médical représentent 19,9 milliards d'euros, celles du personnel médical 5,5 milliards d'euros. Le montant des cotisations sociales s'élève pour sa part à 8,9 milliards d'euros, dont 7,2 milliards d'euros pour le personnel non médical et 1,7 milliard pour le personnel médical.

Tableau 2 : Répartition des charges de personnel des hôpitaux publics (budgets principaux)

		Milliards d'euros			
		2006	2007	2008	2009
641	Rémunérations du personnel non médical	-18,7	-19,2	-19,7	-19,9
642	Rémunérations du personnel médical	-4,9	-5,1	-5,5	-5,5
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	-8,1	-8,5	-8,7	-8,9
647	Autres charges sociales	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4
648	Autres charges de personnel	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Total		-32,2	-33,3	-34,4	-34,9

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Source : DGFIP.

Les achats représentent pour leur part un total de dépenses de 10,8 milliards d'euros (tableau 3a). Dans cet ensemble, les produits pharmaceutiques et produits à usage médical pèsent pour un peu moins de la moitié (5,2 milliards d'euros). Les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médicotechnique représentent quant à eux une dépense de 2,7 milliards d'euros, parmi lesquels les postes les plus significatifs sont le matériel et fournitures médico-chirurgicales à usage unique stérile (0,8 milliard), les fournitures pour laboratoires (0,6 milliard) et les dispositifs médicaux implantables (DMI) figurant sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du Code de la Sécurité sociale (0,6 milliard).

Tableau 3a : Répartition des achats des hôpitaux publics (budgets principaux)

		Milliards d'euros			
		2006	2007	2008	2009
601	Achats stockés de matières premières ou fournitures	0,0	0,0	0,0	0,0
602	Achats stockés ; autres approvisionnements	-8,0	-8,4	-8,9	-9,3
603	Variation des stocks	0,0	0,0	0,0	0,1
606	Achats non stockés de matières et fournitures	-1,3	-1,4	-1,5	-1,6
607	Achats de marchandises	0,0	0,0	0,0	0,0
609	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		-9,3	-9,8	-10,5	-10,8

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources : DGFIP.

Tableau 3b : Détail des postes 602 et 606 (budgets principaux) en 2009

		Milliards d'euros
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	5,2
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médicotechnique	2,7
6023	Alimentation	0,7
6026	Fournitures consommables	0,6
6028	Autres fournitures suivies en stocks	0,0
Total 602 Achats stockés ; autres approvisionnements		9,3
6061	Fournitures non stockables	0,8
6062	Fournitures non stockées	0,2
6063	Alimentation non stockable	0,1
6066	Fournitures médicales	0,5
6068	Autres achats non stockés de matières et fournitures	0,0
Total 606 Achats non stockés de matières et fournitures		1,6

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.
Sources : DGFIP.

Les impôts, taxes et assimilés (3,5 milliards d'euros, tableau 1b) et les autres services extérieurs (2,1 milliards d'euros) représentent les autres rubriques importantes de dépenses, nettement en dessous cependant du montant des charges de personnel et des achats.

1.3. Les principaux produits résultent de l'activité hospitalière (73) et de la vente de certains produits (70)

Une partie non négligeable des ressources des hôpitaux provient de l'ensemble constitué des ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes. En tout, ces produits représentent un montant de 4,8 milliards d'euros en 2009 (poste 70, tableau 1b). Ils comprennent en particulier les remboursements de frais par les comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA, poste 7087, 1,5 milliard) et la rétrocession de médicaments (poste 7071, 2,1 milliards d'euros⁴), postes qui font l'objet d'un traitement particulier en CN (cf. partie II)

Toutefois, ce sont les produits de l'activité hospitalière qui constituent de loin la ressource principale des budgets principaux des hôpitaux publics : 51,7 milliards d'euros, dont 47,1 milliards d'euros sont à la charge de l'assurance maladie (AM) et 3,7 milliards d'euros à la charge des patients ou des organismes complémentaires (tableau 4).

1.4. Les GHS, les DAF et les MIGAC sont les principaux produits de l'activité hospitalière

Les produits à la charge de l'AM comprennent principalement le produit des groupes homogènes de soins (GHS, 23,8 milliards d'euros, tableau 5) et différentes dotations (dotation annuelle de financement, 10,6 milliards d'euros, missions d'intérêt général, 5,2 milliards d'euros et aide à la contractualisation 1,6 milliard d'euros). Les autres ressources notables des hôpitaux financés par l'AM comprennent une partie du financement des consultations et actes externes (2,2 milliards d'euros), les produits des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus (respectivement 1,5 milliard d'euros et 0,6 milliard d'euros) et le paiement des forfaits annuels urgences (0,8 milliard d'euros).

Les produits qui restent à la charge des patients ou des organismes complémentaires comprennent une partie de la médecine et des spécialités (à hauteur de 1 milliard d'euros), une partie du coût des consultations et actes externes (0,5 milliard d'euros), ainsi que le forfait journalier médecine, chirurgie, obstétrique (MCO, 0,7 milliard d'euros).

Tableau 4 : Répartition des Produits de l'activité hospitalière en 2009

		Milliards d'euros
731	Produits à la charge de l'assurance maladie	47,1
732	Produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	3,7
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	0,7
734	Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	0,2
735	Produits à la charge de l'État, collectivités territoriales et autres organismes publics	0,0
Total		51,7

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources : DGFIP.

⁴ Ce poste comprend en outre des opérations de transferts entre établissements d'une même entité. La rétrocession hospitalière s'élève en 2009 à 1,4 milliard d'euros (cf. éclairage médicaments).

Tableau 5 : Postes les plus importants des produits de l'activité hospitalière en 2009

Milliards d'euros

731-Produits à la charge de l'assurance maladie	47,1
dont : 7311-Produits de l'hospitalisation	44,6
dont : 731111-Groupes homogènes de séjour (GHS)	23,8
dont : 731112-Produits des médicaments facturés en sus des séjours	1,5
dont : 731113-Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	0,6
dont : 731141-Urgences (FAU)	0,8
dont : 731117-Dotation annuelle de financement (DAF)	10,6
dont : 731181-Dotation missions d'intérêt général (MIG)	5,2
dont : 731182-Dotation d'aide à la contractualisation (AC)	1,6
dont : 7312-Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	2,5
dont : 73121-Consultations et actes externes	2,2
732-Produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	3,7
dont : 7321-Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie	1,9
dont : 73211-Médecine et spécialités médicales	1
dont : 7324-Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	0,7
dont : 732412-Consultations et actes externes, dont ticket modérateur	0,5
dont : 7327-Forfait journalier	1
dont : 73271-Forfait journalier MCO	0,7
733-Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	0,7
dont : 7331-Produits des prestations au titre des conventions internationales	0,3
dont : 7332-Produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'État (AME)	0,3
dont : 7333-Produits des prestations au titre des soins urgents prévus à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles	0,1
dont : 7338-Autres	0,1

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budget principal.

Sources : DGFiP.

1.5. Les budgets annexes représentent une part non négligeable de l'activité

Outre le budget principal qui retrace les activités essentiellement hospitalières, la comptabilité des hôpitaux peut comprendre des budgets annexes qui enregistrent des activités périphériques ou plus spécialisées. Les budgets annexes les plus importants sont d'une part ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec un produit total de 4,2 milliards d'euros pour 4,1 milliards d'euros de charges (tableau 6) et d'autre part ceux des unités de soins de longue durée (USLD, 1,8 milliard d'euros de produits pour 1,7 milliard d'euros de charges). Les autres budgets significatifs sont ceux des écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes (IFPP, 0,7 milliard d'euros) et des maisons de retraite (MR, 0,6 milliard d'euros).

Tableau 6 : Charges et produits des budgets annexes des hôpitaux publics en 2009 (*)

			Milliards d'euros								
			AU	BP	DNA	EHPAD	IFPP	LS	MR	SIDPA	Total
6	60	ACHATS	0,0	-10,8	0,0	-0,3	0,0	-0,1	0,0	0,0	-11,3
	61	SERVICES EXTÉRIEURS	0,0	-2,4	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,7
	62	AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	-0,1	-2,1	0,0	-0,6	-0,1	-0,3	-0,1	0,0	-3,3
	63	IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	0,0	-3,5	0,0	-0,2	0,0	-0,1	0,0	0,0	-3,9
	64	CHARGES DE PERSONNEL	-0,3	-34,9	0,0	-2,4	-0,4	-1,0	-0,3	-0,1	-39,5
	65	AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	0,0	-0,4	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,5
	66	CHARGES FINANCIÈRES	0,0	-0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,7
	67	CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,8
	68	DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	0,0	-4,3	0,0	-0,3	0,0	-0,1	0,0	0,0	-4,8
Total 6 (charges)			-0,6	-59,6	-0,1	-4,1	-0,7	-1,7	-0,6	-0,2	-67,6
7	70	VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	0,0	4,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	5,1
	71	PRODUCTION STOCKÉE (OU DÉSTOCKAGE)		0,0	0,0			0,0			0,0
	72	PRODUCTION IMMOBILISÉE	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
	73	PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	0,5	51,7		4,1	0,0	1,7	0,6	0,2	58,7
	74	SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,0
	75	AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	76	PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
	77	PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,8	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
	78	REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	79	TRANSFERTS DE CHARGES		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Total 7 (produits)			0,6	59,2	0,1	4,2	0,7	1,8	0,6	0,2	67,3
Solde			0,0	-0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2

AU Autres activités relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF, services particuliers : accueil pour personnes handicapées notamment)

BP Budget principal

DNA Dotation non affectée et Services industriels et commerciaux (DNA et SIC)

EHPAD Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.)

IFPP Écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes

LS Unités de soins de longue durée (USLD)

MR Maisons de retraite

SIDPA Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.)

(*) Hors budgets annexes non repris en comptabilité nationale :

L : Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) - activité sociale

M : Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) - activités de production et de commercialisation

Champ : hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires).

Sources : DGFIP.

1.6. Les charges et les produits des PSPH

En 2009, les PSPH totalisent 9,2 milliards d'euros de charges et autant de produits (tableau 1b). Leurs charges se répartissent de manière assez semblable à celles des hôpitaux publics. Ce n'est pas le cas des produits, parmi lesquels les produits de l'activité hospitalière occupent une part plus importante (90,7 % des produits pour les PSPH contre 87,2 % pour les hôpitaux publics). Les charges de personnel représentent 5,3 milliards d'euros et les achats 1,3 milliard d'euros. Les produits principaux sont ceux résultant de l'activité hospitalière (8,4 milliards d'euros), les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes ne représentant que 0,4 milliard d'euros.

2. Au sens de la comptabilité nationale (CN), la capacité (ou besoin) de financement du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) se réduit fortement en 2009

2.1. La comptabilité nationale, un cadre harmonisé pour analyser la production sur un plan macroéconomique

La comptabilité nationale offre un cadre comptable permettant de représenter, dans une nomenclature harmonisée d'opérations, l'ensemble du fonctionnement de l'économie nationale et de ses échanges avec le reste du monde. La CN vise en particulier à retracer des mouvements de produits entre les principaux types d'agents économiques et à mettre en évidence le circuit économique à travers les quatre fonctions fondamentales que sont la production, la consommation, l'épargne et l'investissement.

Dans le cadre de la CN sont calculés des agrégats économiques permettant une analyse de la situation de l'économie nationale et de ses secteurs institutionnels, tels que le PIB ou le déficit des administrations publiques. C'est également dans le cadre comptable harmonisé de la CN que sont effectuées les comparaisons internationales.

Au sein de l'économie nationale, la CN identifie cinq grands types d'agents économiques, appelés secteurs institutionnels et définis par la fonction qu'ils réalisent dans l'économie (encadré 2). Le secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) appartient au secteur institutionnel des administrations de sécurité sociale, secteur qui a pour fonction principale de produire des services non marchands de santé. Le secteur comprend les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires qui font partie de l'État) mais également les PSPH car depuis le système européen de comptabilités nationales de 1995 (SECN 1995), la nature de l'activité (commerciale ou pas) et son financement comptent plus que le statut (public/privé) pour classer les unités économiques.

Encadré 2 Les cinq secteurs institutionnels résidents de la CN

La CN agrège les agents économiques résidant sur le territoire en cinq grands secteurs institutionnels, sur la base de la fonction qu'occupent ces groupes au sein de l'économie nationale. Les agents non résidents sont pour leur part regroupés en un secteur institutionnel unique appelé « reste du monde ».

Les administrations publiques

Les administrations publiques ont pour principales fonctions de produire des services non marchands et d'effectuer des opérations de redistribution (notamment par l'intermédiaire du système fiscal et social). Elles comprennent les administrations publiques centrales (État, **dont hôpitaux militaires** et ODAC – Organismes dépendant des administrations centrales) ; les administrations publiques locales (communes, départements, régions et autres niveaux intermédiaires) et les administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale, **hôpitaux publics hors hôpitaux militaires, y.c. PSPH et y.c. budgets annexes, dont maisons de retraite rattachées à un hôpital...**).

Les sociétés non financières

Leur fonction principale est la production de biens et de services marchands. Les **cliniques privées** ainsi que les **maisons de retraite autonomes** sont classées en sociétés non financières.

Les sociétés financières

Elles regroupent les banques (Banque centrale ; banques de second rang...), les entreprises d'assurance et les auxiliaires financiers (gestionnaires de patrimoine mobilier, courtiers d'assurance, ..). Les banques collectent et prêtent les fonds ; les sociétés d'assurance assurent, c'est-à-dire qu'elles mutualisent les risques individuels.

Les ménages et entrepreneurs individuels

Les ménages ont pour fonction principale la consommation de biens et services et l'épargne. Les entrepreneurs individuels produisent des biens et services marchands, comme les sociétés mais leurs revenus ne peuvent pas être isolés de ceux des ménages. L'activité des **professionnels libéraux de santé** est retracée dans ce secteur.

Les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Les ISBLSM regroupent les unités privées qui produisent des services non marchands au profit des ménages. Ils intègrent l'activité des **établissements pour personnes handicapées**.

2.2. Certaines charges et certains produits de la comptabilité générale (CG) ne sont pas repris en comptabilité nationale (CN) et ne contribuent donc pas au calcul de la capacité ou du besoin de financement

Malgré une évidente filiation entre les deux types de comptabilités, CG et CN diffèrent dans le traitement de certaines opérations sur biens et services. Ces différences renvoient aux finalités et aux méthodes mises en œuvre dans les deux systèmes comptables (encadré 3). C'est pourquoi des traitements comptables doivent être effectués pour passer des comptes de la CG à ceux de la CN.

Encadré 3 La CG et la CN : deux points de vue différents sur les comptes

La CG et la CN ont des optiques différentes. La CG a une fonction essentiellement microéconomique. Elle a pour but de mesurer le gain obtenu ou les pertes subies à l'occasion des opérations économiques dans lesquelles l'établissement considéré est engagé et de suivre l'évolution de son patrimoine, de sa santé financière et de sa viabilité. Un principe général de prudence s'applique ainsi en CG, principe qui renvoie à l'une des finalités de cette optique qui est de mesurer la viabilité économique des organismes.

La comptabilité nationale a pour sa part une vocation macroéconomique. Elle fournit un état complet, détaillé et cohérent des relations entre les grands types d'agents économiques en décrivant les interactions qui s'opèrent entre eux. Les concepts, définitions, nomenclatures et règles de comptabilisation qu'elle retient sont ceux approuvés au plan international, permettant ainsi des comparaisons internationales.

Si ces deux optiques comptables répondent à des besoins différents, elles peuvent être néanmoins rapprochées. Partant de la comptabilité générale, il est possible de reconstituer les agrégats de la comptabilité nationale. Parmi les traitements les plus importants qui concernent le secteur public hospitalier, il faut noter ceux relatifs aux dépréciations et aux provisions (poste 68) et aux reprises des provisions (78). Ces éléments qui découlent du principe de prudence sont essentiels à la comptabilité générale qui retrace le point de vue d'une entité ; mais ne sont pas repris en comptabilité nationale car ils ne sont que rarement des événements économiques pour les autres agents.

De façon générale, on peut dire que pour passer du résultat net comptable de la comptabilité d'entreprise à la capacité (ou besoin) de financement au sens de la comptabilité nationale, il convient notamment :

- d'exclure les dotations nettes des reprises sur provisions ;
- d'exclure les dotations aux amortissements et de prendre en compte le solde des opérations sur investissement en valeur brute, ainsi que les dotations en capital ;
- de ne pas reprendre les plus – ou moins – values sur cessions d'immobilisations financières.

Les charges non reprises en CN représentent un montant de 4,8 milliards d'euros et les produits non repris un montant de 0,6 milliard d'euros (tableau 7).

Ces postes concernent tout d'abord les comptes de provisions et de dépréciation (en dotation pour les charges, en reprises pour les produits), ainsi que les comptes de dotations (du côté des charges) et les reprises (du côté des produits) aux amortissements (encadré 3).

D'autres opérations comptables sont bien reprises par les comptables nationaux ; mais elles sont retracées dans les comptes de patrimoine sans impact sur la capacité de financement des hôpitaux. Ce sont, du côté des charges, les pertes sur créances irrécouvrables, les pertes de change, les charges nettes sur cessions de valeurs mobilières de placement et les titres annulés sur exercices antérieurs (0,5 milliard d'euros en tout en 2009). Du côté des produits, il s'agit des gains de change et des produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placement ainsi que les mandats annulés sur les exercices antérieurs. Mais les montants sont très faibles pour les hôpitaux.

Ne sont également pas repris en CN les achats de médicament pour reventes (appelés rétrocessions de médicaments). Ceux-ci ne sont pas comptabilisés en CN dans les comptes des hôpitaux, ni en achat ni en vente.

Tableau 7 : Principaux éléments de passage du résultat net de la CG au besoin de financement de la CN

			Milliards d'euros			
Etape	Type	Opération de C	2006	2007	2008	2009
A-Résultat comptable	1-Charges		-60,3	-62,6	-65,8	-67,6
	2-Produits		60,1	62,1	65,5	67,3
Total A-Résultat comptable			-0,2	-0,5	-0,3	-0,2
B-Passage à la capacité(+) ou besoin(-) de financement en comptabilité nationale	1a-Comptes des classe 6 non repris (hors rétrocession)		3,6	4,0	4,5	4,8
	1b-Rétrocession de médicaments (charges annulées)		1,8	1,8	2,0	2,1
	2-Comptes des classe 6 repris en TOF		0,4	0,5	0,5	0,5
	3a-Comptes des classe 7 non repris (hors rétrocession)		-0,4	-0,6	-0,7	-0,6
	3b-Rétrocession de médicaments (produits annulés)		-1,8	-1,8	-2,0	-2,1
	4-Comptes des classe 7 repris en TOF		0,0	0,0	0,0	0,0
	5-Comptes des classe 7 repris en TOF actif		0,0	0,0	-0,1	-0,1
	6-Elements de bilan repris en RESSOURCES	OPD92	0,2	0,2	0,2	0,3
	des comptes non financier de secteur institutionnels	OPD999	0,1	0,1	0,1	0,1
	7-Elements de bilan repris en EMPLOIS	OPK21	-0,1	0,0	0,0	0,0
	des comptes non financier de secteur institutionnels	OPP2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
		OPP511	-5,0	-5,2	-5,1	-5,0
		OPP512	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
		OPP52	0,0	0,0	0,0	0,0
		OPP53	0,0	0,0	0,0	0,0
Total B-Passage à la capacité(+) ou besoin(-) de financement en comptabilité nationale			-1,3	-1,3	-0,9	-0,4
C-Calages et corrections comptabilité nationale	1-Ressources	OPD731	0,1	0,1	0,0	0,0
		OPD732	0,2	0,1	-0,2	0,4
		OPD92	-0,1	-0,1	0,0	0,0
		OPP11BNM	-1,4	-1,5	-1,5	-1,5
	2-Emplois	OPD731	0,0	0,0	0,0	0,0
		OPP2	1,4	1,5	1,5	1,5
		OPP511		0,3		
Total C-Calages et corrections comptabilité nationale			0,3	0,4	-0,2	0,4
Total			-1,2	-1,4	-1,5	-0,2

- (1a) dont : 681 - Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges d'exploitation (4 Milliard d'euros)
687 - Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions – Charges exceptionnelles (0,8 Milliard d'euros)
- (2) dont : 654 - Pertes sur créances irrécouvrables (0,2 Milliard d'euros)
673 - Titres annulés (sur exercices antérieurs) (0,3 Milliard d'euros)
- (3a) dont : 781 - Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits d'exploitation) (-0,4 Milliard d'euros)
787 - Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels) (-0,2 Milliard d'euros)
- (5) dont : 773 - Mandats annulés sur exercices antérieurs (-0,1 Milliard d'euros)
- (6) dont : 131 - Subventions d'équipements reçues (0,2 Milliard d'euros)
- (7a :OP511) dont : 213 - Constructions sur sol propre (-4,8 Milliard d'euros)
215 - Installations techniques, matériel et outillage industriel (-1 Milliard d'euros)
218 - Autres immobilisations corporelles (-0,5 Milliard d'euros)
231 - Immobilisations corporelles en cours (1,4 Milliard d'euros)
- (7b :OP512) dont : 205 - Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires (-0,1 Milliard d'euros)

Champ : établissements publics (hors hôpitaux militaires), budgets principaux et budgets annexes.

Sources : DGFIP.

2.3. La comptabilité nationale intègre en revanche certains éléments du bilan de la comptabilité générale pour le calcul de la capacité (ou besoin) de financement

En revanche, certains éléments de bilan (qui ne contribuent pas au résultat net en CG) contribuent au calcul de la capacité (ou besoin) de financement de la comptabilité nationale. En emplois, ces postes représentent 5,3 milliards d'euros, essentiellement la variation des immobilisations corporelles et incorporelles nettes de la comptabilité générale (postes de classe 20, 21 et 23 de la CG principalement). Cela inclut en particulier les concessions, brevets et licences (notamment sur logiciels), les terrains, constructions, le matériel de transport, le mobilier, les installations techniques. Ces postes sont repris en CN essentiellement en formation brute de capital (P5). En ressources, les postes repris représentent pour leur part 0,4 milliard d'euros, essentiellement des apports (poste 102) et des subventions d'équipements (poste 131).

2.4. La comptabilité nationale opère en outre certains retraitements

Enfin des derniers traitements sont effectués entre postes de comptabilité nationale (tableau 7, étape C). Il s'agit essentiellement de la consolidation des refacturations entre budgets principaux et budgets annexes (1,5 milliard d'euros) : suppression en ressources du poste comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA, poste 7087, 1,5 milliard) des budgets principaux et suppression en emplois des opérations correspondantes dans les budgets annexes D'autres retraitements de moindre ampleur sont également réalisés sur les transferts courants entre administrations publiques (postes D731 et D732 de la CN) pour assurer la cohérence globale du compte des administrations publiques.

2.5. La reprise des principaux postes de la Comptabilité générale en Comptabilité nationale

Ces retraitements conduisent à une table de passage entre la CG à la CN qui reste globalement assez simple (annexe 2). En dehors des postes 49 (dépréciations des comptes de tiers, non repris) et 59 (dépréciations des comptes financiers), les postes de classe 4 et 5 alimentent les comptes financiers. De même, en dehors du poste 39 (dépréciations des stocks et en-cours), les postes de classe 3 alimentent le poste P52 (variations de stocks) de la CN.

Les postes de classe 1 sont non repris ou alimentent les comptes financiers ou le poste « transferts en capital ». Les postes de classe 2, comme les postes de classe 1, sont non repris ou alimentent les comptes financiers, ou les postes du compte de capital ou encore le poste consommations intermédiaires. Une partie des immobilisations incorporelles sont en effet traitées en CN comme des consommations intermédiaires. Ce compte sert aussi au calcul de la consommation de capital fixe, qui en CN se substitue à la notion de dotation aux amortissements (encadré 3).

Parmi les postes de classes 6 et 7, les postes 68 et 78, concernant les amortissements, dépréciations et provisions, ne sont pas repris en CN. Les charges de personnel (poste 64 de la CG) sont reprises en D1 (Rémunérations des salariés) et les achats (poste 60) sont classés en consommations intermédiaires (P2). Les ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (poste 70) sont essentiellement affectés à la production marchande (poste P11 de la CN). Enfin, les produits de l'activité hospitalière sont classés selon leur nature en production marchande (P11) ou en production non marchande (P13, cf. partie III). Les financements publics correspondants sont en outre reportés dans les postes de transferts (transferts de l'assurance maladie, poste D732 et transferts de l'État, poste D731).

2.6. Le compte non financier du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires mais y compris PSPH) en Comptabilité nationale

Sur cette base, la comptabilité nationale établit le compte non financier du secteur institutionnel des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, mais y compris PSPH). Ce compte se décompose en compte de production, d'exploitation, d'affectation des revenus primaires, de distribution secondaire des revenus, d'épargne et de capital, dont le solde est la capacité (+) / besoin (-) de financement.

Ces différents comptes font apparaître des soldes comptables utiles à l'analyse macro-économique (cf. tableau, en annexe 3). En particulier, deux soldes sont particulièrement importants. D'une part la valeur ajoutée, solde du compte de production, est la contribution du secteur au produit intérieur brut. D'autre part le besoin de financement, solde du compte de capital, est la contribution du secteur au déficit des administrations publiques au sens de Maastricht. Celui-ci s'améliore sensiblement en 2009. Il s'établit à -0,5 milliard d'euros, contre -1,4 milliard les deux années précédentes.

Ce compte est en outre décomposé en branches d'activité :

- **la branche santé** qui regroupe : les comptes des budgets principaux ainsi que ceux du budget des dotations non affectées et services industriels et commerciaux – DNA – ; cette branche est qualifiée de **non marchande**, son financement étant majoritairement public ;
- **la branche éducation** qui correspond au budget annexe des écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages femmes -IFPP- ; cette branche est qualifiée de **non marchande**, son financement étant majoritairement public ;
- **la branche sociale** qui regroupe les comptes des autres budgets annexes : le budget annexe des USLD, et des EHPAD et maisons de retraite rattachés à un hôpital, ainsi que ceux des SSIAD et autres activités rattachées ; cette branche est qualifiée de **marchande**, son financement étant majoritairement privé (les usagers).

Cette décomposition par branche n'est pas neutre sur le traitement précis des différents postes des hôpitaux et leur passage en comptabilité nationale.

En effet, **pour les branches qualifiées de marchandes** l'intégralité de leurs ventes et production hospitalière est classée, en comptabilité nationale, en P11 (production marchande). Les financements publics correspondants ne sont pas retracés dans le compte des hôpitaux publics. Ce sont des transferts sociaux en nature versés directement aux ménages par les administrations publiques (organismes de sécurité sociale, État, collectivités territoriales).

En revanche, **pour les branches non marchandes**, la production est calculée en sommant les coûts de production et d'exploitation (rémunération des salariés, consommations intermédiaires et consommation de capital fixe). Ainsi l'excédent net d'exploitation de la branche non marchande est nul par construction. Cette production, ainsi calculée, est en outre décomposée entre la production de service de santé non marchand proprement dite et les ventes résiduelles en d'autres biens ou services que peuvent réaliser les hôpitaux (comme les chambres particulières, le téléphone...). Les financements publics correspondants sont dans ce cas retracés en ressources du compte des hôpitaux publics comme des transferts courants reçus des organismes de sécurité sociale, de l'État ou des Collectivités territoriales.

Concernant les budgets principaux – **branche non marchande de santé** –, la production marchande (P11) regroupe notamment les « ventes et prestations de services » (chambres particulières, téléphone,...)⁵ et les « prestations de soins délivrées à des patients étrangers ». La production non marchande regroupe, quant à elle, l'activité hospitalière proprement dite (hors activité correspondant aux prestations délivrées dans le cadre des conventions internationales) : l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), SSR (soins de suite et de réadaptation), psychiatrie, hospitalisation à domicile... et MIGAC (mission d'intérêt général et d'action conventionnelle). Cette activité est financée par l'assurance maladie, l'État (au titre de l'aide médicale d'État – AME →) et les ménages et/ou organismes complémentaires (forfaits journaliers, ticket modérateur...). Contrairement à la production marchande qui est égale au montant des ressources correspondantes (montant des ventes), la production non marchande est évaluée en comptabilité nationale aux coûts des facteurs et est égale à la consommation intermédiaire (hors médicaments rétrocédés), aux charges de personnel, aux impôts nets des subventions à la production, à la consommation de capital fixe (évaluée à partir du compte des immobilisations), déduction faite du montant de la production marchande.

⁵ Les ventes de médicaments -rétrocession- donnent lieu en comptabilité nationale à un traitement particulier : les achats et les ventes correspondantes sont annulés et ne figurent ainsi ni en consommations intermédiaires, ni en ventes.

Le tableau 8 présente le compte de comptabilité nationale ainsi établi, avec sa décomposition en branche, pour l'année 2009.

Tableau 8 : le compte du secteur hospitalier en 2009 en comptabilité nationale (milliards d'euros)

Comptes de production et d'exploitation

EMPLOIS		commentaires
P2	consommation intermédiaire (1)	17,2
B1	valeur ajoutée brute	54,2
dont	salaires	32,8
D11	coûts sociaux employeurs	12,1
D12	impôts à la production	3,9
D29	subventions d'exploitation	-0,3
D39	excédent brut d'exploitation	5,7
B2		
Total		71,4

Comptes d'affectation des revenus primaires et de distribution secondaire des revenus

EMPLOIS		commentaires
D41	intérêts versés	0,5
D71	primes nettes d'assurance-dommages	0,2
D731	transferts courants Etat, Colter	0,0
D63	transferts sociaux en nature	55,9
dont	santé	55,6
D632	éducation	0,3
D759	transferts courants divers	0,7
B8	épargne brute	5,1
Total		62,4

Compte de capital

EMPLOIS		commentaires
P51	FBCF	5,9
P52	variation de stocks	0,0
K21	acquisition de terrains	0,0
B9	capacité (+) ou besoin (-) de financement	-0,5
Total		5,5

(1) Hors achats de médicaments rétrocedés

(2) La production non marchande est égale aux charges correspondantes (CI, rémunérations, subventions nettes d'impôts à la production et consommation de capital fixe -CCF-)

(3) Pour les branches non marchandes l'EBE est égal à la Consommation de capital fixe (évaluée en 2009 à 4,5 milliards)

Sources : INSEE, Comptes nationaux.

La production non marchande s'est élevée en 2009 à 60 milliards. Les ménages (et les organismes complémentaires – classés en P13-PP) en ont financé 4,1 milliards, et ont reçu sous forme de transferts sociaux en nature (classés D63) 55,9 milliards (55,6 milliards de prestations de santé et 0,3 milliard de prestations d'éducation).

Ces 55,9 milliards ont été financés par l'assurance maladie pour 55,4 milliards d'euros (retracés en transferts courants : D73) et par l'État pour 0,3 milliard d'euros (au titre de l'aide médicale gratuite, classés en D73), par les collectivités territoriales pour 0,5 milliard (au titre des IFSI). L'écart entre les 55,9 milliards de transferts sociaux en nature versés aux ménages et les 56,3 milliards de financements publics est imputable au solde net de -1 milliard des autres opérations non prises en compte, en particulier au solde des produits et charges diverses (intérêts nets versés, primes nettes d'assurance-dommage,... classés en D41r+D72r+D759r-D41e-D71e-D731e-D759e). Les 600 millions restant à financer le sont sur l'excédent brut d'exploitation qui s'élève à 5,7 milliards. Ces 5,7 milliards d'excédent brut d'exploitation doivent aussi permettre de financer la consommation de capital fixe (c'est-à-dire les dépenses d'investissement permettant le renouvellement strict du capital productif) (cf. annexe 1). Le montant qui ne pourrait être financé par l'ensemble des ressources ainsi dégagées (5,1 milliards une fois retranché le solde net des opérations diverses), devrait l'être par emprunt, subvention ou encore ventes d'actifs financiers.

Sous une hypothèse de stationnarité, cette partie non financée est alors strictement égale au déficit tel qu'il est évalué en comptabilité générale en retenant les dotations aux amortissements (et provisions) de la comptabilité générale et non la consommation de capital fixe de la comptabilité nationale

3. Le passage aux comptes de la santé

Dans les comptes de la santé, la consommation hospitalière correspond à la production non marchande de la branche santé du secteur institutionnel hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires, y compris PSPH) à laquelle est ajoutée la production en santé des hôpitaux militaires.

Pour les hôpitaux militaires inclus dans le compte de l'État, les lignes de compte du programme 178 (Préparation et emploi des forces) sous-action 80 (Fonction santé) nous permettent d'évaluer leur production à 0,46 milliard (montant correspondant à 0,41 milliard de dotations de l'assurance maladie et 0,05 milliard de paiements partiels des ménages).

Au total, la consommation hospitalière s'est élevée en 2009 à 60,3 milliards d'euros, elle se décompose en 4,1 milliards de contribution des ménages (ou des organismes complémentaires), 0,4 milliard de financement de l'État (au titre de l'aide médicale d'État, des soins d'urgence et des invalides de guerre) et 55,8 milliards de financement de l'assurance maladie.

Annexe 1 : La nomenclature d'opérations de la comptabilité nationale

Tableau 1.1 Présentation des comptes de secteur en comptabilité nationale

Bilan d'entrée		Actifs	Passifs	
		Actifs non financiers		
		Actifs financiers	Passifs financiers	
		Valeur nette (X)		
Comptes non financiers	Comptes courants	Emplois	Ressources	
		Épargne nette		
	compte de capital	Variations d'actifs	Variations de passifs	
			Épargne nette	
			+ Transferts en capital (reçus - versés)	
			= Variation de la valeur nette due à l'épargne et aux transferts en capital (1)	
		Actifs non financiers		
		+ Investissement brut		
		- consommation de capital fixe		
		- Variations de stocks		
		Capacité (+) / besoin (-) de financement		
Comptes financiers		Variations d'actifs	Variations de passifs	
		Capacité (+) / besoin (-) de financement		
Autres changements de volume		Actifs	Passifs	
		Variation de la valeur nette due aux autres changements de volume (2)		
Gains de détentions		Actifs	Passifs	
		variation de la valeur nette due aux gains de détentions (3)		
Bilan de sortie		Actifs	Passifs	
		Actifs non financiers		
		Actifs financiers	Passifs financiers	
		valeur nette = (X) + (1) + (2) + (3)		

Tableau 1.2 : Structure des comptes non financiers des hôpitaux

	Emplois	Ressources
Compte de production	P2 Consommation intermédiaire B1 Valeur ajoutée brute K1 consommation de capital fixe B1 Valeur ajoutée nette	P1 Production P11 Production marchande P12 Production pour emploi final propre P13 Autre production non marchande dont P131 : paiements partiels
Compte d'exploitation	D1 Rémunération des salariés D11 Salaires et traitements bruts D12 Cotisations sociales à la charge des employeurs D29 Autres impôts sur la production D291 Impôts sur les salaires et la main d'œuvre D292 Impôts divers sur la production D39 Subventions d'exploitation (-) B2 Excédent net d'exploitation	B1 Valeur ajoutée nette
compte de distribution primaire du revenu	D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts D45 Revenus de terrains et gisements D5 Impôts courants sur le revenu et le patrimoine B5 Solde des revenus primaires nets	B2 Excédent net d'exploitation D4 Revenus de la propriété D41 Intérêts D42 Revenus distribués des sociétés D44 Revenus de la propriété attribués aux assurés D45 Revenus de terrains et gisements
Compte de distribution secondaire du revenu	D7 Autres transferts courants D71 Primes nettes d'assurance-dommages D73 Transferts courants entre administrations publiques D75 Transferts courants divers D61 Cotisations sociales D612 Cotisations sociales imputées B6 Revenu disponible net	B5 Solde des revenus primaires nets D7 Autres transferts courants D72 Indemnités d'assurance-dommages D73 Transferts courants entre administrations publiques D75 Transferts courants divers D62 Prestations sociales en espèces
Compte d'utilisation du revenu disponible	P3 Dépense de consommation finale P31 Dépense de consommation finale individuelle (= transferts sociaux non marchands D.63) B8 Épargne nette	B6 Revenu disponible net

	Emplois (suite)	Ressources (suite)
Compte de capital	P5 Acquisitions nettes de cessions d'actifs corporels non produits P51 Formation brute de capital fixe P52 Variations de stocks P53 Acquisitions moins cessions d'objets de valeur K1 Consommation de capital fixe (-) K2 Acquisitions nettes de cessions d'actifs incorporels non produits dont K21 : terrains et gisements, etc. dont K22 : baux et autres contrats, etc. B9A Capacité (+) / besoin (-) de financement	B8 Épargne nette D9 Transferts en capital (reçus - versés) D91 Impôts en capital D92 Aides à l'investissement D99 Autres transferts en capital

Annexe 2 : La nomenclature d'opérations de la comptabilité générale des hôpitaux (budget principal) et leur reprise en comptabilité nationale

10 APPORTS, DOTATIONS ET RÉSERVES	ONR,D92,D999
11 REPORT A NOUVEAU	ONR
12 RÉSULTAT DE L'EXERCICE	ONR
13 SUBVENTION D'INVESTISSEMENT	D92
14 PROVISIONS RÉGLEMENTÉES	ONR
15 PROVISIONS	ONR
16 EMPRUNTS ET DETTES ASSIMILÉES	TOF
20 IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	P512,ONR,P2
dont 201 Frais d'établissement	P2
dont 2031 Frais d'études	P2
dont 2032 Frais de recherche et de développement	P2
dont 2033 Frais d'insertion	P2
21 IMMOBILISATIONS CORPORELLES	P511,K21
22 IMMOBILISATIONS REÇUES EN AFFECTATION	ONR
23 IMMOBILISATIONS EN COURS	P511,TOF,K21
24 IMMOBILISATIONS AFFECTÉES OU MISES A DISPOSITION	ONR
26 PARTICIPATIONS ET CRÉANCES RATTACHÉES A DES PARTICIPATIONS	TOF
27 AUTRES IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	TOF
28 AMORTISSEMENTS DES IMMOBILISATIONS	ONR
29 DÉPRÉCIATION DES IMMOBILISATIONS	ONR
31 MATIÈRES PREMIÈRES (ET FOURNITURES)	P52
32 AUTRES APPROVISIONNEMENTS	P52
33 EN- COURS DE PRODUCTION DE BIENS	P52
35 STOCKS DE PRODUITS	P52
37 STOCKS DE MARCHANDISES	P52
38 AUTRES STOCKS	P52
39 DÉPRÉCIATION DES STOCKS ET EN-COURS	ONR
40 FOURNISSEURS ET COMPTES RATTACHÉS	TOF
41 REDEVABLES ET COMPTES RATTACHÉS	TOF
42 PERSONNEL ET COMPTES RATTACHÉS	TOF
43 SÉCURITÉ SOCIALE ET AUTRES ORGANISMES SOCIAUX	TOF
44 ÉTAT ET AUTRES COLLECTIVITÉS PUBLIQUES	TOF
45 COMPTES DE RÉSULTAT PRÉVISIONNELS ANNEXES	TOF
46 DÉBITEURS DIVERS ET CRÉDITEURS DIVERS	TOF
47 COMPTES TRANSITOIRES OU D'ATTENTE	TOF
48 COMPTES DE RÉGULARISATION	TOF
49 DÉPRÉCIATION DES COMPTES DE TIERS	ONR
50 VALEURS MOBILIÈRES DE PLACEMENT	TOF
51 BANQUES, ÉTABLISSEMENTS FINANCIERS ET ASSIMILÉS	TOF
53 CAISSE	TOF
54 RÉGIES ET ACCRÉDITIFS	TOF
58 VIREMENTS INTERNES	ONR
59 DÉPRÉCIATION DES COMPTES FINANCIERS	TOF
60 ACHATS	P2
61 SERVICES EXTÉRIEURS	P2,D71
62 AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	P2
63 IMPÔTS, TAXES ET ASSIMILÉS	D291,D292
64 CHARGES DE PERSONNEL	D11,D121,D122
65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	D759,TOF
66 CHARGES FINANCIÈRES	D41
67 CHARGES EXCEPTIONNELLES	D11,TOF,P2,D759
68 DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	ONR
VENTES DE PRODUITS FABRIQUÉS, PRESTATIONS DE SERVICES, MARCHANDISES ET	
70 PRODUITS DES ACTIVITÉS ANNEXES	P11, P2 (rétrocession)
dont 7071 rétrocession de médicaments	P2, retranchée
71 PRODUCTION STOCKÉE (OU DÉSTOCKAGE)	ONR
72 PRODUCTION IMMOBILISÉE	P11
73 PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	D732,P13_PP,D731,P11
dont 731 Produits à la charge de l'assurance maladie	D732
dont 732 Produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance	P13_PP
dont 7331 Produits des prestations au titre des conventions internationales	P11
dont 7332 Produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'État (AME)	D731
74 SUBVENTIONS D'EXPLOITATION ET PARTICIPATIONS	D391,D732,D731,D759,P11
75 AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE	P11
76 PRODUITS FINANCIERS	D41
77 PRODUITS EXCEPTIONNELS	P11,D759,TOF,ONR
78 REPRISES SUR AMORTISSEMENTS, DÉPRÉCIATIONS ET PROVISIONS	ONR
79 TRANSFERTS DE CHARGES	ONR

ONR : opération non reprise en comptabilité nationale ;

TOF : opération reprise dans le tableau des opérations financières en comptabilité nationale.

Annexe 3 : L'enchaînement complet des comptes du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires, y.c. PSPH et budgets annexes) en comptabilité nationale, en milliards d'euros

	2006			2007			2008			2009		
	E	R	S	E	R	S	E	R	S	E	R	S
Production au prix de base												
Consommation intermédiaire		64,6			66,8			69,2			71,4	
1-Compte de production : Valeur ajoutée brute	15,0		49,6	15,8		51,0	16,4		52,8	17,2		54,2
Valeur ajoutée brute		49,6			51,0			52,8			54,2	
Salaires et traitements bruts	30,7			31,5			32,7			32,8		
Cotisations soc. effectives à la charge des employeurs	10,5			10,9			11,2			11,6		
Cotisations soc. imputées à la charge des employeurs	0,6			0,6			0,6			0,5		
Impôts sur la production	3,4			3,6			3,8			3,9		
Subventions d'exploitation	-0,3			-0,3			-0,3			-0,3		
2-Compte d'exploitation : Excédent brut d'exploitation			4,7			4,7			4,7			5,7
Excédent brut d'exploitation		4,7			4,7			4,7			5,7	
Revenus de la propriété		0,0			0,1			0,1			0,1	
Revenus de la propriété	0,4			0,6			0,7			0,5		
3-Compte d'affectation des revenus primaires : Solde des revenus primaires			4,3			4,2			4,1			5,3
Solde des revenus primaires		4,3			4,2			4,1			5,3	
Cotisations sociales imputées		0,6			0,6			0,6			0,5	
Indemnités d'assurance dommage		0,1			0,1			0,1			0,1	
Transferts courants entre administrations publiques reçus (*)		51,0			52,4			54,6			56,3	
Transferts courants divers		0,5			0,4			0,3			0,2	
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	0,6			0,6			0,6			0,5		
Primes nettes d'assurance dommage	0,2			0,2			0,2			0,2		
Transferts courants entre administrations publiques versés (*)	0,0			0,0			0,0			0,0		
Transferts courants divers	0,6			0,5			0,5			0,7		
4-Compte de distribution secondaire du revenu : Revenu disponible brut			55,1			56,2			58,3			60,9
Revenu disponible brut		55,1			56,2			58,3			60,9	
Dépense de consommation finale individuelle	50,7			52,2			53,8			55,9		
5-Compte d'utilisation du revenu : Epargne			4,5			4,1			4,5			5,1
Epargne		4,5			4,1			4,5			5,1	
Transferts en capital reçus		0,2			0,2			0,3			0,4	
Formation brute de capital	5,7			5,8			6,0			5,9		
(vide)	0,0			0,0			0,0			0,0		
(vide)	0,0			0,0			0,0			0,0		
6-Compte de capital : Capacité (+) ou besoin (-) de financement			-1,1			-1,4			-1,4			-0,5

E=emplois, R=ressources, S=solde

Champ : secteur public hospitalier, y compris PSPH et budgets annexes, hors hôpitaux militaires.
Sources : INSEE, Comptes nationaux.

L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010



Willy THAO KHAMSING, Renaud LEGAL (DREES)
Blandine JUILLARD-CONDAT (CHU TOULOUSE)

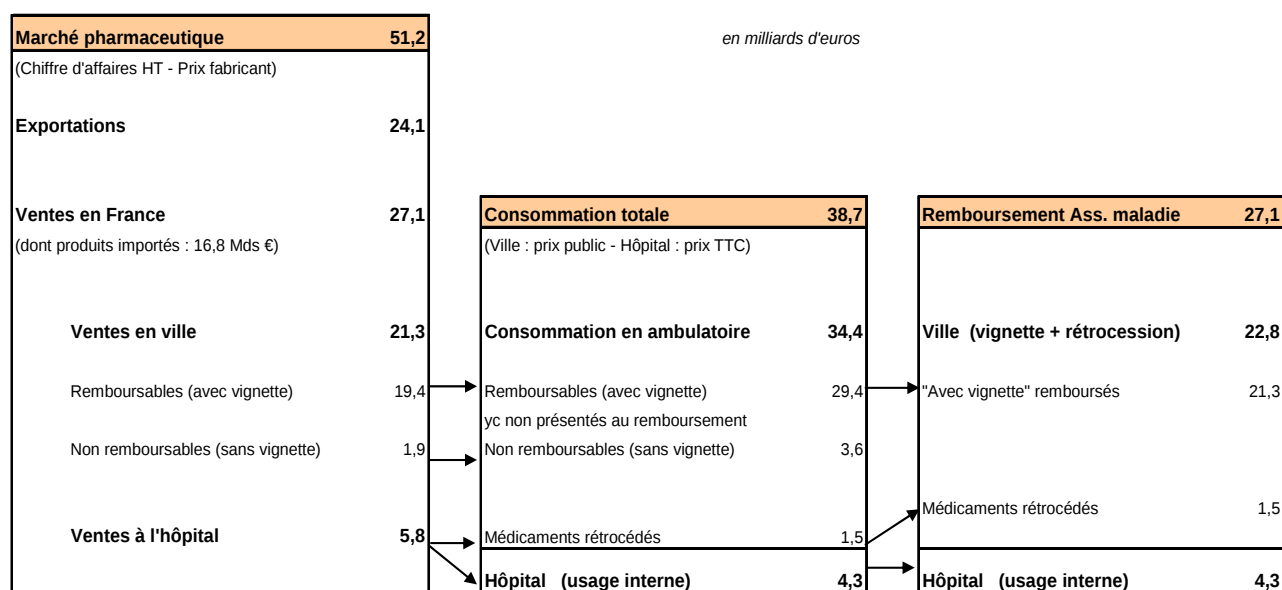
Cet éclairage a pour champ principal les médicaments remboursables. Il ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement aux ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette étude sont donc des montants hors taxes. En 2010, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,4 milliards d'euros, soit une évolution de +0.8 % par rapport à 2009. Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Ensuite l'évolution du marché du médicament remboursable entre 2009 et 2010 est analysée selon trois critères : le taux de remboursement *a priori*, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte (respectivement la plus faible) progression en termes de chiffre d'affaires entre 2009 et 2010.

Quelques éléments de cadrage

Le poste « médicaments » se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, loin devant les honoraires médicaux. En 2010, d'après les *Comptes nationaux de la santé*, la consommation pharmaceutique ambulatoire, qui inclut les médicaments délivrés par les pharmacies d'officine ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, s'élevait à 34,4 milliards d'euros (contre 18,4 milliards d'euros pour les honoraires des médecins de ville). Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : des pharmacies d'officines et des pharmacies à usage interne des établissements de santé (dont les hôpitaux). Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce (Fournier, Lomba ; 2007)¹. Les établissements de santé, *via* leurs pharmacies à usage interne pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés : cette dernière activité est appelée rétrocession (cf. glossaire). Dans ce deuxième cas, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville.

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes. Le marché pharmaceutique français a représenté 51,2 milliards d'euros en 2010, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (24,1 milliards). Les ventes en France entière ont représenté environ 27,1 milliards d'euros, dont plus de la moitié liées à des produits importés (16,8 milliards). Sur les ventes en France entière, 75 % étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (*figure 1*).

Figure 1 : Du marché pharmaceutique au remboursement en 2010 en France



Champ : France entière - Consommation des DOM estimée à 1,2 milliard d'euros.

Sources : LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; Recueil DREES sur le médicament pour l'hôpital ; CNAM - traitement DREES pour la consommation en ville.

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine². Le marché de ville regroupe deux types de médicaments : les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la santé leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS, *figure 2*). Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le

¹ En même temps, la création d'officine fait l'objet d'une procédure d'autorisation délivrée par la préfecture en fonction de la couverture des besoins de la population, compte tenu de la mission de service public assurée par celle-ci (Fournier, Lomba ; 2007).

² Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (par exemple, le paracétamol). Dans ce cas, les produits achetés sans prescription médicale ne pourront donner lieu à remboursement par l'assurance maladie (Lancry, 2007). Cela explique que les médicaments remboursables ne soient pas tous remboursés *in fine*. En 2010, le marché de ville pèse plus de 21 milliards d'euros (*figure 1*). Il est constitué à 91 % de médicaments remboursables et à 9 % de médicaments non remboursables (respectivement 19,4 et 1,9 milliard d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public³.

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie, est administrée : prix public TTC = prix fabricant HT + marge du grossiste-répartiteur + marge du pharmacien + TVA. Le prix des médicaments non remboursables est libre. Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, cf. glossaire), un tarif de prise en charge par l'assurance maladie est publié au *Journal Officiel*. Un accord entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit pour ces médicaments la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé (Lancry, 2007). En définitive, les prix sont largement administrés en France, et plutôt bas par rapport à nos voisins européens. La dépense pharmaceutique élevée de la France s'explique non pas par des prix élevés, mais par des volumes de consommation importants (Grandfils, 2007).

Encadré 1

Les données utilisées

Les données utilisées sont issues de la base 2010 du Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Elle recense pour chaque présentation et pour l'année 2010, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux volumes des ventes des laboratoires aux pharmacies et le prix de vente public toutes taxes comprises (TTC). Le champ d'observation concerne les présentations remboursables en officine de ville en 2009 ou 2010. Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephmra), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Les classes thérapeutiques ne comprenant plus aucun médicament remboursable en 2010 sont exclues du champ. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été appariées avec une base recensant les produits génériques inscrits au répertoire officiel de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Concernant la structuration des données de consommation médicamenteuses, plusieurs niveaux d'analyse peuvent être utilisés, du plus fin au plus large :

- la présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement ;
- le produit correspond à un niveau intermédiaire entre la présentation et la molécule. Il regroupe toutes les présentations d'une même marque quels que soient les dosages, les formes d'administration et les conditionnements. C'est le niveau d'analyse retenu dans cette étude pour les calculs de contribution à la croissance du marché ;
- la molécule regroupe toutes les présentations contenant le même principe actif. La molécule correspond également au niveau V de la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- les classes ATC de niveau 1, 2, 3 ou 4 permettent de regrouper les molécules par classe thérapeutique.

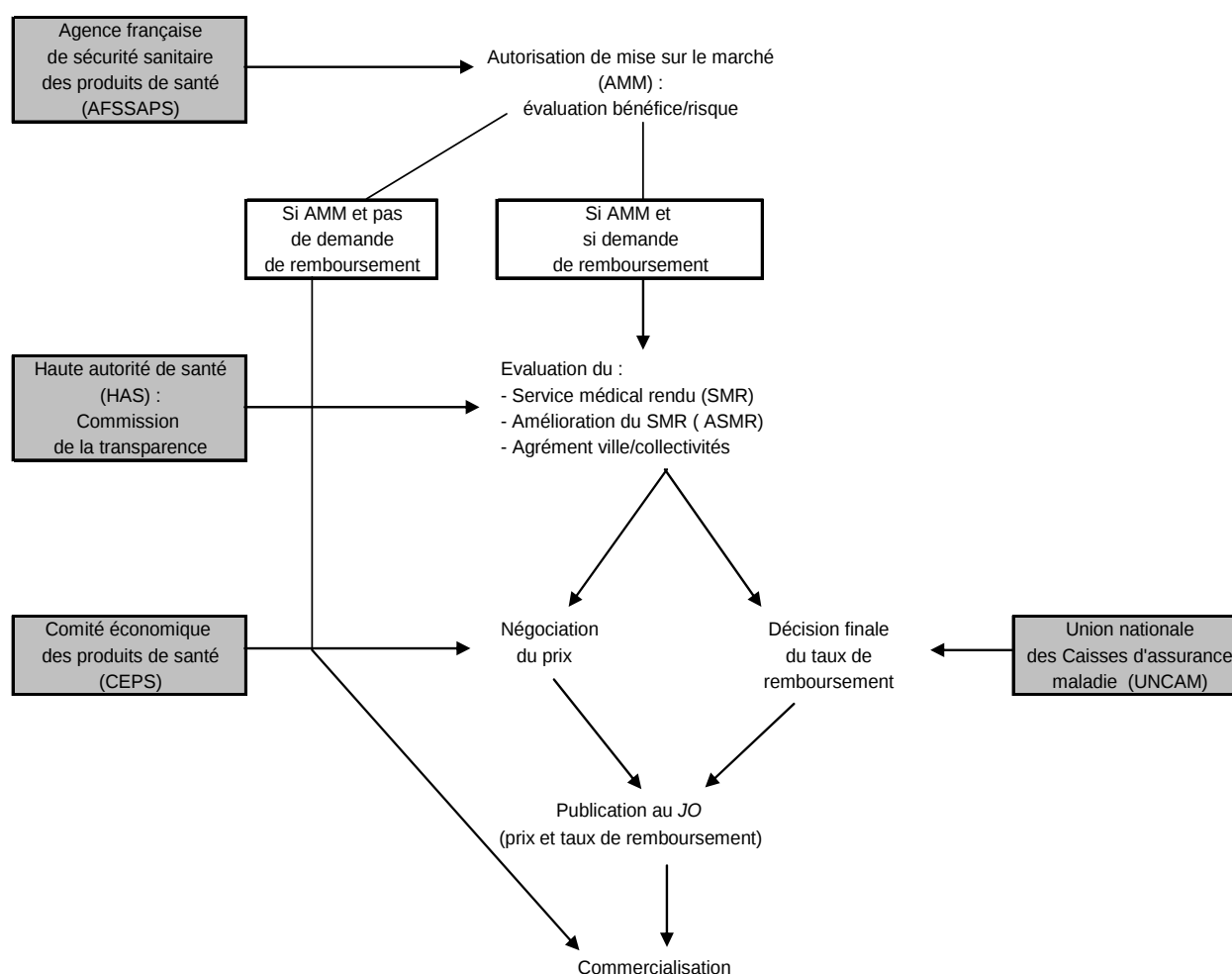
³ Dont les individus doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

Le marché du médicament remboursable

Le marché du médicament remboursable pèse en 2010 plus de 19 milliards d'euros (figure 1). Par rapport à 2009, le marché a cru de 0,8 % en valeur.

Selon le taux de remboursement *a priori*⁴, il est possible de distinguer 3 types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 15 %, à 35 %, à 65 % ou à 100 %. Le taux de remboursement *a priori*, constitue avec le prix le principal outil de régulation des dépenses de médicaments en France. En France, l'évaluation de l'intérêt des médicaments est effectuée par la Commission de la transparence. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute Autorité de Santé, a pour mission de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament [...], et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la « plus-value » thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. L'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement *a priori* du médicament (tableau 1). Le comité économique des produits de santé (CEPS) s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix de vente du médicament (Noguez, 2007).

Figure 2 : Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Source : Grandfils N. : "Fixation et régulation des prix des médicaments en France", *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, juin-décembre 2007.

⁴ Il faut distinguer le taux de remboursement *a priori* du taux de remboursement *a posteriori*. Le taux de remboursement *a priori* correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Au contraire, le taux de remboursement *a posteriori* correspond au taux selon lequel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100 % d'un médicament dont le taux de remboursement *a priori* n'est que de 65 % (Lancry, 2007).

Tableau 1 : Taux de remboursement des spécialités remboursables en 2010

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « grave »	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »
Majeur ou important	65 % (vignette blanche)	35 % (vignette bleue)
Modéré	35 % (vignette bleue)	35 % (vignette bleue)
Faible	15 % (vignette orange)	15 % (vignette orange)
Insuffisant	0 %	0 %

Lecture : Les médicaments ayant un service médical rendu jugé faible et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés *a priori* (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 35 %.

Note : Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », sont remboursables à 100 %.

Sources : art. R. 322-1 CSS.

En 2010, avec un chiffre d'affaires de plus de 14 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65 % représentent en valeur les trois quarts du marché du médicament remboursable, soit une part de marché stable par rapport à 2009, confirmée par une contribution quasi nulle à la croissance des médicaments de cette classe (+0,2 point).

Ce sont les médicaments les plus chers, remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance du marché du médicament remboursable : ils contribuent à la croissance de la valeur totale du marché à hauteur d'1,3 point et leur part de marché progresse à nouveau de près d'un point environ entre les deux années (11,9 % de la valeur totale du marché du médicament remboursable en 2009 contre 13,1 % en 2010). Cela confirme une tendance observée depuis quelques années : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'un fort effet de structure et la consommation pharmaceutique se déforme au profit des produits les plus chers (Lancry, 2007).

La part de marché des médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 35 % chute brutalement entre 2009 et 2010 : 7,4 % en 2010 contre 12,5 % en 2009. Cela tient à la vague de baisse des taux de remboursement intervenue au cours de l'année 2010 au cours de laquelle 457 présentations⁵ ont vu leur taux de remboursement *a priori* passer de 35 % à 15 %⁶ : ces baisses de taux de remboursement ont notamment concerné certains médicaments contre l'acné, la constipation, l'arthrose, les brûlures d'estomac, les troubles cognitifs liés à l'âge ou encore le rhume. Ces médicaments sont plutôt en décroissance, si bien que leur contribution à la croissance du marché est négative en 2010, tant en ce qui concerne les médicaments dont le taux de remboursement est passé à 15 % (-0,4 % de contribution à la croissance) que pour les médicaments dont le taux de remboursement est resté à 35 % (-0,3 %).

Tableau 2 : Le marché global du médicament remboursable en 2009 et 2010 selon le taux de remboursement

		Médicaments remboursables au taux de				TOTAL
		15 %	35 %	65 %	100 %	
Nombre de produits	2009	0	1308	6416	335	8059
	2010	509	865	7196	362	8932
Chiffre d'affaires (en Milliards €)	2009	0,0	2,4	14,6	2,3	19,3
	2010	0,8	1,4	14,6	2,6	19,4
Part de marché (%)	2009	0%	12,5%	75,8%	11,9%	100%
	2010	4,1%	7,4%	75,3%	13,1%	100%
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		-0,4 %	-0,3 %	0,2 %	1,3 %	0,8 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : en 2010, 509 produits sont remboursables à 15 %, représentant 0,8 milliard de chiffre d'affaires, soit 4,1 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits dont le CA est le plus souvent en baisse : la somme de leurs contributions à la croissance du marché est négative, s'établissant à -0,4 %.

⁵ Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. Journal Officiel du 16 avril 2010.

⁶ Seules 5 présentations ont vu leur taux *a priori* passer de 65 % à 15 %.

Encadré 2 : Méthodologie utilisée pour le calcul des contributions

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

Elle a la forme suivante :

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

où $CA_{i,t}$ est le chiffre d'affaires de l'année t pour le produit i . Un produit ayant un fort taux de croissance et une part de marché faible peut ainsi avoir une influence limitée sur l'évolution totale des ventes de médicaments, tandis qu'une classe ayant une forte part de marché et un taux de croissance modéré peut au contraire exercer une incidence plus forte. On obtient la contribution à la croissance d'une catégorie de médicaments (exemples : médicament à 15 %, médicaments génériques, médicaments de moins de 5 ans...) entre les années t et $t-1$ en faisant la somme des contributions des produits constituant cette catégorie pour l'année t . Les produits changeant de catégorie entre l'année $t-1$ et l'année t (par exemple, passage du taux de remboursement de 35 % à 15 %) sont ainsi par convention rattachés pour les deux années à leur catégorie de l'année t .

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

Pour les produits sortis du marché en cours d'année $t-1$, le chiffre d'affaires relatif à l'année t est nul, la contribution à la croissance est donc par construction négative, définie comme le rapport de leur chiffre d'affaires de l'année $t-1$ (en négatif) au chiffre d'affaires de l'ensemble du marché de l'année $t-1$. Les médicaments retirés du marché durant l'année $t-1$ sont par convention rattachés à leur catégorie en $t-1$ pour le calcul de leur contribution à la croissance entre $t-1$ et t . Cette convention concerne principalement les médicaments de plus de 20 ans. Ainsi, le calcul de la contribution à la croissance des produits pharmaceutiques de plus de 20 ans en 2010 inclut tous les médicaments ayant plus de 20 ans en 2010, y compris ceux qui ont une ancienneté de 21 ans en 2010 et qui en 2009 faisaient partie de la catégorie des médicaments ayant entre 10 et 20 ans. Le calcul inclut aussi les médicaments qui avaient plus de 20 ans en 2009 et qui ne sont plus commercialisés en 2010, leur contribution à la croissance du marché entre 2009 et 2010 étant alors par construction négative.

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

L'année 2009 avait été marquée par un élargissement important du répertoire des médicaments génériques (cf. glossaire) dû à l'expiration des brevets de molécules princeps (cf. glossaire) réalisant des chiffres de vente très élevés. La catégorie « princeps générifiables » avait ainsi fortement progressé entre 2008 et 2009, mais la catégorie « génériques » très peu, la plupart des génériques correspondants n'ayant pas encore été commercialisés en 2009 (Juillard Condat et al., 2010). En 2010, c'est chose faite pour la plupart des génériques concernés. Cela explique pourquoi la part de marché de la catégorie « Princeps générifiables » est fortement en recul entre 2009 et 2010 (18,3 % en 2010 contre 23,2 % en 2009 et une contribution à la croissance de -5,2 points), quand au contraire, les génériques continuent leur progression (13,3 % de part de marché en 2010 contre 12 % en 2009 et 11 % en 2008).

Tableau 3 : Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2009 et en 2010 selon le statut du médicament

		Statut du médicament			TOTAL
		Génériques	Princeps générifiables	Hors répertoire	
Nombre de produits	2009	3818	939	3302	8059
	2010	4668	922	3344	8932
Chiffre d'affaires (en milliards €)	2009	2,3	4,5	12,5	19,3
	2010	2,6	3,6	13,3	19,4
Part de marché (%)	2009	12,0%	23,2%	64,8%	100%
	2010	13,3%	18,3%	68,5%	100%
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		1,3 %	-5,2 %	4,7 %	0,8 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : en 2010, 3344 produits ne font pas partie du répertoire des médicaments générifiables, représentant 13,3 milliards de chiffre d'affaires, soit 68,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +4,7 %.

En 2010, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur environ un cinquième du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de +5,1 points. À l'inverse, les médicaments de plus de 10 ans, représentant plus de la moitié du marché, contribuent négativement à la croissance (tableau 4).

Tableau 4 : Âge des produits et contribution à la croissance 2010 des médicaments remboursables

		Tranche d'âge du médicament				TOTAL
		Moins de 5 ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 20 ans	Plus de 20 ans	
Nombre de produits	2009	2055	1432	2386	2186	8059
	2010	2308	1943	2622	2059	8932
Chiffre d'affaires (en milliards €)	2009	4,1	5,2	5,8	4,1	19,3
	2010	3,8	6,1	5,7	3,8	19,4
Part de marché (%)	2009	21,4%	27,0%	30,1%	21,4%	100%
	2010	19,5%	31,2%	29,5%	19,7%	100%
Contribution à la croissance (en points de %, catégorie 2010)		5,1 %	0,6 %	-3,8 %	-1,1 %	0,8 %

Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Note de lecture : en 2010, 2308 produits ont moins de 5 ans, représentant 3,8 milliards de chiffre d'affaires, soit 19,5 % de l'ensemble du marché des médicaments remboursables. Il s'agit de produits globalement en croissance, la somme de leurs contributions à la croissance du marché s'établissant à +5,1 %.

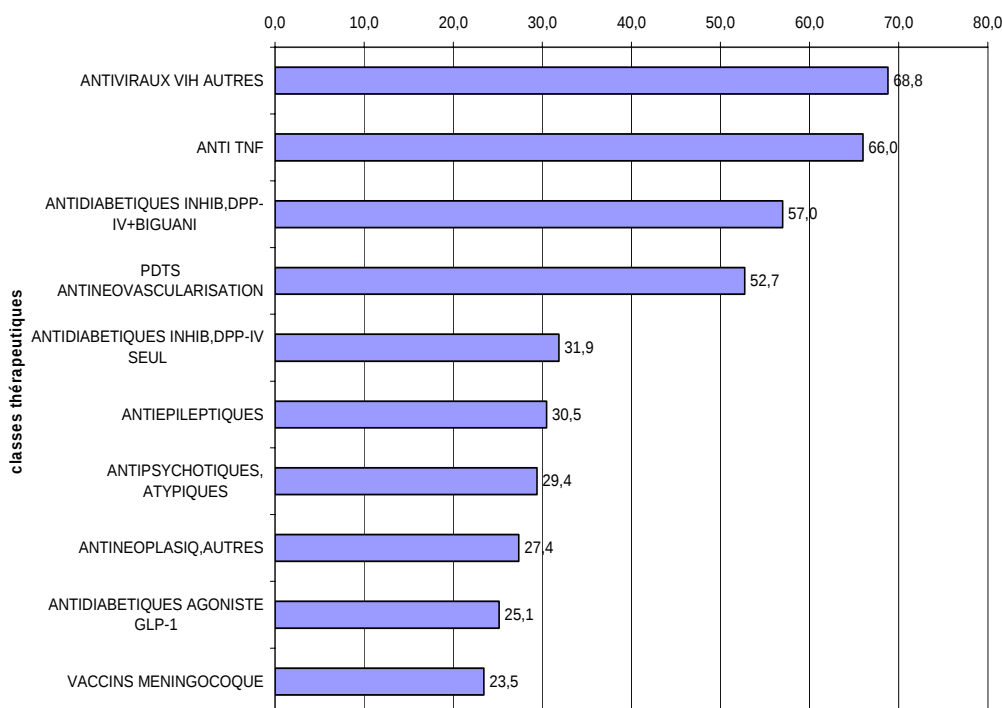
De façon générale, les classes thérapeutiques dont les dépenses ont le plus fortement augmenté entre 2009 et 2010 sont des classes récentes, et destinées à traiter des pathologies chroniques. Les tendances observées sur 2009 se confirment en 2010 : en effet, parmi les 10 classes présentes dans le palmarès en 2010, 7 figuraient déjà dans le palmarès en 2009 :

- les anti-rétroviraux (VIH), dont la croissance est portée par 3 produits : le raltegravir (Isentress®), et le maraviroc (Celsentri®) commercialisés courant 2008, et l'association efavirenz emtricitabine tenofovir (Atripla®) commercialisée en 2009. Le Celsentri® et l'Isentress® sont les premiers représentants de deux nouvelles classes thérapeutiques, l'Atripla® est une association de principes actifs déjà existants (ASMR V) ;
- les anti-TNF (qui figuraient parmi les antirhumatismaux spécifiques en 2009) : les indications de cette classe thérapeutique s'étendent à la dermatologie (psoriasis) et à la gastro-entérologie (maladie de Crohn) ;
- les produits d'antinéovascularisation, classe thérapeutique commercialisée depuis 2007 pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ; notons que la croissance de cette classe va se poursuivre en 2011, du fait de l'octroi d'une nouvelle indication dans le traitement de la baisse visuelle due à l'œdème maculaire diabétique ;
- les antinéoplasiques autres : évérolimus (Afinitor®) commercialisé fin 2009 dans l'indication cancer du rein, ainsi que le nilotinib (Tasigna®) commercialisé courant 2008 dans l'indication leucémie myéloïde chronique ;
- les antiépileptiques dont la croissance est portée par le levetiracétam (Keppra®), commercialisé depuis 2001, et la prégabaline (Lyrica®) commercialisée depuis 2006, également indiquée dans le traitement des douleurs neuropathiques ;
- des antipsychotiques atypiques, dont la croissance est portée par 3 produits : olanzapine (Zyprexa®), et aripiprazole (Abilify®) notamment sous leurs formes orodispersibles ; rispéridone injectable à longue durée d'action (Risperdal®), commercialisée en 2004 ;
- les antidiabétiques inhibiteurs de la dipeptyl peptidase (DPP) IV, nouvelle classe thérapeutique dans le diabète, apparue courant 2008.

Concernant la prise en charge du diabète, il est intéressant de souligner que deux nouvelles classes d'antidiabétiques apparaissent au palmarès des classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte croissance de leur chiffre d'affaires entre 2009 et 2010 : les inhibiteurs de DPP IV associés aux biguanides, ainsi que les agonistes des récepteurs GLP-1.

Enfin, concernant les vaccins méningococciques, leur forte croissance est à relier à une nouvelle recommandation⁷, émise en 2009 par le Haut conseil de la santé publique, portant sur la vaccination systématique des nourrissons de 12 à 24 mois par un vaccin méningococcique C conjugué. Cette vaccination n'était recommandée jusqu'à présent que pour certains groupes à risques.

Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffres d'affaires (en millions d'euros) entre 2009 et 2010



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Trois facteurs explicatifs principaux permettent d'éclairer le palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant présenté la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2009 et 2010 :

- des facteurs épidémiologiques : pour les classes autres vaccins (vaccin contre le papillomavirus humain, du fait de l'atteinte d'un plateau de vaccination) et antiviraux grippe (oseltamivir utilisé dans l'épidémie H1N1) ;
- l'apparition de génériques de médicaments représentant un chiffre d'affaires important : antirhumatismaux non stéroïdiens (diacérine), antiagrégants plaquettaires (clopidogrel), antagonistes calciques seuls (lercanidipine), antiviraux herpès (valaciclovir), antagonistes de l'angiotensine II seuls (losartan) et associés aux diurétiques (losartan+hydrochlorothiazide) ;
- la baisse du taux de remboursement de 35 % à 15 %⁸, qui a concerné certains antirhumatismaux non stéroïdiens.

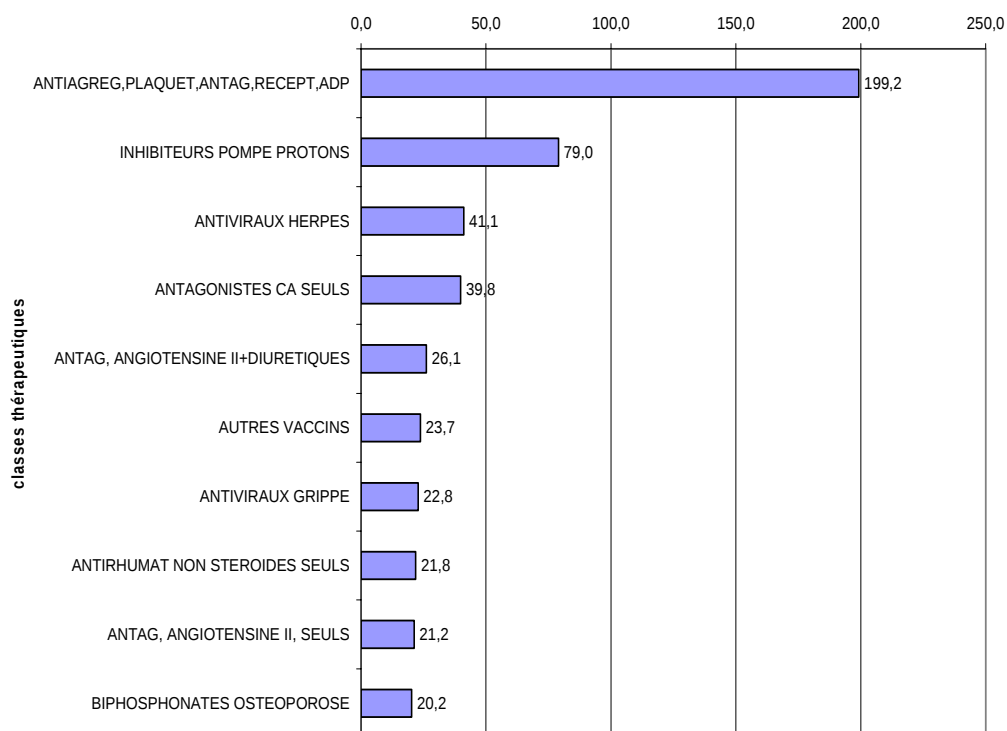
Notons également que les alertes de sécurité sanitaire, notamment sur les antirhumatismaux non stéroïdiens (réévaluation de leur sécurité d'utilisation⁹) ont pu participer à la baisse du chiffre d'affaires constatée sur cette classe. Si l'année 2010 a été notamment celle de la réévaluation du service médical rendu par la Haute autorité de santé (HAS), l'année 2011 sera marquée par la réévaluation du rapport bénéfice/risque et la mise en place d'une surveillance sanitaire renforcée sur de nombreux médicaments. Il est vraisemblable que ces mesures auront un impact sur les ventes de certaines classes thérapeutiques.

⁷ Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de séro groupe C. 2009.

⁸ Avis relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques. Journal officiel du 16 avril 2010.

⁹ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Kétoprofène par voie orale - Information relative à la posologie maximale journalière et à la sécurité d'emploi - Lettre aux professionnels. Août 2010.

**Palmarès des 10 classes thérapeutiques ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaire
(en millions d'euros) entre 2009 et 2010**



Sources : LEEM-GERS, traitement DREES.

Bibliographie

- Juillard-Condat B., Legal R., Thao Khamsing W. (2010) : « Le marché du médicament remboursable en ville en 2009 », *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES, septembre 2010.
- Thao-Khamsing W. (2009) : « Le marché du médicament remboursable en 2008 », *Études et Résultats*, n° 729, DREES, mai 2010.
- Collet M., de Kermadec C. (2009) : « Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006 », *Études et Résultats*, n° 703, septembre 2009, DREES.
- Fournier P., Lomba C. (2007) : « Petit commerce, grande dépendance. Les pharmacies entre pouvoirs publics et industriels ». *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Grandfils N. (2007) : « Fixation et régulation des prix des médicaments en France », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Lancry P.-J. (2007) : « Médicament et régulation en France », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Nouguez E. (2007) : « La définition des médicaments génériques : entre enjeux thérapeutiques et économiques. L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Bernardet S., Collet M. (2004) : « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires », *Études et Résultats*, n° 303, avril 2004, DREES.

Glossaire

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

Classe thérapeutique : une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui a été utilisée, autorise quatre niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^e niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^e et 4^e niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). La classification EPHMRA 2008 compte 18 groupes principaux de niveau 1 et 401 sous-groupes de niveau 4. 354 concernent les médicaments remboursables en 2009 et 2010 : ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet article.

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

Présentation : une présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement. « Efferalgan® 1 g comprimé effervescent par 8 », et « Efferalgan® 80mg poudre effervescent pour solution buvable en sachet par 12 » sont, par exemple, deux présentations d'un même produit.

Molécules onéreuses : un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital dont la liste est définie au niveau national sont remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. [...] Cette liste contient en 2007 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (Grandfils, 2007).

Médicaments rétrocedés : les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. [...] L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En septembre 2006, cette liste contenait une centaine de molécules (Grandfils, 2007).

Princeps : on désigne par médicament princeps, le médicament original : c'est le premier prototype breveté.

Médicaments génériques : en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques : les spécialités remplissant les conditions pour être spécialité de référence dans un groupe générique déjà existant peuvent être inscrites par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au répertoire des groupes génériques dans ce même groupe, jusqu'à ce qu'une autorisation de mise sur le marché soit délivrée pour une spécialité générique de ces spécialités. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité, sont indiqués : son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

Fiches



1.1 La Consommation de soins et biens médicaux

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux ont été revus. L'écart du niveau de la CSBM entre la base 2000 et la base 2005 est d'environ 5 milliards d'euros (cf. annexe 1). Les révisions principales portent sur les soins hospitaliers et de médecins, sur l'automédication et sur l'exclusion des SSAD désormais retracés avec les soins de longue durée aux personnes âgées.

En base 2005, la **Consommation de soins et biens médicaux** qui constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé, est évaluée pour l'année 2010 à 175 milliards d'euros. Elle progresse de 2,3 % en valeur et de 2 % en volume, les prix augmentant de 0,3 % par rapport à 2009.

En 2010, la CSBM représente 9 % du PIB et 12,2 % de la consommation effective des ménages, ces deux agrégats ayant également été révisés à l'occasion du changement de base. La CSBM s'élève à 2 698 euros par habitant en 2010.

En base 2005, la part des soins hospitaliers est toujours prépondérante puisqu'elle représente 46,4 % de la CSBM en 2010. Viennent ensuite les soins de ville (hors produits de santé) avec 25,1 % de la CSBM, puis les médicaments avec 19,7 %. Les « autres biens médicaux » en représentent 6,6 % et les transports de malades seulement 2,2 %. Cette structure a légèrement évolué entre 2005 et 2010 : la part des médicaments a diminué tandis que celles des « autres biens médicaux » et des transports sanitaires augmentaient.

Si l'on considère la période 2000-2005 (selon les comptes de la base 2000), c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide : +6 % par an en moyenne. Les années 2005-2006 avaient ensuite connu un net ralentissement de la croissance des dépenses, sur un rythme

inférieur à 4 %. Après une évolution plus dynamique en 2007 (+4,3 %), le ralentissement est continu depuis 2008 et s'accroît en 2010, avec une croissance de 2,3 % seulement après +3,2 % en 2009 et +3,3 % en 2008. C'est le plus faible taux de croissance depuis 1996. Il est dû en partie à l'absence d'épisode grippal important en 2010, ceux-ci ayant atteint leur pic en décembre 2009 et en janvier 2011, ainsi qu'au ralentissement de la consommation de médicaments.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2010, ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (0,4 point) à égalité avec les autres biens médicaux (0,4 point), les médicaments ayant une contribution de 0,2 point seulement.

En termes de volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à la croissance en 2010 (+0,7 point) ainsi que les soins hospitaliers (+0,6 point). Mais là aussi, la contribution des soins de ville (+0,3 point) n'est pas plus élevée que celle des autres biens médicaux (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est très faible en 2010 : +0,3 % comme en 2008 et 2009. Ce sont les progressions les plus faibles enregistrées depuis quinze ans.

En 2010, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,3 % et celui des soins de ville de 0,5 %. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution : -2,2 % en 2010 après -2,6 % en 2009 et -2,3 % en 2008. La poursuite des mesures de baisse de prix et le poids croissant des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques (cf. annexe 3.5 sur le mode de calcul des prix des médicaments).

Définitions

Consommation de soins et biens médicaux : en base 2005, elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète),
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend ni les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements, ni la dépense de Services de soins à domicile (SSAD).

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Document de travail, DREES, à paraître.

La Consommation de soins et biens médicaux 1.1

Consommation de soins et biens médicaux

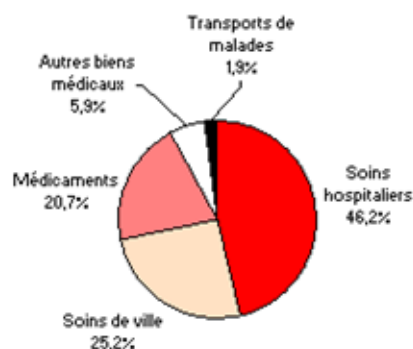
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	115 121	151 208	157 294	163 970	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
Soins hospitaliers	52 669	67 580	70 036	72 471	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
Secteur public	40 802	52 431	54 264	56 001	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750
Secteur privé	11 866	15 149	15 773	16 470	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
Soins de ville	31 223	40 907	42 785	45 003	37 372	38 822	40 739	42 066	43 191	43 953
Médecins	15 191	19 068	19 861	20 823	16 485	17 075	17 840	18 236	18 534	18 408
Auxiliaires médicaux	6 294	8 853	9 453	10 248	8 071	8 553	9 273	9 856	10 437	11 009
Dentistes	6 668	8 721	9 079	9 395	8 740	9 016	9 315	9 558	9 715	9 947
Analyses de laboratoires	2 795	3 974	4 102	4 233	3 769	3 869	3 993	4 099	4 188	4 261
Cures thermales	275	290	290	304	307	309	319	317	317	328
Médicaments	23 631	31 466	32 421	33 637	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449
Autres biens médicaux *	5 713	8 433	8 968	9 624	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
Transports de malades	1 886	2 823	3 083	3 235	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
Evolution Valeur	4,8	4,4	4,0	4,2		3,8	4,3	3,3	3,2	2,3
de la CSBM Prix	1,1	1,3	0,7	0,8		0,5	0,9	0,3	0,3	0,3
(en %) Volume	3,7	3,1	3,3	3,4		3,3	3,4	3,0	2,8	2,0

* Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), petits matériels et pansements.

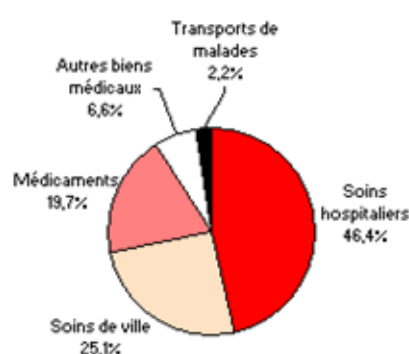
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 2005



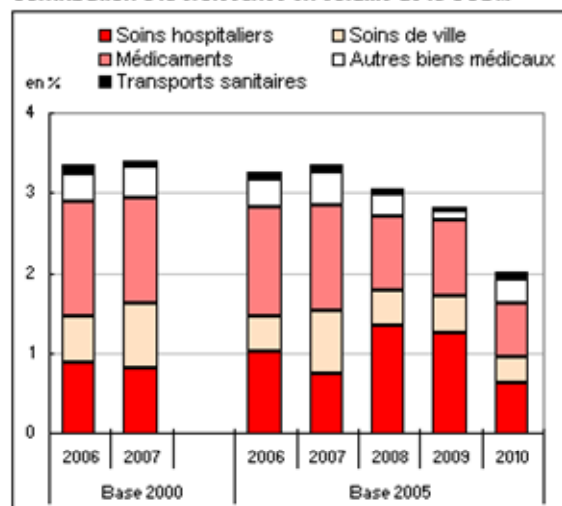
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la CSBM en 2010



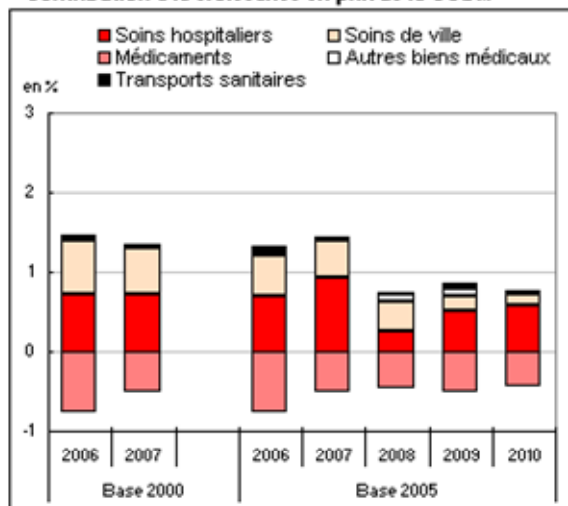
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Contribution à la croissance en volume de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Contribution à la croissance en prix de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.2 La consommation de soins hospitaliers

En base 2005, le contour des soins hospitaliers est modifié. L'approche « Lieu d'exécution des soins » est privilégiée pour la construction des Comptes de la santé. Les soins hospitaliers comprennent les consultations externes des hôpitaux publics, ainsi que la totalité des honoraires perçus en établissement privé.

Avec 81,2 milliards d'euros en 2010, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 2,6 % en valeur et 1,4 % en volume en 2010 : +2,5 % en valeur et +1,0 % en volume dans le **secteur public**, +3,1 % en valeur et +2,6 % en volume dans le **secteur privé**. Notons qu'en base 2005, le secteur privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les médecins libéraux exerçant dans le secteur privé, dans une logique de lieu d'exécution, ce qui n'était pas le cas en base 2000 (encadré).

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 61,8 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée, exclues du champ de la santé en comptabilité nationale. Par convention, la consommation de soins du secteur public (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, supplément chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

Cette consommation progresse de 2,5 % en valeur, soit 1,1 point de moins qu'en 2009

(+3,6 %). Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000, principalement en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance des prix de la consommation dans le secteur hospitalier public s'établit en effet à 1,5 % en 2010 et celle des volumes à 1,0 %.

Dans les Comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé pour les comptes provisoire et semi-définitif à partir de l'évolution des coûts des facteurs de production et non à partir de l'évolution de l'activité. Pour le compte définitif en revanche, un indice de volume de l'activité est directement estimé à partir d'un certain nombre d'indices de quantité, par la méthode dite de l'output (cf. annexe 3.2).

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2009 à 19,5 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux perçus en établissement privé ainsi que les analyses médicales effectuées sur ce lieu d'exécution. Sa croissance en valeur ralentit par rapport à 2009 : +3,1 % en 2010 après +4,7 % en 2009.

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). En 2010, l'évolution des prix (+0,5 %) reflète l'augmentation des prix des **séjours** (+0,6 %) et celle des honoraires des praticiens et des analyses (+0,3 %) ; le rythme de croissance des prix reste stable par rapport à celui de l'année 2009. La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est de +2,6 % en 2010, contre +4,1 % en 2009.

Définitions

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé participant au service public hospitalier (PSPH) et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral (dits ex PJP) ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour la dotation globale (également à but non lucratif) ; depuis 2004, ils sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel (à but non lucratif non PSPH) ; depuis 2004, ils sont eux aussi financés par diverses dotations et par la T2A.

Frais de séjour : tarification à l'activité, médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus des GHS, forfaits annuels, forfaits journaliers.

Pour en savoir plus

Éclairage sur les Comptes des hôpitaux publics, p. 163 et annexe 3, p. 264.

La consommation de soins hospitaliers 1.2

Consommation de soins hospitaliers

en millions d'euros

			Base 2000				Base 2005					
			2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble			52 669	67 580	70 036	72 471	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
Evolution	Valeur		2,6	5,0	3,6	3,5		3,7	3,6	3,5	3,8	2,6
(en %)	Prix		2,1	2,4	1,6	1,6		1,5	2,0	0,5	1,1	1,3
	Volume		0,5	2,5	2,0	1,8		2,2	1,6	2,9	2,7	1,4
Secteur public *			40 802	52 431	54 264	56 001	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750
Evolution	Valeur		3,1	4,6	3,5	3,2		3,5	3,4	3,0	3,6	2,5
(en %)	Prix (input-output)		2,6	2,3	1,8	1,9		1,8	2,1	0,4	1,3	1,5
	Volume		0,5	2,3	1,7	1,3		1,7	1,3	2,6	2,2	1,0
Secteur privé **			11 866	15 149	15 773	16 470	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
Evolution	Valeur		1,1	6,0	4,1	4,4		4,6	4,4	5,0	4,7	3,1
(en %)	Prix (tarif)		0,5	2,7	1,0	0,7		0,6	1,6	1,0	0,5	0,5
	Volume		0,6	3,2	3,1	3,7		4,0	2,8	3,9	4,1	2,6

* y compris consultations externes en base 2005, non compris en base 2000.

** base 2000 : honoraires en hospitalisation complète uniquement.

** base 2005 : ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée.

Note sur les prix : prix du secteur public = indice output pour 2006-2008, indice input (coût des facteurs) pour 2009-2010.

prix du secteur privé = indice de tarif (comprenant aussi l'évolution du forfait journalier).

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Dans le rapport de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée, l'ATIH présente l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé.

Les dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2010 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total
ODMCO (1)	34,97	9,90	44,87
MIGAC	7,72	0,08	7,80
ODAM (2)	15,31	0,001	15,31
OGN psy-ssr (3)		2,35	2,35
Total	58,00	12,33	70,33
Autres (4)	n.d.	n.d.	n.d.

total ONDAM hospitalier 70,8

(1) activité (y compris dialyse et HAD), médicaments et DMI en sus, forfaits annuels.

(2) pour hôpitaux publics : hôpitaux locaux, USLD, psychiatrie, SSR. Pour les hôpitaux privés : USLD.

(3) pour hôpitaux privés uniquement.

(4) pour hôpitaux publics et privés : FMESPP, conventions internationales, établissements hors territoire.

Sources : rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, rapport CCSS, juin 2011.

Les Comptes de la santé retracent quant à eux la consommation totale de soins hospitaliers, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et non les seules dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Sont ainsi comptabilisées dans les Comptes de la santé les dépenses prises en charge par l'État, le Fonds CMU, les organismes complémentaires et les ménages, ainsi que les dépenses des hôpitaux publics non financées (déficit). Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les dépenses des USLD. En base 2005, les soins du secteur privé comme du public incluent l'ensemble des honoraires des professionnels de santé perçus dans les établissements.

Au total, en 2010, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 73,8 milliards d'euros (cf. fiche 4.2), dont 57,0 milliards pour le secteur public et 16,8 milliards pour le secteur privé.

L'activité de MCO représente 63 % de la dépense remboursée par l'Assurance maladie. Pour le secteur public, les dépenses relatives à l'activité MCO ont augmenté de 2,7 % selon l'ATIH en 2010, tandis que l'évolution de ces mêmes dépenses dans le secteur privé était de 2,2 %.

1.3 L'offre hospitalière

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale ou hors DG) et non sur leur statut juridique (cf. *fiche 1.2*).

En revanche, l'enquête **SAE**, qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique. Au 31 décembre 2009, on dénombre 2 751 **établissements** disposant de capacités d'accueil :

- 966 établissements publics ;
- 734 établissements privés d'intérêt collectif ;
- 1 051 établissements privés à but lucratif.

En court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent nettement en 2009 par rapport à 2008 (+6,1 %), alors qu'elles se stabilisent en hospitalisation complète.

En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent légèrement depuis 2003. En 2009, la hausse est de 1,0 %. Si le recours à l'hospitalisation partielle en psychiatrie est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées est récente mais n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En hospitalisation complète, les capacités restent stables (-0,3 %).

En **SSR**, le nombre de lits continue à croître dans l'ensemble des établissements : +1,1 % en 2009 après une hausse de 1,8 % en 2008. La hausse est en particulier due au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en 5 ans. Les places d'hospitalisation partielle croissent elles aussi

fortement : +4,2 % en 2009 après +7,4 % en 2008.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil reculent nettement en 2009 (-22,4 %), notamment à l'hôpital public et dans le secteur privé à but non lucratif, du fait de la transformation des unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de leur sortie du champ sanitaire (cf. *fiche 2.2*).

En 2009, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé s'établit à un peu plus de 177 000, en hausse de 2,5 % par rapport à 2008. La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs. Le nombre de médecins libéraux augmente dans les cliniques privées mais diminue dans les établissements publics et privés à but non lucratif, dans lesquels exercent 14,2 % des libéraux. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement ou de façon non exclusive. Dans le secteur public, qui concentre les deux tiers des emplois médicaux, les effectifs des médecins salariés continuent de croître en 2009 : +1,6 % en équivalents temps plein (ETP).

En 2009, le **personnel non médical** (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) représente un million d'équivalents temps plein, soit une augmentation de 0,9 % par rapport à 2008. Les trois quarts des ETP non médicaux sont employés dans les hôpitaux publics (830 000 ETP fin 2009), le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

Définitions

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Établissement de santé : dans le secteur public, l'interrogation se fait au niveau des entités juridiques et dans le secteur privé, au niveau des établissements géographiques.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ; **SSR** : Soins de suite et de réadaptation.

Emplois médicaux : médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'interne (FFI).

Personnel soignant : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs et psychologues.

Pour en savoir plus

DREES, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2011*, collection « Études et statistiques », à paraître.

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 144, DREES, mai 2010.

« Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », A. Fizzala, *Études et résultats*, n° 605, DREES, octobre 2007.

L'offre hospitalière 1.3

Capacité des établissements hospitaliers

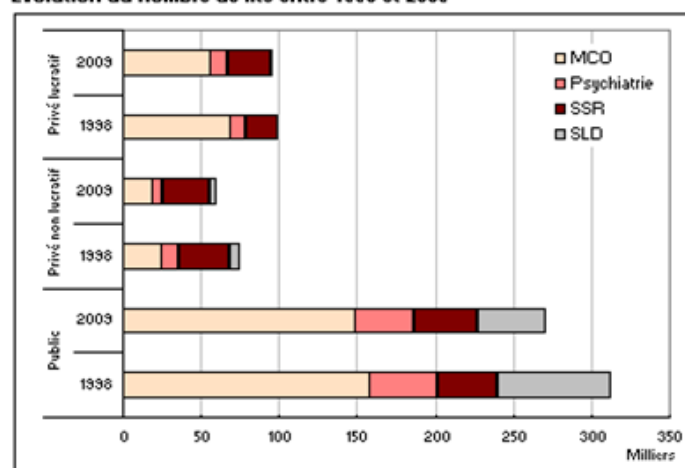
au 31 décembre 2009

	MCO (courte durée)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	TOTAL	Part en %
Hospitalisation complète (en lits)	223 224	56 947	99 095	47 966	427 232	100,0
Secteur public	148 558	38 191	40 888	43 420	271 057	63,4
Secteur privé à but non lucratif	18 529	7 378	30 161	3 647	59 715	14,0
Secteur privé à but lucratif	56 137	11 378	28 046	899	96 460	22,6
Hospitalisation partielle (en places)	24 747	27 983	7 816		60 546	100,0
Secteur public	11 895	22 304	2 102		36 301	60,0
Secteur privé à but non lucratif	2 420	5 024	3 598		11 042	18,2
Secteur privé à but lucratif	10 432	655	2 116		13 203	21,8

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

Évolution du nombre de lits entre 1998 et 2009

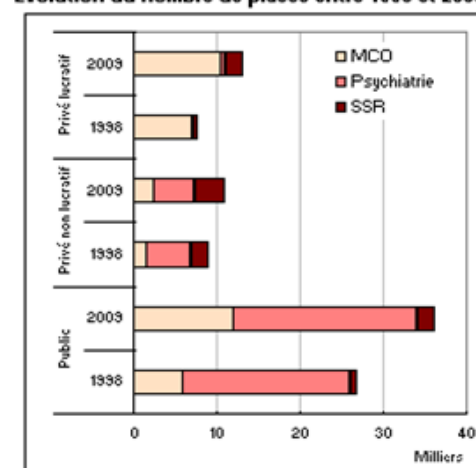


NB : pour l'année 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

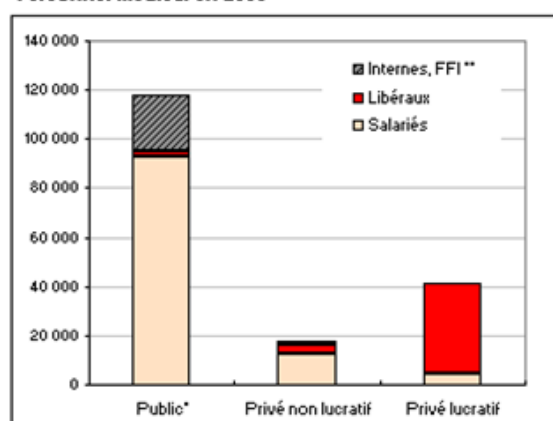
Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 1998 et 2009, données statistiques.

Évolution du nombre de places entre 1998 et 2009



Personnel médical en 2009



* Pas de libéraux dans le secteur public sauf dans les hôpitaux locaux.

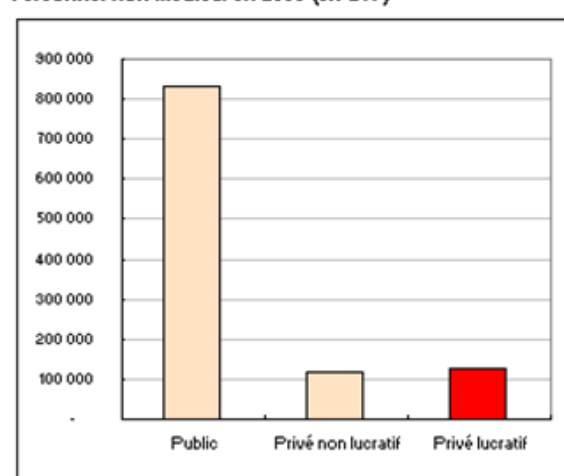
** FFI : faisant fonction d'interne.

NB : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

Personnel non médical en 2009 (en ETP)



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

1.4 La consommation de soins de médecins

En base 2005, avec l'optique « Lieu d'exécution des soins » retenue pour la construction des Comptes de la santé, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des médecins de ville : ils ne comprennent 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) ; ils comprennent en revanche les actes d'anatomocytopathologie qui étaient classés avec les analyses en base 2000. Au total, ces soins diminuent de plus de 3 milliards en 2009 par rapport au niveau de la base 2000.

En base 2005, la consommation de **soins de médecins de ville** (cabinets libéraux et dispensaires) est évaluée à 18,4 milliards d'euros. 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 très faible hausse : +1,6 % en 2009 et +2,2 % en 2008. Ce net ralentissement des dépenses en 2010 est dû essentiellement à l'absence de grippe (les pics des épisodes de grippe se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épargnant ainsi l'année 2010).

Ainsi, bien que persistent des facteurs de croissance des volumes tels que :

- l'augmentation du nombre global des actes techniques, notamment d'IRM et de scanners (qui connaissent une croissance supérieure à 10 % par an depuis 2005) ;
- une déformation de la structure avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes,
- l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires (le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer ayant progressé ces dernières années notamment chez les spécialistes où leur part est passée de 11 % en 1999 à 17 % en 2010), l'absence de grippe en 2010 a entraîné une

diminution des dépenses de soins de médecins, en particulier pour les généralistes.

L'absence de revalorisation tarifaire a aussi contribué à cette évolution. L'augmentation du prix des soins de médecins reste en effet faible pour la troisième année consécutive : +0,3 % en 2010 après +0,2 % en 2009 et +1,5 % en 2008. Cette évolution fait suite à deux années de forte croissance des prix, 2006 et 2007, au cours desquelles plusieurs effets s'étaient cumulés :

- la création en 2005 de la **CCAM**, ce changement de nomenclature s'étant traduit par des hausses de tarifs ;
- la revalorisation des honoraires des omnipraticiens en août 2006 puis en juillet 2007 ;
- le développement de la part des forfaits dans la rémunération des médecins.

La progression des prix en 2008 (+1,5 %) s'expliquait par l'effet en année pleine de la revalorisation de la consultation de généraliste en juillet 2007.

En 2009-2010, restent comme seuls facteurs de hausse la progression des forfaits **CAP** pour les généralistes et celle des dépassements pour les spécialistes.

L'évolution du total des honoraires moyens hors dépassements des médecins en activité complète et exclusivement libérale s'est ralentie depuis 2008, pour les généralistes comme pour les spécialistes. Le taux d'évolution des honoraires hors dépassements des omnipraticiens recule même en 2010 de 1,8 % ; de même, celui des médecins spécialistes a ralenti, passant de +3,4 % en 2007 à +2,4 % en 2010.

On observe en revanche une reprise de la hausse des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 : +3,9 % en 2010 après + 5,3 % en 2009.

Définitions

Soins de médecins : dans les Comptes de la santé, ils excluent les honoraires des médecins perçus en clinique privée.

CCAM : classification commune des actes médicaux, qui a remplacé en 2005 la Nomenclature générale des activités professionnelles basée sur les lettres-clés, et revalorisé certains actes.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée après signature d'un Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant la prise en compte le temps passé pour accompagner les patients en ALD.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », fiche 10-5, « Honoraires et revenus des médecins au titre d'une activité libérale.

« Les médecins exerçant en secteur 2 », *Point d'information*, CNAMTS, mai 2011.

« Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », V. Bellamy, *Études et Résultats*, n° 735, DREES, juillet 2010.

La consommation de soins de médecins 1.4

Consommation de soins de médecins

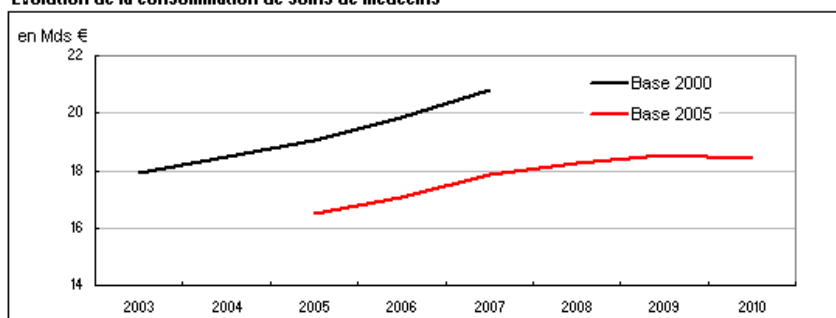
	Base 2000 *				Base 2005 **					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation (en millions €)	15 191	19 068	19 861	20 823	16 485	17 075	17 840	18 236	18 534	18 408
Évolution (en %) Valeur	4,8	3,2	4,2	4,8	3,0	3,6	4,5	2,2	1,6	-0,7
Prix	0,6	2,7	4,6	3,4	2,4	3,8	3,0	1,5	0,2	0,3
Volume	4,1	0,5	-0,4	1,4	0,5	-0,2	1,4	0,7	1,4	-1,0

* y compris consultations externes, hors honoraires en hospitalisation privée complète (HHP).

** hors consultations externes, hors tous honoraires perçus en établissements privés, y compris actes d'anatomo-cytopathologie.

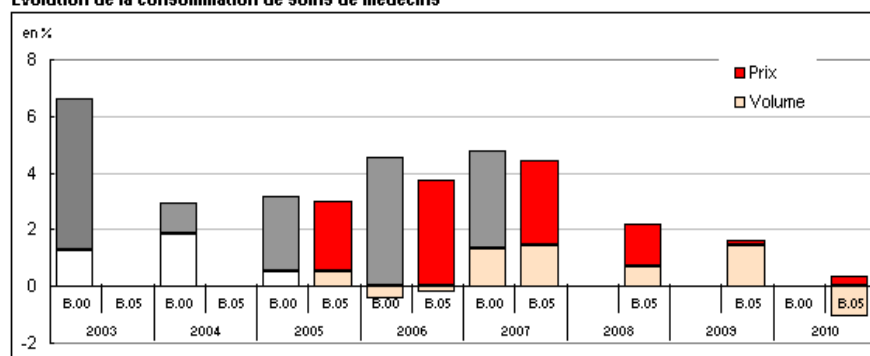
Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins



Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins



Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux *

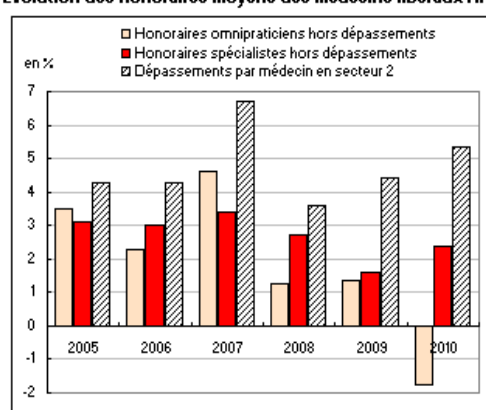
	2006	2007	2008	2009	2010
Généralistes					
Honoraires totaux (millions €/an)	7 647	8 004	8 097	8 190	8 004
Évolution en %		4,7	1,2	1,1	-2,3
Dépassements (millions €/an)	364	362	367	358	343
Évolution en %		-0,4	1,3	-2,4	-4,1
Part des dépassements (en %)	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3
Spécialistes					
Honoraires totaux (millions €/an)	11 709	12 114	12 450	12 632	12 883
Évolution en %		3,5	2,8	1,5	2,0
Dépassements (millions €/an)	1 753	1 884	1 961	2 065	2 144
Évolution en %		7,5	4,1	5,3	3,9
Part des dépassements (en %)	15,0	15,6	15,8	16,3	16,6

* Honoraires remboursables des médecins libéraux (France métropolitaine).

Champ : honoraires des médecins y compris honoraires perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée.

Sources : CNAIMTS - SNIR, calculs DREES.

Évolution des honoraires moyens des médecins libéraux APE *



* APE : activité à part entière

Sources : CNAIMTS - SNIR, traitement DREES.

1.5 Les effectifs de médecins

Au 1^{er} janvier 2011, on compte plus de 208 700 médecins en France métropolitaine et 4 700 dans les DOM dans le répertoire **ADELI**. En métropole, les médecins libéraux et mixtes (au nombre de 122 800) représentent 58,8 % de l'ensemble des médecins. Ce pourcentage a légèrement diminué entre 2000 et 2011, passant de 60,3 % à 58,8 %.

Entre 2000 et 2011, dans le **SNIR**, la part des effectifs d'omnipraticiens dans l'ensemble des médecins libéraux a très peu varié, passant de 53,3 % à 52,7 %.

En 2011, parmi les médecins de secteur 1 (conventionnés), le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,1 %) pour la première fois depuis 2006 ; celui des spécialistes recule de 0,6 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 3,6 % des effectifs, qui s'accroît au fil des ans (-2 % en 2006) ; le nombre des spécialistes progresse encore (+1,2 % en 2011), mais à un rythme toujours décroissant depuis 2005. La part des généralistes exerçant en secteur 2 est de 11 % en 2011 alors qu'elle atteint 41 % chez les spécialistes. Au total, un médecin sur quatre pratique des dépassements, soit une proportion identique à celle observée en 2000. Seuls les anciens chefs de clinique ou assistants des hôpitaux peuvent choisir le secteur 2. Ils ne bénéficient alors pas de la prise en charge par la Sécurité sociale des deux tiers de leurs charges sociales ; cet avantage est réservé aux praticiens du secteur 1 qui appliquent les tarifs conventionnels. Cela explique en partie les honoraires plus élevés des médecins du secteur 2.

Au 1^{er} janvier 2011, la densité moyenne de praticiens par rapport à la population est de 334 médecins pour 100 000 habitants en métropole (255 dans les DOM), contre 339 en 2010. Elle est maximale en région PACA avec 411 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (408). La densité de médecins est plus élevée dans tout le sud de la France

qu'elle ne l'est dans les régions du nord et du centre. La structure de l'offre est en outre très variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 58 % de spécialistes pour 42 % d'omnipraticiens en 2011, tandis qu'en Nord-Pas-de-Calais, les proportions s'inversent avec 46 % de spécialistes et 54 % d'omnipraticiens. Les villes ont également des densités plus fortes que les communes rurales : la densité de médecins dépasse 500 pour 100 000 dans les grandes agglomérations et descend au-dessous de 200 dans les communes de moins de 5 000 habitants

La profession se féminise de plus en plus : les femmes représentent le quart des praticiens de 60 ans et plus, mais 57 % des praticiens de moins de 40 ans. Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie (à 89 %), endocrinologie, dermatologie, pédiatrie, ou génétique (à plus de 60 %) par exemple. Et si trois chirurgiens sur quatre sont des hommes en 2011, le nombre de femmes chirurgiens augmente fortement dans les jeunes générations : 39 % des chirurgiens de moins de 35 ans sont des femmes. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent le tiers des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2009. Toutefois, en raison du fort abaissement du *numerus clausus* intervenu dans les années 80-90, le nombre de médecins devrait maintenant diminuer et ce jusqu'en 2019. Il devrait croître à nouveau à partir de 2020, sous l'hypothèse de comportements d'activité constants et d'un *numerus clausus* progressivement porté à 8 000 (contre 8 500 en 1971 et 3 500 en 1993) et maintenu à ce niveau jusqu'en 2020. À l'horizon 2030, la France métropolitaine compterait ainsi presque autant de médecins qu'aujourd'hui. Mais si le *numerus clausus* était maintenu à 7 400, son niveau observé en 2009 et 2010, l'effectif de médecins serait inférieur en 2030 de 4,6 % à celui observé en 2006.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée). À champ comparable, ADELI recense 118 000 médecins libéraux contre 116 000 dans le SNIR.

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

« Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 157, DREES, juin 2011.

« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

Les effectifs de médecins 1.5

Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

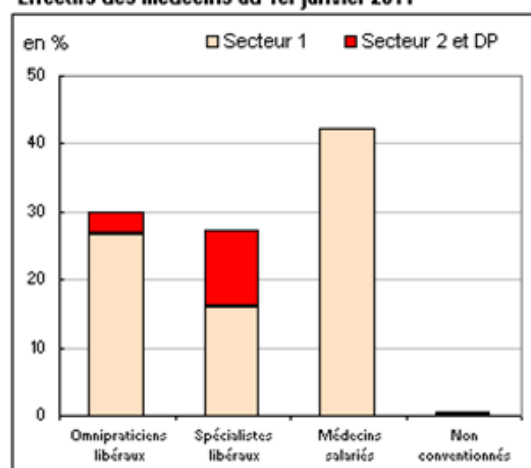
au 1er janvier

SNIR	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2010
Omnipraticiens libéraux	60 823	60 975	61 224	61 294	61 359	61 315	60 974	-0,6%
Secteur 1	51 640	52 602	52 994	53 289	53 562	53 734	53 662	-0,1%
Secteur 2	8 536	7 552	7 404	7 196	7 010	6 798	6 556	-3,6%
DP *	58	28	28	24	24	21	16	-23,8%
Non conventionnés	589	793	798	785	763	762	740	-2,9%
Spécialistes libéraux	53 171	53 651	54 061	54 315	54 464	54 663	54 701	0,1%
Secteur 1	33 164	32 597	32 631	32 503	32 303	32 156	31 951	-0,6%
Secteur 2	18 744	20 387	20 821	21 262	21 657	22 047	22 322	1,2%
DP *	1 184	539	476	411	360	316	272	-13,9%
Non conventionnés	79	128	133	139	144	144	156	8,3%
ADELI	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2010
Médecins libéraux et mixtes	117 041	121 634	122 103	122 145	122 496	122 778	122 791	0,0%
Médecins salariés	76 959	85 643	86 088	86 104	86 647	84 679	85 936	1,5%
dont salariés hospitaliers	55 457	61 797	62 850	63 628	63 580	60 697	62 014	2,2%
Ensemble	194 000	207 277	208 191	208 249	209 143	207 457	208 727	0,6%

* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.

Sources : CNAITS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI pour l'ensemble.

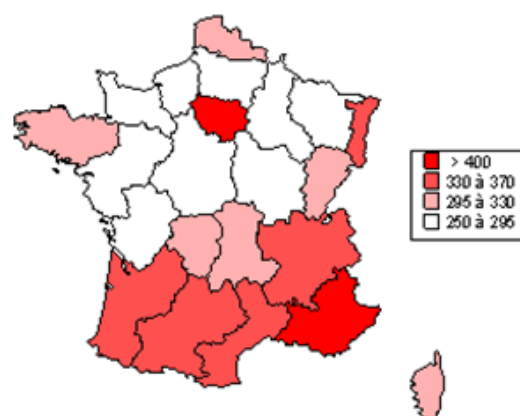
Effectifs des médecins au 1er janvier 2011



Sources : CNAITS, SNIR France métropolitaine, traitement DREES.

Densité de médecins par région, au 1er janvier 2011

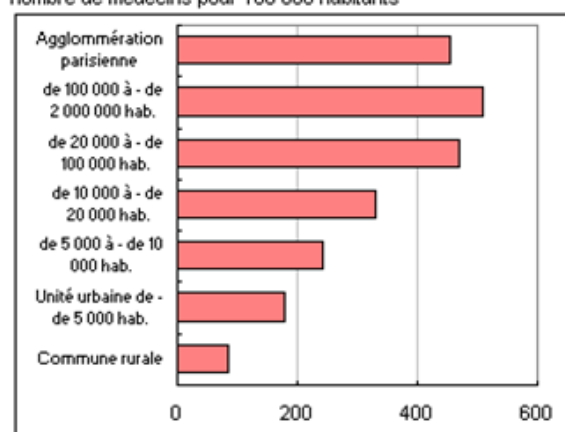
nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : ADELI, DREES.

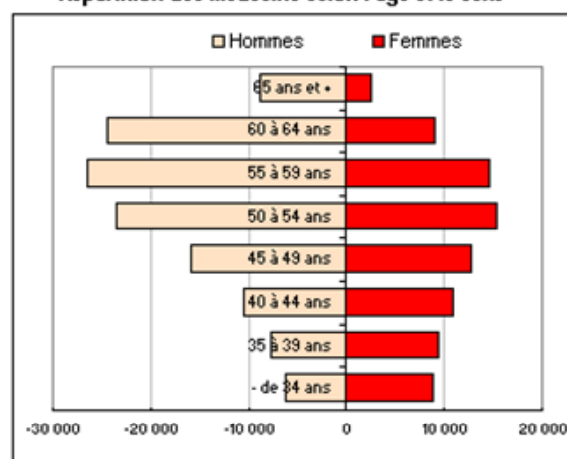
Répartition des médecins selon la taille d'unité urbaine

nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : ADELI, DREES.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe



Sources : ADELI, DREES.

1.6 Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 9,9 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 2,4 % en valeur par rapport à 2009, et de 1,2 % en volume. La croissance de ce poste ralentit depuis 2007, après la forte hausse de 2006. Le prix des soins dentaires progresse de 1,2 % en 2010, comme en 2009.

Entre 2006 et 2008, les honoraires totaux progressaient sur un rythme annuel de 2 à 3 %. Après un fléchissement en 2009, la hausse est à nouveau de 2,6 % en 2010. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50 % en 2009 et atteint 51,9 % en 2010. A titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues est de 45 % contre 17 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les soins conservateurs ne sont pas facturés en dépassement ; les dépassements en soins dentaires sont concentrés sur les prothèses dentaires (SPR) et sur les actes d'orthodontie (TO). Constituant 12 % de l'activité, les SPR ont représenté 58 % des honoraires totaux en 2008.

Au 1^{er} janvier 2011, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux dans le **SNIR** est de 36 100 en métropole, en léger recul pour la quatrième année consécutive. De même, la croissance du nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés (40 900 dans le répertoire **ADELI**) se tasse par rapport aux années précédentes. Le ralentissement de la croissance démographique ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 48 ans fin 2010) sont consécutifs à la mise en place du numérus clausus institué en 1971, qui

a fortement réduit le nombre de places pour les étudiants entre 1985 et 1995.

Plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Parmi ceux-ci, 99 % sont conventionnés.

Avec 39 % de femmes fin 2010, c'est la moins féminisée des professions de santé réglementées ; ce faible taux de féminisation peut s'expliquer pour partie par le fait que les femmes sont moins enclines à exercer en libéral. Toutefois, parmi les jeunes générations, on observe un nombre croissant de femmes : ainsi, 62 % des praticiens de moins de 30 ans sont des femmes.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe des écarts de densité entre le Nord et le Sud du pays, ainsi qu'une concentration dans les grandes agglomérations au contraire des zones rurales. Fin 2010, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 66 pour 100 000 habitants. Mais elle est supérieure à 77 pour 100 000 dans le sud de la France (PACA et Corse), en Île-de-France et en Alsace, tandis qu'elle n'atteint que 40 pour 100 000 en Normandie. On compte 900 chirurgiens-dentistes dans les DOM, soit 48 pour 100 000 habitants.

L'activité varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes d'orthodontie (TO) en 2003 pour seulement 25 % d'actes conservatoires (SC) et 25 % de prothèses dentaires (SPR), les praticiens des zones rurales se distinguent de leurs confrères, qui affichent une moyenne de 48 % de SC, 40 % de SPR et seulement 12 % de TO.

Définitions

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les chirurgiens-dentistes. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée). À champ comparable, ADELI recense 37 100 dentistes libéraux contre 36 100 dans le SNIR au 1^{er} janvier 2011.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« Les chirurgiens-dentistes en France – Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 594, DREES, septembre 2007.

« La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 595, DREES, septembre 2007.

« Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », N. Legendre, *Études et Résultats*, n° 501, DREES, juin 2006.

« Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », S. Bessière, M. Coldefy, M. Collet, *Rapport 2005 de l'ONDPS*, Documentation française, 2006.

Les chirurgiens-dentistes 1.6

Consommation de soins dentaires

		Base 2000				Base 2005					
		2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation totale (millions €)		6 693	8 721	9 079	9 395	8 740	9 016	9 315	9 558	9 715	9 947
Evolution (en %)	Valeur	4,2	1,1	4,1	3,5	1,8	3,2	3,3	2,6	1,6	2,4
	Prix	1,2	1,0	1,8	1,3	1,0	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2
	Volume	3,0	0,1	2,3	2,2	0,8	1,4	2,0	0,8	0,5	1,2
Honoraires moyens par an * (€)		160,9	211,1	216,4	223,6	211,1	216,4	223,6	230,1	234,0	241,1

* Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CNAITS - SNIR pour les honoraires moyens.

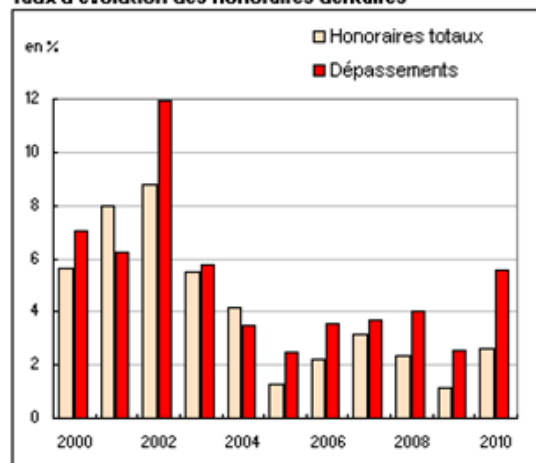
Part des dépassements dans les honoraires et soins dentaires *

SNIR	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Honoraires et soins totaux (millions €/an)	6 840	7 215	7 515	7 612	7 780	8 023	8 211	8 307	8 526
Evolution en %		5,5	4,2	1,3	2,2	3,1	2,3	1,2	2,6
Dépassements / tarif opposable (millions €/an)	3 266	3 454	3 575	3 663	3 792	3 930	4 087	4 191	4 423
Evolution en %		5,7	3,5	2,4	3,5	3,7	4,0	2,5	5,5
Part des dépassements (en %)	47,8	47,9	47,6	48,1	48,7	49,0	49,8	50,5	51,9

* Honoraires et soins remboursables des dentistes libéraux (France métropolitaine).

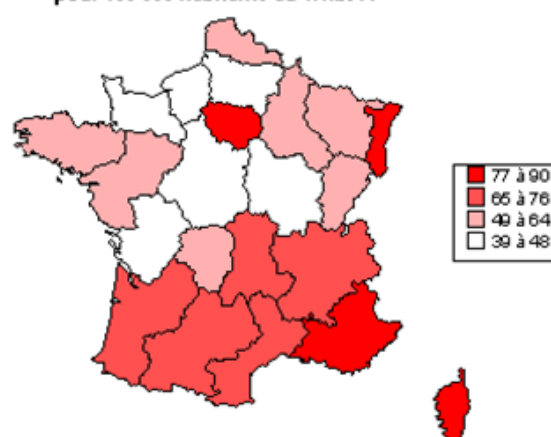
Sources : CNAITS - SNIR, calculs DREES.

Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources : CNAITS, SNIR, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants au 1^{er}1/2011



Sources : ADELI, DREES.

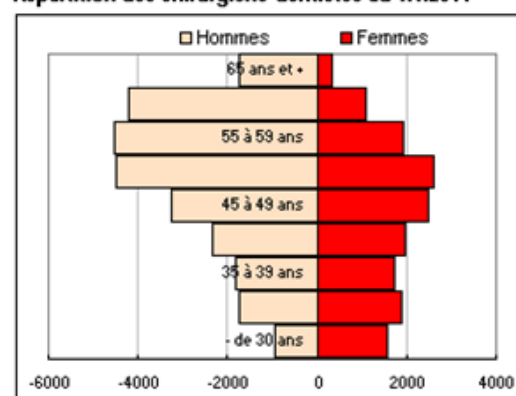
Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

		au 1 ^{er} janvier			
SNIR		2008	2009	2010	2011
Chir. dentistes libéraux		36 642	36 355	36 237	36 102
Conventionnés		36 207	35 938	35 845	35 735
DP		331	300	276	256
Non conventionnés		104	117	116	111
ADELI		2008	2009	2010	2011
Total chirurg. dentistes		41 422	41 116	40 930	40 941
Dentistes libéraux		37 693	37 292	37 078	36 976
Dentistes salariés		3 729	3 824	3 852	3 965
dont salariés hospitaliers		445	456	465	478

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADELI ; CNAITS, SNIR.

Répartition des chirurgiens-dentistes au 1^{er}1/2011



Sources : ADELI, DREES.

1.7 Les infirmiers

En base 2000, les soins infirmiers retenus dans les Comptes de la santé incluaient les Services de soins à domicile (SSAD). En base 2005, le choix a été fait de rapprocher les SSAD des soins de longue durée aux personnes âgées. En effet, les soins apportés par les SSAD (1,3 milliard d'euros en 2010) sont effectués à plus de 80 % par des aides-soignants et à seulement 20 % par des infirmiers.

La consommation de **soins infirmiers** en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à 5,5 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 7,2 % en valeur par rapport à 2009, après +9,4 % en 2009. Les prix des soins infirmiers augmentant de 0,7 % en 2010, la croissance en volume est de 6,5 % en 2010 après +5,5 % en 2009 ; on constate ainsi une reprise de la hausse en volume qui avait ralenti en 2008.

Le prix des soins infirmiers a fortement augmenté en 2009 : + 3,8 %. La signature d'une nouvelle convention nationale de la profession en 2007 s'est accompagnée d'une hausse des tarifs infirmiers en juillet 2007 puis en avril 2009. Le tarif des actes en **AMI** (soins courants) est passé de 2,90 € à 3 €, puis 3,15 €, et celui des actes en **AIS** de 2,40 € à 2,50 €, puis 2,65 €. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2 € à 2,20 €, puis 2,30 € et la majoration du dimanche est passée de 7,62 € à 7,80 €, puis 8 €. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € par acte est appliquée ; elle est plafonnée à 2 € par jour et à 50 € par an (y compris franchises sur les actes des autres auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports).

Parmi les prestations versées par le régime général, les AMI représentent 45 % des prestations ; viennent ensuite les AIS avec 36 % des prestations, puis les frais de déplacement avec 19 % des prestations.

Au 1^{er} janvier 2011, le répertoire ADELI recense 534 300 infirmiers en France métropolitaine et 13 500 dans les DOM. Ce chiffre n'a cessé de croître, en particulier avec la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Les effectifs infirmiers ont progressé de 3,2 % par

an en moyenne entre 2000 et 2008, et de 3,7 % en 2011 après +4,1 % en 2010. La baisse apparente des effectifs globaux en 2008 résulte d'une opération qualité menée sur le répertoire ADELI, qui a conduit à revoir à la baisse le nombre d'infirmiers salariés en activité.

Les infirmiers salariés représentent 84,6 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 15,4 %, mais depuis trois ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+5,7 % en moyenne) est supérieure à celle des infirmiers salariés (+3 %). La majorité des infirmiers salariés sont employés dans le secteur hospitalier : 82 % des effectifs salariés. La profession est très féminine puisque 87,3 % des effectifs sont des femmes en 2011. Cette part atteint même 92 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. Par contre, les femmes sont moins représentées dans l'exercice libéral de la profession (83,8 %).

On observe une répartition très inégale des infirmiers libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 5 en 2011. La Corse compte plus de 300 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France n'en recense que 66. Les régions du Nord sont moins bien dotées en infirmiers libéraux que les régions du Sud de la France. Dans les quatre régions où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 200 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), la part de la population âgée de 60 ans ou plus est de l'ordre de 35 % (recensement 2008) contre 30,6 % en moyenne. On observe, en outre, une corrélation positive entre la densité régionale d'infirmiers et la part des infirmiers de 50 ans ou plus. Des départs en retraite plus nombreux dans les régions actuellement les mieux dotées conjugués avec les efforts de régulation publique devraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers dans les prochaines années.

Définitions

AMI : Actes médicaux infirmiers classiques tels que pansements ou piqûres.

AIS : Actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 760, DREES, mai 2011.

« La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 759, DREES, mai 2011.

Les infirmiers 1.7

Consommation de soins infirmiers

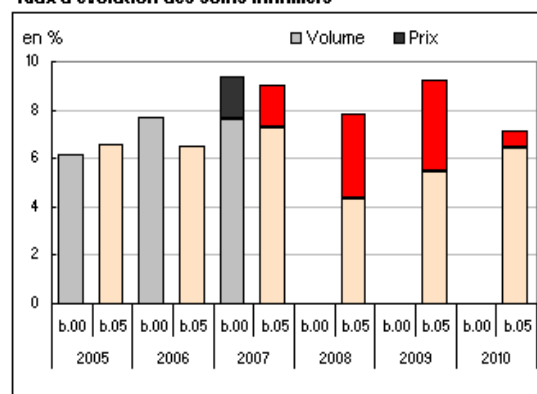
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins infirmiers * (en millions €)	2 744	4 564	4 911	5 377	3 747	3 990	4 356	4 704	5 148	5 519
Evolution (en %)										
Valeur	6,3	6,2	7,7	9,5	6,6	6,5	9,2	8,0	9,4	7,2
Prix	1,8	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	1,8	3,5	3,8	0,7
Volume	4,5	6,2	7,7	7,6	6,6	6,5	7,3	4,4	5,5	6,5
Pour mémoire										
SSAD	640	911	1 017	1 106	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Evolution SSAD (en %)										
		8,8	11,7	8,7	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8

* SSAD (Services de soins à domicile) inclus dans les soins infirmiers en base 2000, exclus en base 2005.

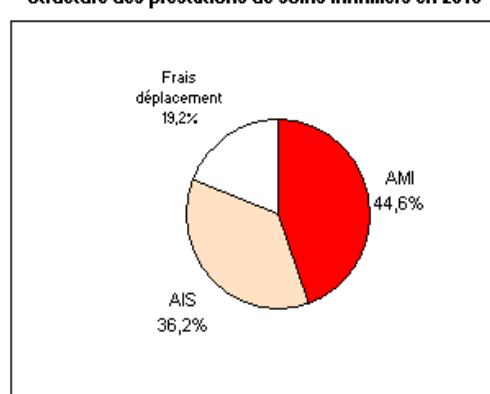
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des soins infirmiers



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure des prestations de soins infirmiers en 2010



Sources : CNAMTS, Régime général.

Effectifs des infirmiers (France entière)

au 1er janvier

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
Ensemble des infirmiers	431 565	446 100	461 503	478 483	493 503	487 663 *	507 514	528 389	547 861	
Métropole	423 431	437 525	452 466	469 011	483 390	476 897 *	495 834	515 754	534 378	100%
Salariés hospitaliers	309 081	322 477	332 413	343 528	352 372	340 959 *	351 728	362 831	371 382	69,5%
Autres salariés	54 894	54 321	57 353	60 261	63 137	66 319	70 596	75 733	80 763	15,1%
Libéraux	59 456	60 727	62 700	65 222	67 871	69 619	73 510	77 190	82 243	15,4%
DOM	8 134	8 575	9 037	9 472	10 123	10 766	11 680	12 635	13 483	

* rupture de série entre 2007 et 2008 : opération qualité sur le répertoire ADEL qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Sources : DREES, ADEL.

Densité géographique des infirmiers libéraux au 1/1/2011

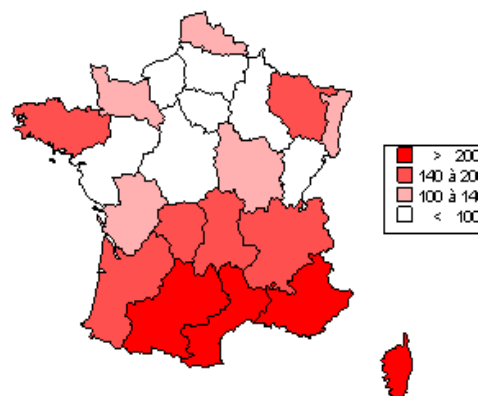
pour 100 000 habitants

Les infirmiers par mode d'exercice au 1/1/2011

	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	534 378	100 %	87,3 %
Infirmiers libéraux	82 243	15,4 %	83,8 %
Salariés hospitaliers du public (y compris PSPH)	312 959	58,6 %	86,7 %
Salariés hospitaliers du privé	58 423	10,9 %	90,1 %
Salariés EHPA-EHPAD	23 025	4,3 %	92,6 %
Salariés établis. handicapés	5 732	1,1 %	91,3 %
Autres salariés	51 996	9,7 %	90,6 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADEL.



Sources : DREES, ADEL ; INSEE pour la population.

1.8 Les autres auxiliaires médicaux

La consommation totale de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 11 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 5,5 % en valeur et de 5,1 % en volume par rapport à 2009. L'effet prix global est de 0,3 % en 2010, en l'absence de revalorisation tarifaire importante. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € par acte d'auxiliaire médical s'applique. Cette franchise est plafonnée à 2 € par jour et globalement plafonnée avec les autres franchises (appliquées sur les médicaments et les transports) à 50 € par an.

La consommation de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élève à 4,6 milliards d'euros en 2010. Elle progresse de 3,5 % par rapport à 2009, en valeur comme en volume. En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été revalorisés en 2010, comme c'est le cas depuis 2004. Toutefois, si l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention en 2007 n'a pas eu d'incidence sur les honoraires, elle a permis de coter davantage de coefficients pour un type d'intervention donné. Le rythme de progression des soins de kinésithérapie a sensiblement ralenti à partir de 2008 : alors qu'il oscillait entre 6 et 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, il est passé à +4,3 % en 2008, +2,4 % en 2009 puis +3,5 % en 2010. Ce ralentissement est dû en partie aux mesures de maîtrise médicalisée (accord préalable pour certaines séries d'actes) ainsi qu'à l'introduction d'une franchise en 2008.

Au 1^{er} janvier 2011, le répertoire **ADELI** recense 70 800 masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine et 2 100 dans les DOM. Depuis 2002, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes augmente de 2,8 % par an en moyenne (à nouveau +2,8 % en 2011). La grande majorité des kinésithérapeutes exercent en secteur libéral : c'est le cas pour

79 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2011. L'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes. Les hommes sont plus nombreux (57,2 %) que les femmes (42,8 %) dans l'exercice libéral de la profession. Ils sont également majoritaires (52 %) dans les effectifs, mais la part des femmes augmente régulièrement puisqu'elle est passée de 42 % en 2000 à 48 % en 2011.

La densité moyenne en métropole en 2011 est de 113 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes s'observent dans les régions du Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Midi-Pyrénées. Mais contrairement aux infirmiers, cette densité est également importante en Île-de-France et en Nord-Pas-de-Calais.

En 2010, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent respectivement 0,8 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros ; ils progressent de 5,5 % en valeur comme en volume par rapport à 2009. Fin décembre 2007, les actes des orthophonistes avaient été revalorisés : le tarif de l'**AMO** était passé de 2,37 € à 2,40 €. Les actes des orthoptistes ont quant à eux été revalorisés en 2008, le tarif de l'**AMY** passant de 2,38 € à 2,50 €. Aucune hausse de tarif n'est intervenue depuis.

Au 1^{er} janvier 2011, on compte 20 500 orthophonistes et 3 500 orthoptistes dans le répertoire ADELI (soit 32 orthophonistes et 5 orthoptistes pour 100 000 habitants). La croissance des effectifs d'orthophonistes est de 3,8 % en 2011 ; les effectifs d'orthoptistes augmentent quant à eux de 5,1 % par rapport à 2010.

En 2011, 80 % des orthophonistes exercent à titre libéral ; cette proportion est de 70 % pour les orthoptistes. Ce sont des professions très féminines : à 96 % pour les orthophonistes et à 91 % pour les orthoptistes.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les professionnels de santé.

AMO : Actes d'orthophonie.

AMY : Actes d'orthoptie.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche 10.2, « Les masseurs-kinésithérapeutes ».

« Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », A. Fizzala, *Études et Résultats*, n° 605, DREES, octobre 2007.

Les autres auxiliaires médicaux 1.8

Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	6 294	8 853	9 453	10 248	8 071	8 553	9 273	9 856	10 437	11 009
Infirmiers (yc SSAD en base 2000)	3 249	4 564	4 911	5 377	3 747	3 990	4 356	4 704	5 148	5 519
Kinésithérapeutes	2 547	3 572	3 789	4 073	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 562
Orthophonistes	446	638	669	710	638	670	701	752	780	823
Orthoptistes	51	80	84	88	79	83	87	92	100	105
Evolution Valeur	6,4	5,2	6,8	8,4	6,0	6,0	8,4	6,3	5,9	5,5
de l'ensemble Prix	0,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,8	1,7	1,8	0,3
(en %) Volume	6,2	5,2	6,8	7,4	6,0	6,0	7,5	4,5	4,0	5,1

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Effectifs des autres auxiliaires médicaux

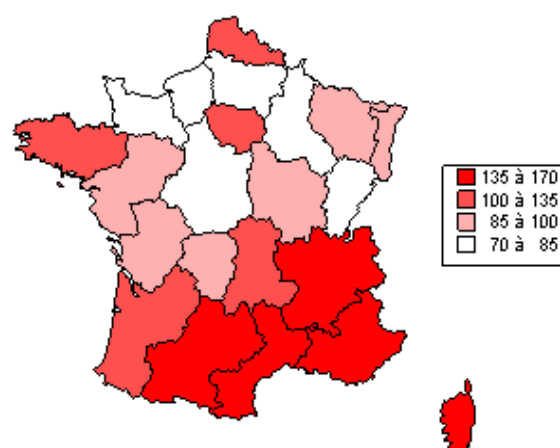
au 1er janvier

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Métropole									
Kinésithérapeutes	56 924	58 642	60 364	61 999	62 602	64 327	66 919	68 923	70 780
Orthophonistes	14 836	15 357	15 909	16 551	17 135	17 799	18 506	19 247	19 963
Orthoptistes	2 405	2 507	2 588	2 679	2 808	2 900	3 081	3 232	3 396
dont libéraux									
Kinésithérapeutes	44 699	46 081	47 554	48 919	49 666	50 984	52 804	54 274	55 763
Orthophonistes	11 812	12 202	12 582	13 116	13 550	14 129	14 744	15 384	16 058
Orthoptistes	1 845	1 901	1 968	1 994	2 055	2 111	2 205	2 304	2 396
DOM									
Kinésithérapeutes	1 185	1 253	1 341	1 432	1 496	1 604	1 832	1 922	2 070
Orthophonistes	323	350	379	395	410	451	473	516	560
Orthoptistes	47	50	48	51	58	65	70	80	84

Sources : DREES, ADELI.

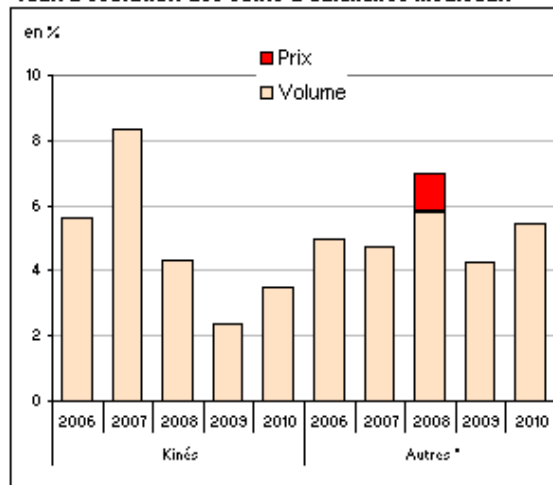
Densité géographique des kinésithérapeutes au 1/1/2011

pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADELI.

Taux d'évolution des soins d'auxiliaires médicaux



* Orthophonistes, orthoptistes.

Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix.

1.9 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En base 2000, le choix d'une optique « fonction de soins » avait conduit à ajouter les actes d'anatomo-cytopathologie aux analyses et prélèvements. En base 2005, c'est l'optique « lieu d'exécution » qui prévaut et ces actes restent dans les honoraires des médecins de ville ; la rubrique « Analyses » comptabilise ainsi les seules dépenses réalisées dans les laboratoires. Cette révision diminue le niveau de la dépense d'analyses de 250 millions d'euros par rapport à la base 2000.

En base 2005, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire** est évaluée à 4,3 milliards d'euros pour l'année 2010, en augmentation de 1,7 % en valeur et en volume par rapport à 2009.

Les prix n'ont pas augmenté en 2010, 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 9 % par an en moyenne entre 2001 et 2003), l'évolution observée depuis trois ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu : de +3,2 % en valeur en 2007 à +1,7 % en 2010.

Depuis 5 ans plusieurs mesures de maîtrise des dépenses sont intervenues :

- tout d'abord en 2005 avec la mise en place, comme pour les actes des médecins exerçant en ambulatoire, d'une participation forfaitaire d'un euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- puis en 2007, avec la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire ;
- enfin en 2009, avec la baisse de la cotation de près de 90 actes.

Outre leur effet direct sur la structure de financement des dépenses, ces mesures ont contribué à une modération de la consommation depuis 2006, accentuée en 2010.

Le nombre des laboratoires est en diminution depuis la fin des années 1990 : il est passé de

4 132 en 1998 à 3 833 en 2010 (métropole). On compte 126 laboratoires dans les DOM.

En 2010, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 328 millions d'euros (hors hébergement) : cette consommation est en reprise, avec une progression en valeur de 3,5 % par rapport à 2009. Depuis 2003, on notait un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes avait ainsi reculé de 10 % en 10 ans, passant de 548 000 en 1998 à 486 000 en 2009 : il dépasse la barre des 500 000 en 2010, progressant de 3,7 % par rapport à 2009.

La progression en valeur observée entre 2007 et 2009 s'expliquait uniquement par l'augmentation des prix. En effet, un avenant à la convention nationale thermale avait fixé une revalorisation tarifaire de 4 % en août 2006 (avec un effet en année pleine en 2007), à laquelle s'étaient ajoutés 2 % supplémentaires à partir du 1^{er} février 2007. En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour une durée de 5 ans. En 2010, à la hausse du nombre de curistes s'ajoute une hausse de prix des cures de 2,1 %.

En 2010, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, et les soins des voies respiratoires 9 %. Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. Les cures remboursées par l'assurance-maladie représentent 94 % du chiffre d'affaires cumulé des établissements.

Les 105 stations thermales et les 150 établissements habilités à dispenser une cure thermale sont très inégalement répartis sur le territoire. En effet, 70 % des villes thermales sont concentrées dans 5 régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Définitions

Soins de cure thermale : en conformité avec le cadre central de la Comptabilité nationale, le montant correspondant à l'hébergement des curistes n'est pas pris en compte dans les Comptes de la santé ; sont retracés uniquement les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux.

Pour en savoir plus

Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) : www.cneth.org.

Les laboratoires d'analyses, les cures thermales 1.9

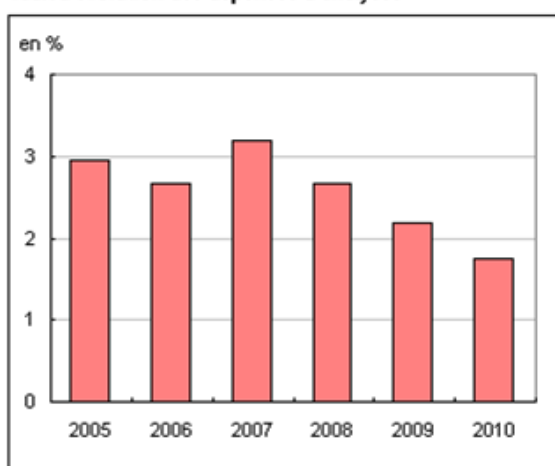
Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

		Base 2000				Base 2005					
		2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Analyses de laboratoires *	(en M€)	2 795	3 974	4 102	4 233	3 769	3 869	3 993	4 099	4 188	4 261
Évolution	Valeur	5,1	3,7	3,2	3,2	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7
(en %)	Prix	-1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Volume	7,9	3,7	3,2	3,2	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7
Nombre de laboratoires	(métropole)	4 084	3 876	3 870	3 840	3 876	3 870	3 840	3 836	3 836	3 833
Évolution (en %)		-0,6	-0,9	-0,2	-0,8	-0,9	-0,2	-0,8	-0,1	0,0	-0,1
Cures thermales	(en M€)	275	290	290	304	307	309	319	317	317	328
Évolution	Valeur	-3,7	0,1	-0,1	5,0	-0,2	0,5	3,1	-0,6	0,1	3,5
(en %)	Prix	0,2	2,0	2,7	6,4	2,0	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1
	Volume	-3,9	-1,9	-2,7	-1,4	-2,2	-2,1	-3,1	-3,7	-2,6	1,4
Nombre de curistes	(en milliers)	542	504	493	495	504	493	495	492	486	504
Évolution (en %)		-4,6	-1,0	-2,2	0,4	-1,0	-2,2	0,4	-0,6	-1,2	3,7

* y compris actes en P en base 2000, hors actes en P en base 2005.

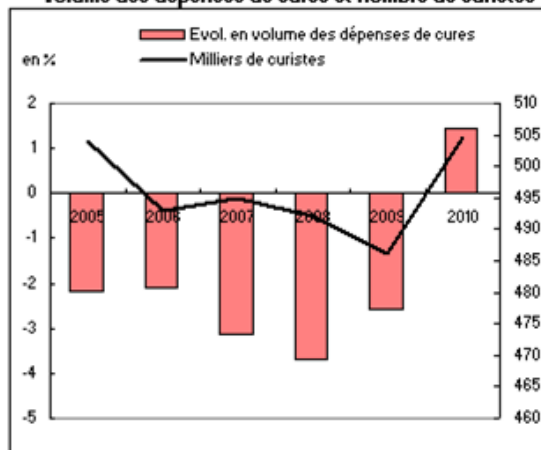
Sources : DREES ; INSEE pour les indices de prix ; CNETh pour le nombre de curistes.

Taux d'évolution des dépenses d'analyses



Sources : DREES, Comptes de la santé.

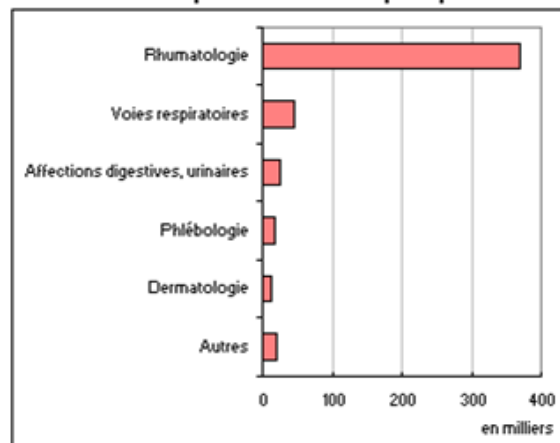
Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



Lecture : échelle de gauche = évolution du volume des dépenses de cures ;
échelle de droite = nombre de curistes.

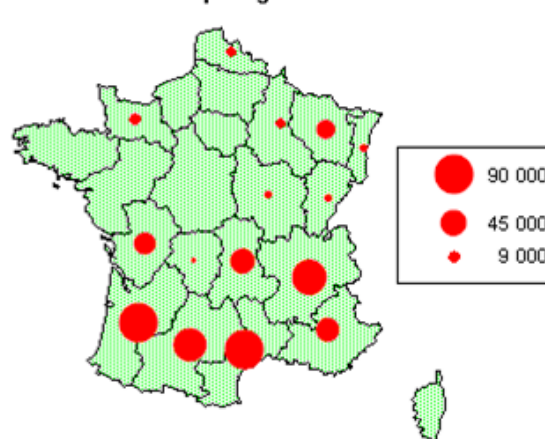
Sources : DREES ; CNETh pour le nombre de curistes.

Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2010



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh).

Nombre de curistes par région en 2010



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh)

1.10 La consommation de médicaments

En base 2005, la consommation de médicaments a été revue à la baisse : cette baisse porte principalement sur l'évaluation de l'automédication en médicaments remboursables et de la consommation de médicaments non remboursables.

En 2010, la consommation de médicaments atteint 34,4 milliards d'euros. Elle progresse en valeur de 1,1 % seulement, après +2 % en 2009. Ce fort ralentissement est dû à la fois aux médicaments remboursables et aux médicaments non remboursables dont les ventes stagnent pour la première fois depuis 2005. Par habitant, la consommation est même en baisse en 2010 : elle s'élève à 525 euros par habitant contre 528 euros en 2009. Les Français consomment toutefois toujours plus de médicaments que leurs voisins européens (cf. fiche 3.4). L'importance de cette consommation par tête provient de la structure de la consommation pharmaceutique française, caractérisée par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, et par un développement du marché des génériques plus limité bien qu'il ait connu une forte croissance depuis quelques années.

Pour contenir cette consommation, des mesures ont été prises depuis 2008 :

- instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments à compter du 1^{er} janvier 2008, ce qui a représenté une économie de 890 M€ pour l'assurance-maladie en 2008 ;
- action sur le **répertoire des génériques** : baisses de prix du répertoire et baisse des **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR) ;
- déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant : 450 présentations sont remboursées à 15 % au lieu de 35 % depuis le 1^{er} janvier 2010 ;
- montée en charge des « conditionnements de 3 mois » pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée ;
- baisses de prix ciblées ;
- maîtrise médicalisée sur les antiulcéreux, les antihypertenseurs, les statines et les antidépresseurs (en sus des actions traditionnelles sur les antibiotiques, etc.) ;

- augmentation du nombre de spécialités génériques : la générication en 2009 de médicaments très consommés (comme le Plavix) a contribué à la modération de la dépense en 2010.

Parmi les médicaments remboursables, ce sont les médicaments les plus chers, remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance. Il s'agit notamment de médicaments récents (commercialisés depuis moins de 5 ans) destinés à traiter des pathologies chroniques qui occupent une part croissante des dépenses (cf. *éclaircissement sur les médicaments remboursables*).

Entre 1995 et 2000, le volume de la consommation de médicaments a augmenté de plus de 5 % par an en moyenne. Cette croissance s'est accélérée en 2000-2001 où elle a atteint 9 % par an. Le rythme a ralenti à 6 % en moyenne entre 2002 et 2007. Depuis 2008 et la mise en place de la franchise de 0,50 € par boîte, il diminue plus fortement encore : +3,4 % en 2010 après +4,7 % en 2009, tandis que les prix continuent à reculer : -2,2 % en 2010 (après -2,6 % en 2009 et -2,3 % en 2008).

L'Insee publie deux indices de prix des médicaments : celui des spécialités remboursables et celui des spécialités non remboursables. Ce sont les prix dans les officines qui sont retenus, c'est-à-dire avant prise en charge partielle ou totale des médicaments remboursables par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, sont à l'origine de l'évolution négative des prix. Ainsi en 2010, le prix moyen des spécialités non remboursables a progressé de 1,3 % par rapport à 2009, tandis que celui des spécialités remboursables baissait de 2,7 %. Cette baisse est due à la forte progression des génériques (dont le prix est nettement inférieur à celui des princeps) qui représentent 13,3 % des médicaments remboursables en 2010, ainsi qu'à la mise en place du TFR qui a favorisé une baisse des prix des princeps (cf. *Annexe 3.5 sur le prix des médicaments*).

Définitions

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un médicament princeps sur la base du prix du générique.

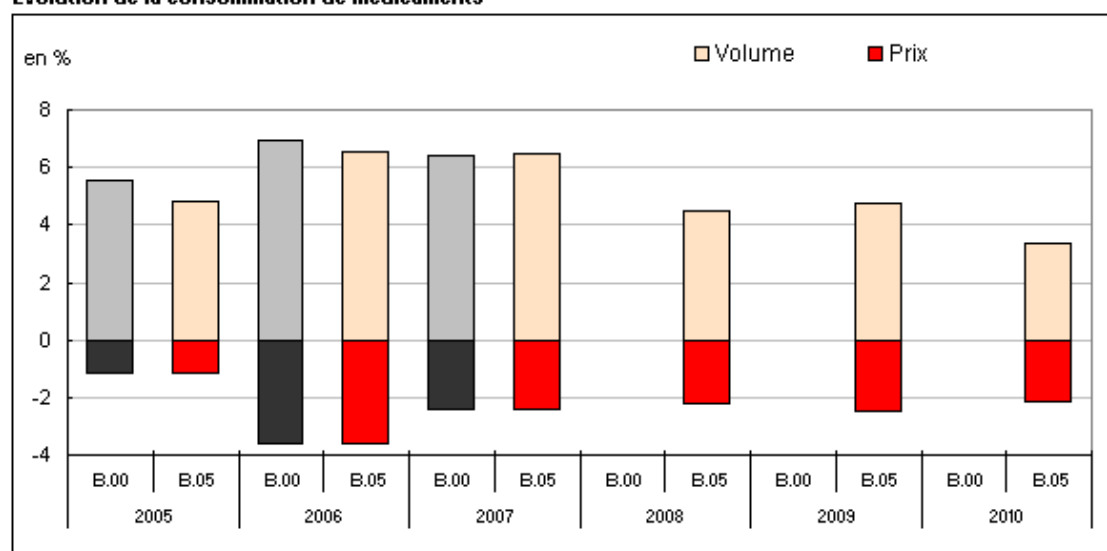
La consommation de médicaments 1.10

Consommation de médicaments

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation (millions €)	23 631	31 466	32 421	33 637	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449
Médicaments remboursables	21 355	28 851	29 417	30 429	28 270	28 713	29 729	29 961	30 534	30 879
Médicaments non remboursables	2 276	2 615	3 004	3 209	2 418	2 778	2 967	3 432	3 542	3 570
Évolution (en %)										
Valeur	7,9	4,2	3,0	3,8	3,6	2,6	3,8	2,1	2,0	1,1
Prix	-0,4	-1,2	-3,7	-2,5	-1,2	-3,7	-2,5	-2,3	-2,6	-2,2
Volume	8,3	5,5	7,0	6,4	4,8	6,5	6,5	4,5	4,7	3,4

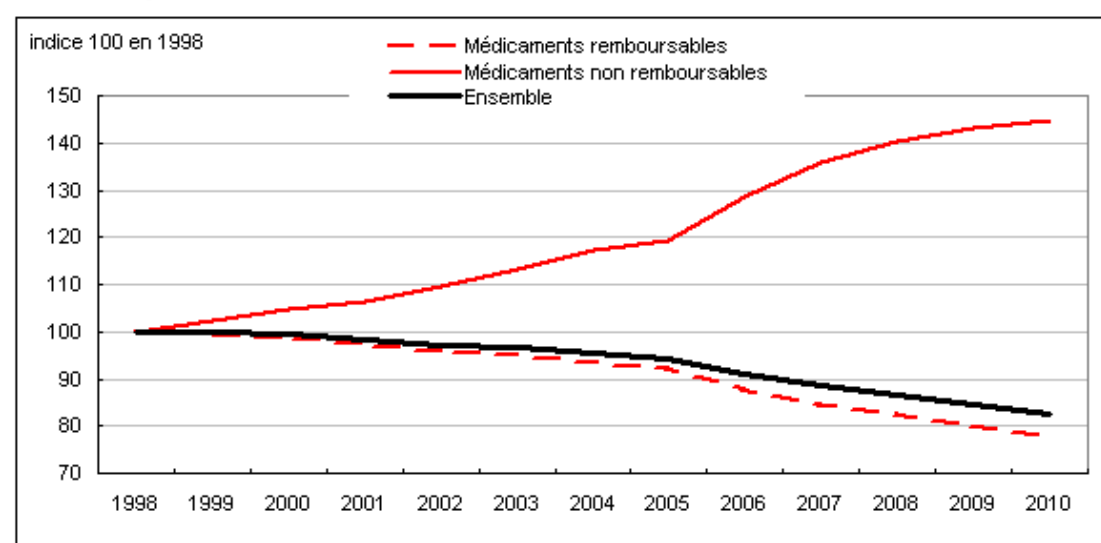
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la consommation de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution du prix des médicaments



Sources : Insee.

1.11 Le marché des médicaments

En 2010, les ventes de médicaments **génériques** poursuivent leur progression (+10 % par rapport à 2009), avec un taux de croissance nettement supérieur à celui du chiffre d'affaires global des médicaments remboursables (+0,8 %). D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 104 en 2010, sur un total de 354 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables continue ainsi à progresser : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010.

Cette évolution pèse directement sur la croissance des prix d'autant plus que la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** a elle aussi favorisé la baisse des prix des princeps.

L'élargissement important du répertoire des génériques intervenu en 2009 (qui a fait passer la part des princeps généricables non soumis au TFR de 45 % en 2008 à 69 % en 2009) a contribué à la baisse des prix et donc de la consommation.

Néanmoins, si la part des génériques dans le total des ventes a fortement progressé en France depuis 2006, leur prescription est encore en retrait par rapport à celle d'autres pays européens.

Le nombre total de présentations augmente de 6,9 % en 2010. Mais le nombre de présen-

tations de médicaments non remboursables recule de 4,9 % par rapport à 2009, tandis que celui des médicaments remboursables augmente de 10,8 %.

On observe également un développement important des « conditionnements trimes-triels », concentrés sur 4 pathologies (diabète, ostéoporose, hypertension, hypercholestérolémie) : 84,6 millions de boîtes vendues en 2009 contre 52,8 millions en 2008 et 16,3 millions en 2007.

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (ou « **rétrocession hospitalière** ») à des patients non hospitalisés. La valeur des sommes remboursées par le régime général au titre de ces rétrocessions avait plus que doublé de 2000 à 2004. Depuis 2004, la valeur des produits rétrocédés s'est stabilisée à 1,2 milliard d'euros (régime général seul) ; la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général est ainsi passée de 7,5 % en 2004 à 6,6 % en 2010.

Cette évolution est due au décret du 15 juin 2004 qui a réorganisé la rétrocession pour faciliter l'accès des patients à certains médicaments. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2005, les prix des spécialités rétrocédées sont administrés, qu'il s'agisse des prix de vente des laboratoires pharmaceutiques aux hôpitaux ou des prix de vente aux patients.

Définitions

Générique : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Droit de substitution : depuis juin 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps, sa marge restant identique à celle qu'il aurait réalisée avec le médicament de référence. Depuis 2006, le prix d'un générique doit être inférieur à 40 % de celui du princeps, ce qui se justifie par l'absence de frais de recherche et développement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

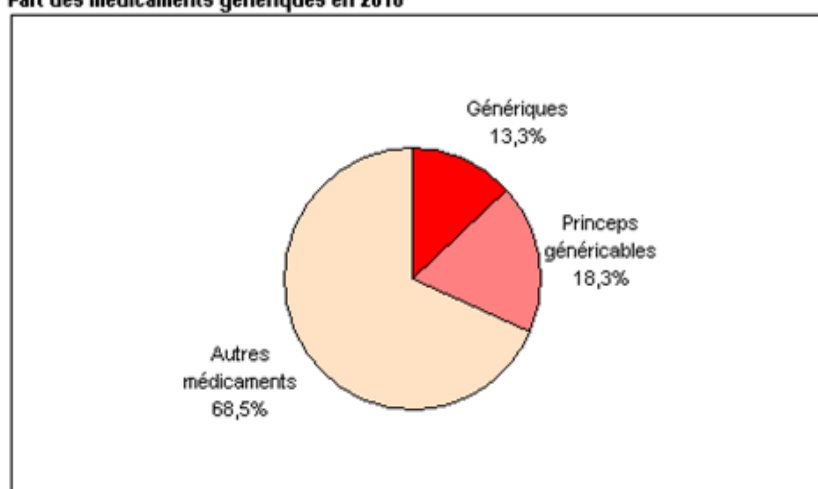
« L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010 », p.183.

« Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation cinq ans après l'autorisation », V. Reduron, CNAMTS, *Points de repère*, n° 30, mai 2010.

« Les médicaments hors tarification à l'activité dans les établissements de santé », M.E. Clerc, B. Haury, C. Rieu, DREES, *Études et Résultats*, n° 653, août 2008.

Le marché des médicaments 1.11

Part des médicaments génériques en 2010



Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

en %

	Part du marché global en 2010	Répartition			Taux de croissance 2009-2010
		2008	2009	2010	
Groupes génériques non soumis au TFR	28,6	100,0	100,0	100,0	-11,6
Génériques		55,2	31,2	39,5	13,3
Princeps génériques		44,8	68,8	60,5	-22,9
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	2,6	100,0	100,0	100,0	-4,2
Génériques		62,0	65,3	64,5	-1,1
Princeps génériques		38,0	34,7	35,5	-10,0
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	0,4	100,0	100,0	100,0	-9,9
Génériques		58,4	64,5	79,8	-3,8
Princeps génériques		41,6	35,5	20,2	-21,1

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Le marché global des médicaments

	Nombre de présentations					Part de marché (en %)				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble des médicaments	9 444	9 713	9 975	10 732	11 473	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médicaments non remboursables	2 839	2 734	2 757	2 673	2 541	8,0	7,9	8,8	9,0	9,0
Médicaments remboursables	6 608	6 979	7 218	8 059	8 932	92,0	92,1	91,2	91,0	91,0
au taux de 15 %	92	139	0	0	509	1,2	1,1	0,0	0,0	3,7
au taux de 35 %	1 217	1 159	1 205	1 308	865	12,4	11,9	11,4	11,3	6,6
au taux de 65 %	5 019	5 390	5 687	6 416	7 196	70,6	70,0	69,7	68,9	68,4
au taux de 100 %	280	291	326	335	362	7,8	9,1	10,1	10,9	12,2

Sources : GERS, traitement DREES.

1.12 Les autres biens médicaux

L'ensemble du poste **autres biens médicaux** est très hétérogène : sa nomenclature, la **LPP**, contient près de 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des opticiens, des audio-prothésistes, des orthésistes, des ortho-prothésistes, des podo-orthésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ambulatoire s'élève à 11,6 milliards d'euros en 2010, dont près de 5,1 milliards d'euros pour l'optique, 2,1 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), et 4,3 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Le taux de croissance de la consommation d'**optique** est un peu supérieur à 3 % par an depuis trois ans. Les montants pris en charge par l'assurance maladie sont 12,5 fois inférieurs à la consommation. La consommation des moins de 18 ans représente 18 % des volumes et 30 % des remboursements. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'assurance maladie.

Le poste « prothèses, orthèses, VHP » a fait l'objet d'une réévaluation en valeur en base 2005 : le coefficient de majoration par rapport à la dépense reconnue a été porté de 50 % à 80 %. Cette révision a été opérée à la suite d'une exploitation spécifique du SNIIRAM.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 90. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé, de 6 % en moyenne chaque année, à l'exception de l'année 2009. Elle est de 6,2 % en valeur en 2010, après +3,2 % en 2009 et +7,3 % en 2008.

Définitions

Autres biens médicaux : depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des « autres biens médicaux » regroupe exclusivement la consommation prescrite en ambulatoire. Les dépenses de prothèses liées aux soins reçus en hospitalisation complète dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche....) sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

LPP : Liste des produits et prestations ; depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Pour en savoir plus

« Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement. De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004, et 9 % par an entre 2005 et 2008. Après un ralentissement ponctuel en 2009, cette dépense reprend son rythme de hausse précédent : +7,9 % en 2010. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2010, elle représente 37 % des « autres biens médicaux ».

Le ralentissement observé en 2009 était la conséquence de l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés par exemple) dans le forfait soins des EHPAD le 1^{er} août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'assurance maladie sur prescription médicale ; on a constaté en 2008 une accélération des achats de lits médicalisés avant le transfert de ces matériels à la charge des EHPAD.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments) représentent plus de la moitié de la consommation du poste « matériels et pansements ». Leur croissance s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation, d'où un transfert de l'hôpital vers les soins de ville. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2009, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP était d'environ 12 millions et leur âge moyen est de 70 ans.

La hausse résulte également d'une meilleure prise en charge de certaines pathologies (diabète, insuffisance respiratoire) et du volume de matériels mis à disposition (auto-surveillance du diabète, assistance respiratoire), ou encore aux progrès technologiques (prothèses auditives, défibrillateurs cardiaques, genoux à microprocesseurs...).

Les autres biens médicaux 1.12

Consommation des autres biens médicaux

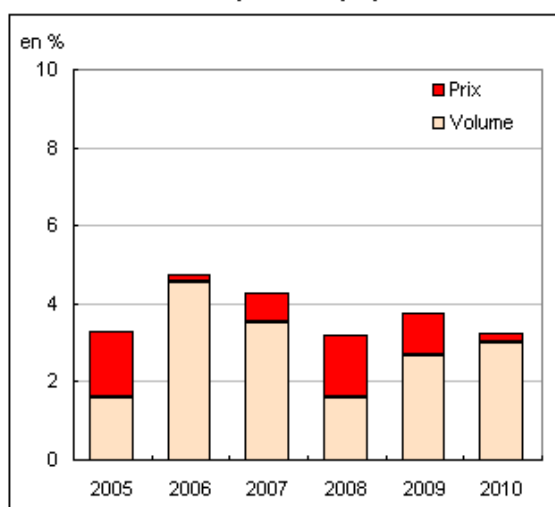
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	5 713	8 433	8 968	9 624	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
Optique	3 236	4 242	4 444	4 633	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 123
Prothèses, orthèses, VHP *	890	1 285	1 394	1 468	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 117
Petits matériels et pansements	1 588	2 906	3 131	3 523	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 337
Evolution en valeur (en %)	13,0	5,4	6,3	7,3	5,6	6,6	7,6	6,2	2,9	5,5

* Véhicules pour handicapés physiques.

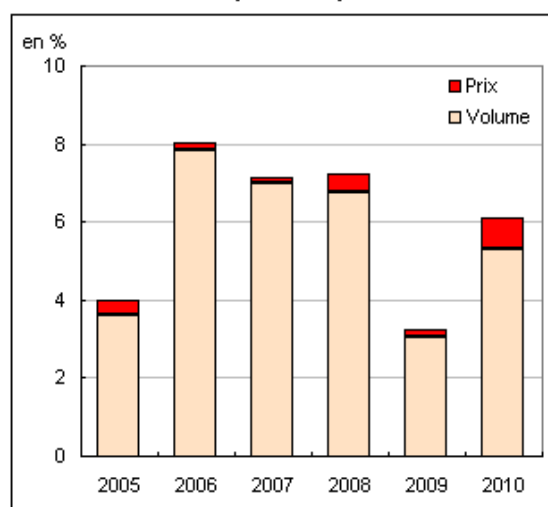
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique



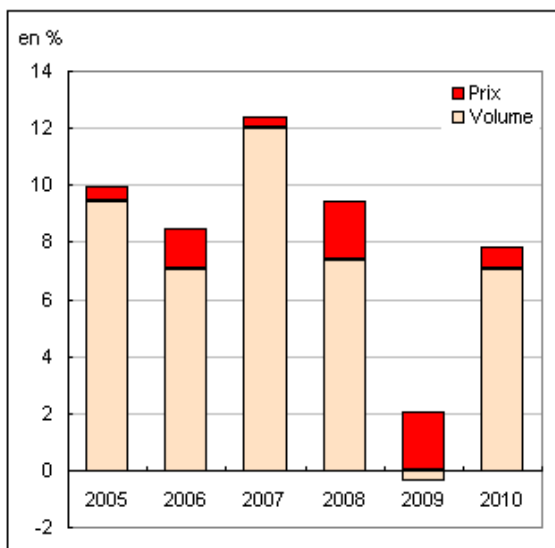
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses, VHP



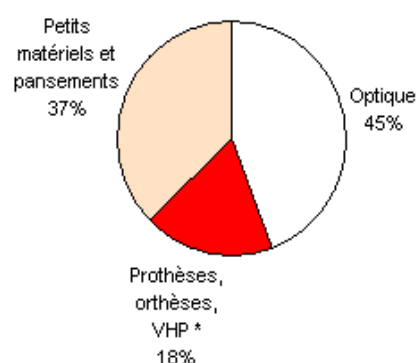
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2009



* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

1.13 Les transports de malades

En 2010, la consommation de **transports de malades** s'élève à 3,8 milliards d'euros, soit une hausse de 5,2 % en valeur et de 4,4 % en volume, les prix ayant augmenté de 0,8 % par rapport à 2009. Après un léger ralentissement en 2007-2008, la croissance des transports a repris sous l'effet d'une hausse des tarifs en 2009 et des volumes en 2010. Cette évolution reste toutefois inférieure à celle des années précédentes : plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006.

En 2010, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgence (SMUR) se répartissaient ainsi : 43 % pour les ambulances, 21 % pour les **VSL**, 32 % pour les taxis et 4 % pour d'autres moyens de transport (en train principalement).

Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé, de l'ordre de 92 % en 2010. En effet, 90 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % ; et en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

La forte progression de la dépense de transport constatée entre 2000 et 2004 est due à un **effet de structure** : la part de marché des ambulances (très coûteuses) est passée de 34 % à 41 % tandis que celle des **VSL** passait de 42 % à 30 %, la part des taxis restant stable. La tendance s'est modifiée en 2005, avec une baisse de la part du transport par VSL au profit des taxis, la part des ambulances n'augmentant plus que faiblement.

Les données de la CNAM permettent de mettre en évidence les différences de prix entre les trois principaux types de transport. En 2007, la répartition des dépenses de transports de malades (régime général, hors DOM et hors SMUR) était la suivante : 44 % pour les ambulances, 26 % pour les VSL, 30 % pour les taxis. En nombre de transports, la répartition était très différente : 24 % pour les ambulances, 45 % pour les VSL, 31 % pour les taxis.

Cette forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à

l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années. Des « Contrats de Bonne Pratique » ont en effet été instaurés dans les transports sanitaires depuis 2004. Ils comportent des avantages financiers forfaitaires en contrepartie d'engagements individuels sur la qualité du service. À compter du 1^{er} janvier 2007, un nouveau référentiel médical de prescription de transport permet de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient. En outre, des accords d'initiative locale (AIL) ont été mis en place entre les **ARH** (auxquelles ont succédé les **ARS**) et les hôpitaux. Ils incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées. Si ces incitations n'ont eu que peu d'impact sur les prix, elles ont concouru en revanche au ralentissement du volume des transports sanitaires observé à partir de 2007.

De nouvelles mesures ont été prises entre 2008 et 2010 :

- la signature d'une nouvelle convention nationale type entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis. Les tarifs des taxis ont été revalorisés de 3,1 % au 1^{er} mars 2008, puis de 3,2 % au 1^{er} janvier 2009 et 1,2 % au 1^{er} février 2010, sous réserve de la signature de la convention nationale avec une CPAM. Pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale restructure les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et une hausse des forfaits. Les forfaits des ambulances et des VSL ont été ainsi majorés en octobre 2008 (+4 % pour les ambulances et +2,5 % pour les VSL), puis en juin 2009 ;
- un accord pour optimiser l'organisation des transports et augmenter le nombre de transports partagés ;
- la mise en place au 1^{er} janvier 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients. Cette franchise est de 2 € par trajet ; elle est plafonnée à 4 € par jour et globalement avec les autres franchises (médicaments et auxiliaires médicaux) à 50 € par an.

Définitions

VSL : Véhicules sanitaires légers.

Effet de structure : modification des parts de marché entre les acteurs ; lorsque la part des ambulances augmente au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à prix inchangé, car un transport en ambulance est trois fois plus coûteux qu'un transport en VSL.

ALD : Affection de longue durée.

ARH : Agence régionale d'hospitalisation.

ARS : Agence régionale de santé.

Les transports de malades 1.13

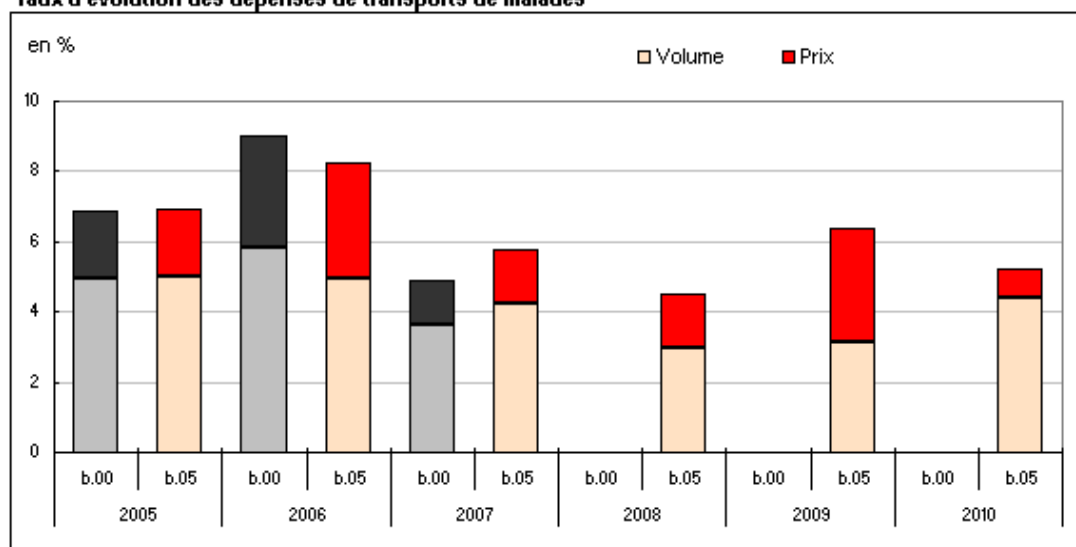
Consommation de transports de malades

en millions d'euros

		Base 2000				Base 2005					
		2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation de transports		1 886	2 823	3 083	3 235	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
Évolution	Valeur	8,4	7,0	9,2	4,9	7,0	8,4	5,8	4,5	6,5	5,2
(en %)	Prix	1,6	1,9	3,2	1,3	1,9	3,3	1,5	1,5	3,3	0,8
	Volume	6,6	4,9	5,8	3,6	5,0	5,0	4,2	3,0	3,1	4,4

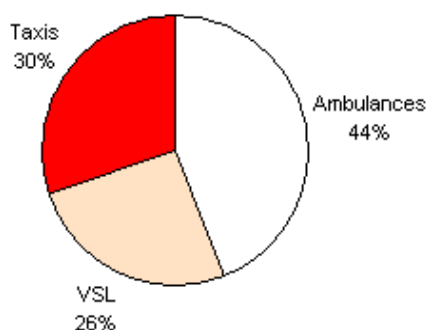
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de transports de malades



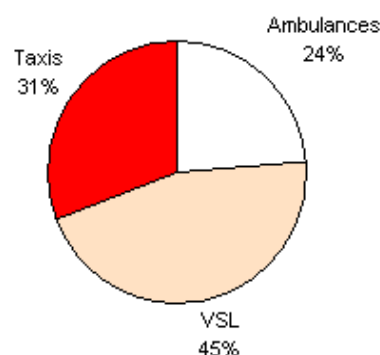
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Répartition de la dépense de transport (hors SMUR) en 2007



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

Répartition du nombre de transports (hors SMUR) en 2007



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

1.14 Les échanges extérieurs

Les Comptes de la santé évaluent la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) effectuée **en France par les assurés sociaux français** et les personnes prises en charge au titre de l'**AME** ou pour des soins urgents. Celle-ci exclut la consommation de soins d'assurés sociaux français soignés à l'étranger ainsi que la consommation de soins effectués sur le territoire français par des assurés sociaux étrangers.

Les échanges extérieurs de soins de santé sont retracés dans les comptes du **CLEISS** et du **CNSE**.

Le CLEISS comptabilise les échanges de soins avec les pays de l'Union européenne, ainsi qu'avec des pays ayant signé une convention bilatérale avec la France.

Deux types de remboursements sont effectués par le CLEISS :

- des factures pour les assurés sociaux français soignés à l'étranger, de façon inopinée mais avec une carte **EHIC** ou programmée avec une autorisation préalable de l'assurance maladie ; ces soins doivent être traités en **importation** ;
- des **factures** et des **forfaits** réglés pour les assurés de régimes français résidant de façon permanente à l'étranger ; ces soins sont exclus du champ de la comptabilité nationale.

De façon symétrique, le CLEISS encaisse :

- des factures pour les soins reçus en France (soins inopinés ou programmés) par des assurés de régimes étrangers venus de façon temporaire ; ces soins doivent être traités en **exportation** ;
- des factures et des forfaits pour les assurés de régimes étrangers résidant de façon permanente en France ; ces soins

doivent être ajoutés en comptabilité nationale pour l'évaluation du montant global de la consommation de santé des résidents.

Le CNSE recense les soins engagés par des assurés sociaux français à l'étranger en dehors des accords européens (c'est-à-dire sans carte EHIC) et des conventions bilatérales, ainsi que dans les pays hors convention.

Compte tenu de ces définitions, les exportations de soins de santé se montent à 192 millions d'euros en 2009 et les importations à 130 millions d'euros.

On observe une consommation de soins facturés dans les hôpitaux français pour des assurés étrangers (268 M€) nettement plus forte que celle d'assurés français dans des hôpitaux étrangers (80 M€).

Pour les autres types de soins, les échanges sont plus équilibrés.

Les remboursements à la France les plus importants proviennent des pays frontaliers : Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie et Royaume-Uni. Ces 5 pays totalisent 81 % des créances présentées par le CLEISS en 2009.

De même, les paiements les plus importants effectués par la France vont vers 5 pays voisins : Allemagne, Belgique, Espagne, Royaume-Uni et Suisse, qui totalisent 60 % des remboursements effectués par le CLEISS et le CNSE en 2009. Enfin, 18 % des remboursements effectués (52 M€) vont vers la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, qui relèvent de conventions bilatérales.

Définitions

AME : Aide médicale d'État.

CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale) : il rembourse les prestations servies par les institutions étrangères à des assurés du régime français ; il demande aux institutions étrangères le remboursement des prestations servies par les organismes de santé français pour les soins dispensés en France à des assurés de régimes étrangers.

CNSE : Centre national des soins à l'étranger : pour les pays hors convention.

Carte EHIC : European Health Insurance card ou Carte européenne d'assurance maladie : elle a remplacé le formulaire E111 et permet une prise en charge des soins identique à celle des assurés du pays d'accueil.

Factures pour un assuré français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré français qui réside avec sa famille au Royaume-Uni et qui travaille en France : le règlement prévoit le remboursement des soins au Royaume-Uni, puis la France (où il cotise) rembourse le Royaume-Uni.

Forfaits pour les familles d'assurés français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré qui travaille et réside en France, alors que sa famille réside au Royaume-Uni : les soins à sa famille sont remboursés par le Royaume-Uni, puis la France rembourse le Royaume-Uni par forfait.

Pour en savoir plus

Rapport statistique – exercice 2009 », CLEISS, disponible sur le site www.cleiss.fr

Les échanges extérieurs 1.14

Les remboursements effectués par le CLEISS et le CNSE en 2009

en millions d'euros

	Hôpital	Médecins	Dentistes	Médicaments	Autres	TOTAL
Factures	80,5	48,4	4,8	19,9	20,8	174,3
dont Importations	64,8	34,9	3,2	11,7	15,4	130,0
Soins inopinés	51,4	31,3	3,2	10,8	13,2	109,9
Soins programmés	13,4	3,6	0,0	0,9	2,2	20,1
dont Soins aux assurés français résidant à l'étranger (*)	15,7	13,4	1,6	8,2	5,4	44,3
Forfaits Soins de familles d'assurés français résidant à l'étranger (*)						109,3

(*) Exclus du champ de la comptabilité nationale

Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Les créances présentées par le CLEISS en 2009

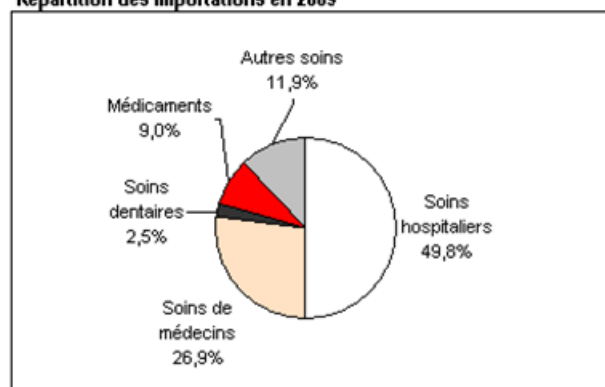
en millions d'euros

	Hôpital	Médecins	Dentistes	Médicaments	Autres	TOTAL
Factures	267,9	55,0	7,2	47,6	68,6	446,3
dont Exportations	163,2	9,3	0,3	5,9	13,4	192,1
Soins inopinés	130,7	7,8	0,3	3,6	9,5	151,9
Soins programmés	32,5	1,5	0,0	2,2	3,9	40,2
dont Soins aux assurés étrangers résidant en France (*)	104,7	45,7	6,9	41,7	55,2	254,3
Forfaits Soins de familles d'assurés étrangers résidant en France (*)						514,9

(*) A ajouter à la CSBM pour évaluer le montant global de la consommation de santé des résidents

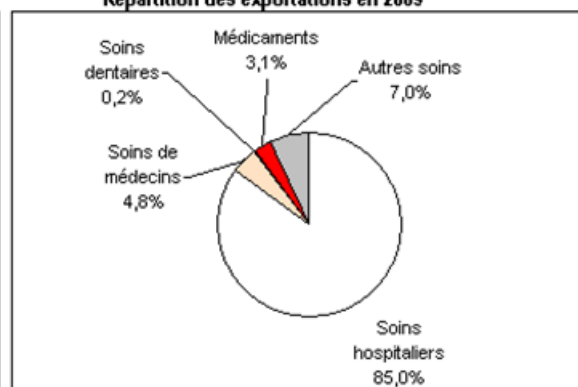
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des importations en 2009



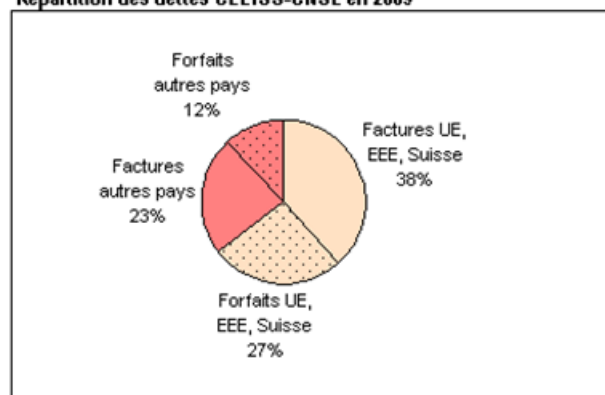
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des exportations en 2009



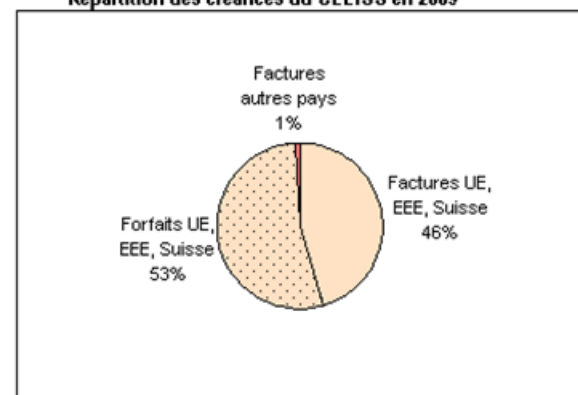
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des dettes CLEISS-CNSE en 2009



Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des créances du CLEISS en 2009



Sources : CLEISS, Comptes 2009.

2.1 La Dépense courante de santé

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Dépense courante de santé ont été revus. Les révisions principales portent sur la CSBM, les soins aux personnes handicapées désormais retracés avec les soins de longue durée aux personnes âgées et les coûts de gestion du système de santé.

La **Dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, en base 2005, la dépense courante de santé comprend :

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM),
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA**, **EHPAD**, **USLD** des hôpitaux) et à domicile (**SSAD**), les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail),
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective,
- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, **FIQCS** et aide à la télétransmission), la recherche médicale et

pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion du système de santé.

Par rapport à la base 2005, ont été ajoutées dans la DCS les dépenses de soins aux personnes handicapées en établissement, les subventions versées aux professionnels de santé (FIQCS, aide à la télétransmission). Les subventions versées par le **FMESPP** ne sont pas prises en compte car il s'agit essentiellement de subventions d'investissement.

En base 2005, la DCS est ainsi évaluée pour l'année 2010 à 234,1 milliards d'euros, soit 3 609 euros par habitant ; elle représente 12,1 % du PIB. La croissance de la DCS en valeur est de 2,3 % en 2010, contre +3,9 % en 2009.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+2,3 % en valeur en 2010), qui en représente les trois quarts. Ce sont les « autres dépenses pour les malades » qui représentent ensuite la part la plus importante (12,7 %), devant les coûts de gestion (6,8 %), les dépenses pour le système de soins (3,2 %) et la prévention institutionnelle (2,5 %).

La structure de la dépense courante de santé a très peu évolué en cinq ans. Depuis 2005, on observe une légère progression des « autres dépenses en faveur des malades », notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements.

Définitions

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, hors soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé,
- la consommation de soins ambulatoires (cabinets libéraux et soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux,
- la consommation de transports de malades.

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : Unités de soins de longue durée.

SSAD : Services de soins à domicile.

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Annexe 1, p. 259.

La Dépense courante de santé 2.1

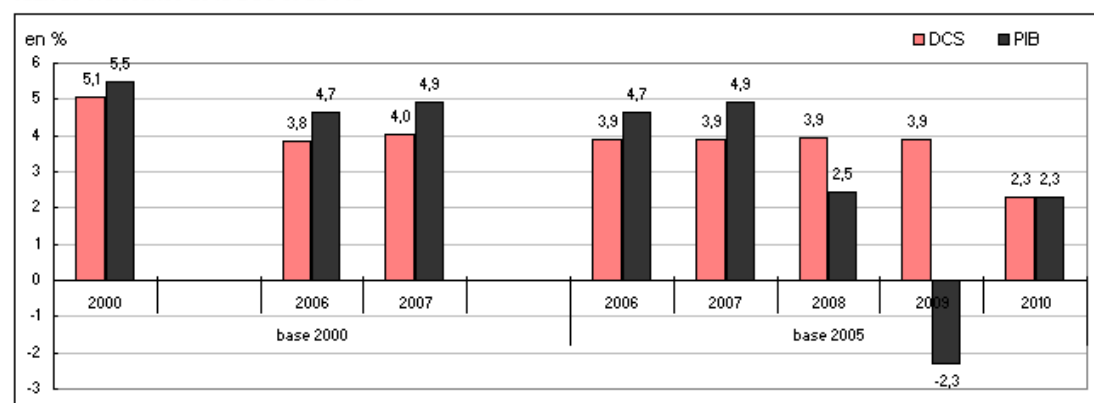
Dépense courante de santé

en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépense courante de santé	146 893	191 252	198 592	206 551	196 313	203 929	211 867	220 233	228 769	234 059
en % du PIB	10,2	11,1	11,0	10,9	11,4	11,3	11,2	11,4	12,1	12,1
CSBM	115 121	151 208	157 294	163 970	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
Autres dépenses pour les malades	11 094	15 072	15 600	16 423	22 622	23 490	24 722	26 673	28 555	29 716
SSAD	0	0	0	0	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	4 729	5 200	5 651	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665
Soins aux personnes handicapées en étab.	0	0	0	0	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 261
Indemnités journalières	8 162	10 343	10 400	10 772	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 457
Prévention	4 095	4 938	5 140	5 315	5 054	5 263	5 467	5 720	6 474	5 939
Prévention individuelle	2 316	2 799	2 884	3 009	2 914	3 012	3 166	3 295	3 444	3 483
- Prévention primaire	1 947	2 297	2 365	2 441	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
- Prévention secondaire	369	502	519	568	502	519	569	588	623	652
Prévention collective	1 779	2 140	2 256	2 306	2 140	2 251	2 301	2 424	3 030	2 456
Dépenses pour le système de soins	7 852	9 748	10 179	10 258	9 971	10 633	10 859	11 205	11 452	11 820
Subventions au système de soins	1 613	2 113	2 086	1 863	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 354
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 621	7 035	7 243	6 621	7 035	7 243	7 354	7 443	7 606
Formation	817	1 014	1 057	1 152	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 860
Coût de gestion de la santé	11 372	13 684	14 188	14 597	13 948	14 645	14 523	15 056	15 494	15 871
Double compte (recherche pharmaceutique)	-2 641	-3 398	-3 810	-4 012	-3 398	-3 850	-4 056	-4 131	-4 163	-4 255

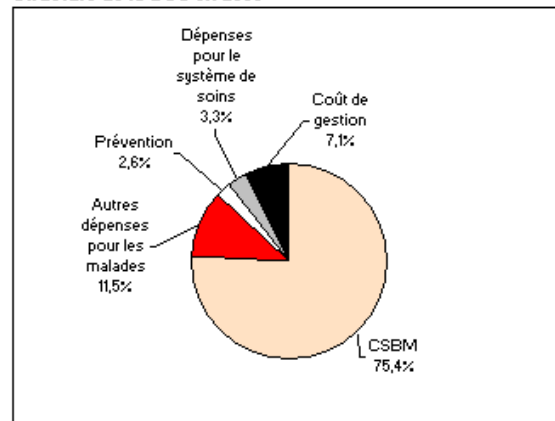
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance de la DCS et du PIB



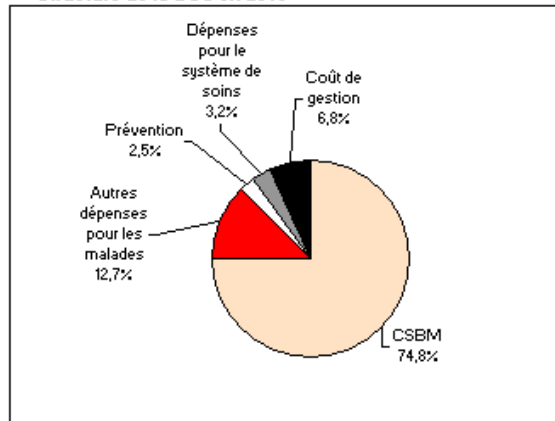
Sources : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB - base 2005.

Structure de la DCS en 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la DCS en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

2.2 Les soins de longue durée

Sont retracés en base 2005 les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, c'est-à-dire un équivalent de l'**OGD** médico-social.

Les soins de longue durée aux personnes âgées peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées : **EHPA** ou **EHPAD**.

Ils peuvent également être assurés à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes ou des infirmiers (services de soins à domicile ou SSAD).

En 2010, 7,7 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit une hausse de 5,4 % ce qui marque un ralentissement sensible par rapport aux années précédentes (+15,1 % en 2009).

Les soins en EHPA ou EHPAD représentent 6,6 milliards d'euros : ils augmentent de 10,2 % par rapport à 2009. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la forte expansion des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2010, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 47 000, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à 527 000. En effet, le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 58 % en 2010.

Malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes, les établisse-

ments publics d'hébergement pour personnes âgées restent encore largement majoritaires. En 2007, 5 000 places ont été ouvertes dans les EHPAD du secteur public et la filière gériatrique a été développée à l'hôpital. Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2010, on estime à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les USLD.

Par ailleurs, les Services de soins à domicile (SSAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,3 milliard d'euros en 2010, soit un doublement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 105 000 personnes en 2010 (99 000 en 2009). Les soins dispensés par les SSAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées en établissements (**MAS**, **FAM**,...) s'élèvent à 8,3 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 2,8 % par rapport à 2009.

Les soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées sont financés pour partie par l'assurance maladie (15,1 milliards d'euros dans l'**ONDAM** médico-social et 1 milliard d'euros dans l'**ONDAM** « autres soins hospitaliers » en 2010) et pour partie par la **CNSA** (1,2 milliard d'euros en 2010).

Définitions

OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

GIR : Groupes Iso-Ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

MAS : Maisons d'accueil spécialisées.

FAM : Foyers d'accueil médicalisés.

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Pour en savoir plus

« Les services des soins infirmiers à domicile en 2008 », D. Bertrand, *Études et résultats*, n° 739, DREES, septembre 2010.

« Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », S. Dos Santos et Y. Mardessi, *Études et résultats*, n° 718, DREES, février 2010.

« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31 décembre 2007 », J. Perrin-Haynes, *Document de travail*, n° 142, DREES, février 2010.

« Les établissements et services pour personnes handicapées », Tome 2 – Structures de soins et d'hébergement, Y. Mardessi, *Document de travail*, n° 141, DREES, janvier 2010.

« Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et résultats*, n° 699, DREES, août 2009.

Les soins de longue durée 2.2

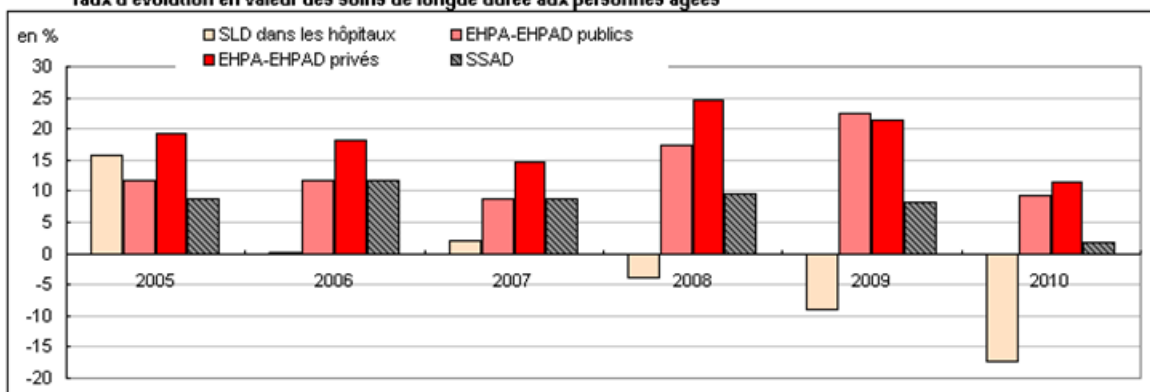
Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins de longue durée aux personnes âgées	5 546	6 100	6 639	7 521	8 584	8 999
Évolution en %	11,9	10,0	8,8	13,3	14,1	4,8
dont ONDAM personnes âgées	4 142	4 367	4 794	5 523	6 267	7 170
dont Contribution CNSA	0	834	888	918	882	896
Soins en établissements pour personnes âgées	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 407	1 409	1 439	1 383	1 258	1 039
Évolution en %	15,7	0,1	2,1	-3,9	-9,0	-17,4
Soins en maisons de retraite (EHPA - EHPAD)	3 228	3 673	4 095	4 928	6 015	6 626
Établissements publics	1 972	2 190	2 396	2 813	3 448	3 766
Évolution en %	6,7	11,1	9,4	17,4	22,6	9,2
Établissements privés	1 256	1 483	1 699	2 115	2 568	2 861
Évolution en %	19,1	18,1	14,6	24,5	21,4	11,4
Services de soins à domicile (SSAD)	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Évolution en %	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8
Soins en établissements pour personnes handicapées	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 261
Évolution en %	8,2	3,6	5,4	5,7	4,4	2,8
dont ONDAM personnes handicapées	6 663	6 638	6 996	7 376	7 727	7 947
dont Contribution CNSA	0	266	283	321	309	314

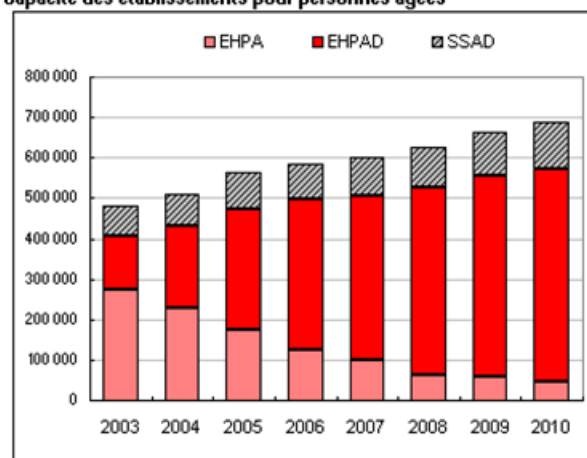
Source : CNAITS (DSES), Commission nationale de répartition pour les personnes âgées ; DSS, OGD pour les personnes handicapées.

Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



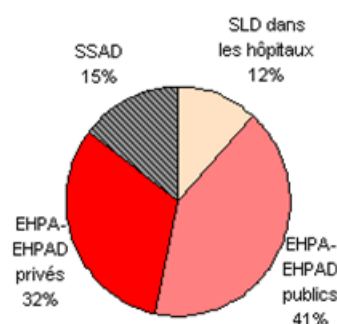
Sources : CNAITS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements pour personnes âgées



Sources : CNAITS (DSES), Commission nationale de répartition.

Répartition des soins de longue durée aux personnes âgées



Sources : CNAITS (DSES), Commission nationale de répartition.

2.3 Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques « maladie, accident du travail et maternité » versées par les régimes d'assurance sociale, hors fonction publique. En 2010, elles s'élèvent à 12,5 milliards d'euros. Après avoir augmenté en 2008 (+6 %), leur rythme de croissance a ralenti puisqu'il s'est établi à +4,2 % en 2009 puis +4,4 % en 2010. Ce rythme est en net retrait par rapport à celui des années antérieures à 2004 : +8,6 % en moyenne entre 2000 et 2003.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont un rythme de croissance de 3 à 4 % par an en moyenne. Après une hausse de 5,3 % en 2008 due à une reprise de la natalité, elles augmentent de 3,8 % en 2009 et de 3,3 % en 2010.

Une analyse de l'évolution en valeur des indemnités journalières des risques « maladie » et « accident du travail » du régime général montre que celle-ci est liée à plusieurs facteurs :

- l'évolution des salaires, qui constituent le prix des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des indemnités journalières, mais avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active, en raison des problèmes de santé qui peuvent apparaître avec l'âge, nécessitant des arrêts plus longs que pour les salariés plus jeunes ; on peut cependant noter que la part des seniors n'a d'impact que sur les indemnités journalières de longue durée (plus de 3 mois) alors qu'elle ne semble pas influencer sur celles de courte durée (moins de 3 mois) ;
- les mesures de maîtrise des dépenses, et notamment la politique de contrôle des arrêts de travail par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ainsi que les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

On peut ainsi noter que l'évolution du volume des indemnités « maladie » et « accident du travail », rapporté à l'emploi a connu des

ruptures de tendance en 2004 puis en 2007 puisque l'on a enregistré :

- une forte progression de 2001 à 2003, qui s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Au cours de ces trois années, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée aux alentours de 10,4 milliards d'euros ;
- une reprise de la hausse du volume des dépenses d'indemnités journalières rapporté à l'emploi à partir de 2007 ; l'infléchissement observé fin 2010 pourrait s'expliquer par l'absence d'épisode grippal important lors de ce dernier trimestre.

Depuis 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées. Les sorties des patients hors de leur domicile soit ne sont pas autorisées, soit sont interdites de 9h à 11h et de 14h à 16h. Dans le cadre de la procédure d'alerte liée au dépassement de l'**ONDAM**, les contrôles des arrêts de travail sont renforcés : à partir du 1^{er} novembre 2007, ils sont devenus systématiques à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours auparavant. En 2008, a été introduit un dispositif permettant de suspendre le versement des IJ maladie lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical.

Après une première revalorisation de 1,8 % au 1^{er} janvier 2007, les indemnités journalières maladie de plus de 3 mois ont à nouveau augmenté de 1,1 % au 1^{er} janvier 2008, puis au 1^{er} janvier 2009.

Enfin, à partir du 1^{er} décembre 2010, le calcul des indemnités journalières versées par la CNAM, la MSA et le RSI est effectué sur une base de 365 jours au lieu de 360, ce qui devrait permettre une économie estimée à 110 millions d'euros en année pleine.

Définitions

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 9-4.

« Les indemnités journalières », F. Lê, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

Les indemnités journalières 2.3

Dépenses d'indemnités journalières

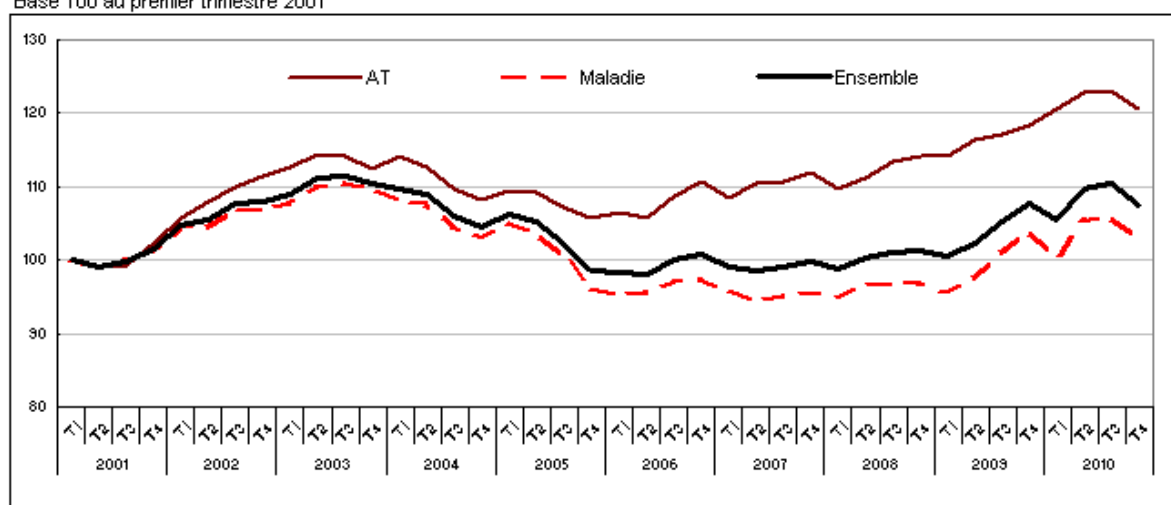
en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	8 199	8 833	9 703	10 386	10 426	10 412	10 487	10 803	11 455	11 931	12 457
Maladie	4 622	4 981	5 519	5 924	5 892	5 802	5 691	5 845	6 215	6 458	6 770
Maternité	2 064	2 155	2 254	2 360	2 421	2 498	2 619	2 644	2 784	2 886	2 985
Accidents du travail	1 514	1 698	1 929	2 102	2 113	2 113	2 176	2 315	2 455	2 587	2 701
Evolution (en %)	9,4	7,7	9,8	7,0	0,4	-0,1	0,7	3,0	6,0	4,2	4,4

Sources : DREES, ensemble des régimes de base d'assurance-maladie - base 2005.

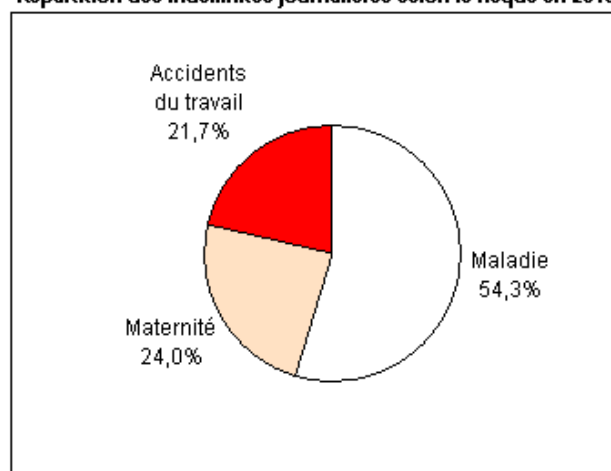
Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi, pour les salariés du régime général

Base 100 au premier trimestre 2001



Sources : Cnamts (régime général des salariés) pour les IJ, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

Répartition des indemnités journalières selon le risque en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé.

2.4 La prévention institutionnelle

La consommation de services de **prévention institutionnelle** (ou organisée) s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2010, dont 3,5 milliards pour la prévention individuelle et 2,4 milliards pour la prévention collective. Les dépenses de prévention collective qui avaient fortement augmenté en 2009 en raison des dépenses engagées pour lutter contre la grippe H1N1, reviennent ainsi au niveau atteint en 2008.

La **prévention individuelle** concerne les actions dont ont bénéficié individuellement des personnes, et dont la totalisation ne contient pas de double compte avec la consommation de soins et biens médicaux. On distingue :

- la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies.

La **vaccination** en est l'exemple type, mais sont présentées ici les seules dépenses de vaccination « organisée ». Il faut y ajouter les actions de la Protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail ;

- la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement ce qui exclut, au sens des comptes, les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne principalement les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Avec les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 M€ en 2003 à 185 M€ en 2010. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires : le budget consacré à ces derniers a presque triplé entre 2003 et 2010 (50 M€), avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non « individualisables », c'est-à-dire non imputables à un individu. En raison de

la fusion des programmes 204 (Prévention et sécurité sanitaire) et 228 (Veille et sécurité sanitaire) de la LOLF en 2009, la nomenclature des dépenses de prévention collective est un peu modifiée. On distingue :

- la prévention collective à visée comportementale, qui comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé ;

- la prévention collective à visée environnementale, qui inclut l'hygiène du milieu (y compris la lutte anti-vectorielle), la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, veille, alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou crise, et la sécurité sanitaire de l'alimentation. C'est l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) qui a géré les crédits de prévention de la grippe H1N1 : les dépenses de l'EPRUS ont atteint 453 M€ en 2009 contre 60 M€ en 2008.

Avec 5,9 milliards d'euros en 2010, les dépenses de prévention s'élèvent à 92 € par habitant : après avoir augmenté de 12,5 % en 2009 à cause de la lutte contre la pandémie grippale, elles diminuent de 8,3 %. Les dépenses de prévention organisée représentent 2,5 % de la dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales ont financé 60 % de ces dépenses en 2010 comme en 2009, la Sécurité sociale 16 % (18 % en 2009) et le secteur privé 24 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, 23 % en 2009). Entre 1995 et 2010, cette structure a peu évolué ; elle n'a varié en 2009 qu'en raison de la part prise par la Sécurité sociale dans la prévention de la grippe H1N1 (majoration de la subvention annuelle versée à l'EPRUS par la CNAM et prise en charge de des bons de vaccination).

Définitions

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES (*Études et résultats*, n° 504, DREES, juillet 2006) ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002.

Vaccination : elle comporte les vaccins et leur administration ; cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable. Selon l'Afssaps, la consommation de vaccins se monte à 900 millions d'euros en 2010. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (135 millions en 2010) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé ; le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM.

Pour en savoir plus

Rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) du 13 juillet 2010.

Rapports annuels de performances annexés au PLR 2009, programme 204 « Santé publique et prévention », compte financier de l'EPRUS, et au PLR 2010.

La prévention institutionnelle 2.4

Dépenses de prévention institutionnelle

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	5 054	5 263	5 467	5 720	6 474	5 939
<i>Evolution en %</i>	1,1	4,1	3,4	2,7	13,2	-8,3
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
Vaccins *	97	101	104	107	132	112
PMI - Planning familial	619	632	653	677	694	724
Médecine du travail	1 334	1 370	1 407	1 465	1 507	1 513
Médecine scolaire	362	390	434	458	488	482
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	502	519	569	588	623	652
Dépistage des tumeurs	143	143	159	172	182	185
Dépistage et lutte contre les maladies infectieuses	149	164	189	174	186	211
Autres pathologies - qualité de vie	12	15	14	18	21	25
Examens de santé	173	170	175	177	184	182
Bilans bucco-dentaires	25	27	32	48	51	49
PREVENTION COLLECTIVE	2 140	2 251	2 301	2 424	3 030	2 456
A visée comportementale	444	462	507	474	505	509
Campagne en faveur des vaccinations	29	27	27	26	26	27
Lutte contre l'addiction	69	74	90	91	93	100
Information, promotion, éducation à la santé	346	361	390	357	386	382
A visée environnementale	1 696	1 788	1 794	1 951	2 525	1 948
Hygiène du milieu **	470	489	492	513	521	540
Prévention des risques professionnels	377	380	394	417	419	425
Prévention et lutte contre la pollution	202	181	145	156	157	208
Observation, veille, recherche, règlements ***	129	104	117	129	137	140
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	10	32	93	97	580	71
Sécurité sanitaire de l'alimentation	508	601	553	638	712	563

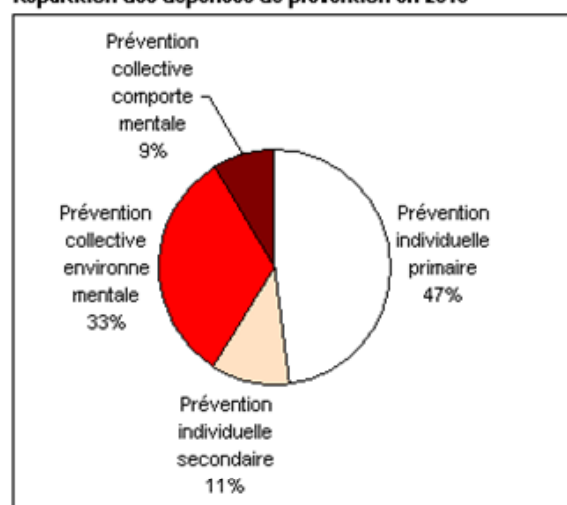
* selon l'AFSSAPS, les dépenses totales de vaccination s'élèvent à 900 millions d'euros en 2010.

** y compris lutte anti-vectorielle

*** Rédaction et mise en application des règlements concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention sanitaire.

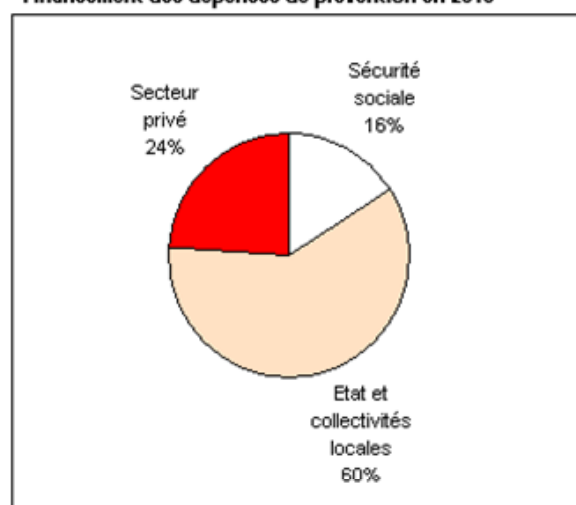
Sources : calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention en 2010



Sources : calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention en 2010



Sources : calculs DREES.

2.5 Les dépenses en faveur du système de soins

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux ;

En base 2005, le contour des subventions au système de soins a été revu pour prendre en compte de nouveaux dispositifs non pris en compte en base 2000.

En Base 2005, les **subventions au système de soins** comprennent :

- la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé, soit 2 milliards d'euros en 2010. Mise en place en 1960 pour les médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes...) ;
- la dotation versée par l'assurance maladie au **FIQCS** qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville, soit 228 millions d'euros en 2010 ;
- l'**aide à la télétransmission**, soit 86 millions d'euros en 2010.

Les dotations versées à d'autres fonds sont comptabilisées par ailleurs : celles de l'INPES ou de l'EPRUS dans les dépenses de prévention, celles de la HAS ou de l'ATIH dans les coûts de gestion du système de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** est évaluée à 7,6 milliards d'euros en 2010, soit 117 euros par habitant. En 2001, les financements publics et privés étaient équivalents. Depuis, la place du secteur privé a progressé et atteint 57 % en 2010.

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIRE (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Instituts Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc. ;

- la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche) ;

- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;

- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;

- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;

- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives).

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,9 milliard d'euros en 2010, soit une hausse de 4,3 % par rapport à 2009. Cette hausse est due à l'augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire. Elle est également due à la hausse des coûts des formations sanitaires et sociales relevant de la compétence des régions depuis 2005. Depuis la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux en 2005, on observe une forte croissance de cette dépense.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation (près de 90 %). La Sécurité sociale contribue au financement de la formation continue des médecins. Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, créé en 2007 et résultant de la fusion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (créé en 1999) et de la Dotation nationale de développement des réseaux (créée en 2002).

Aide à la télétransmission : elle a figuré dans les charges de gestion courante de la Cnam jusqu'en 2009 ; elle a donc été retranchée jusqu'en 2009 des coûts de gestion de la Cnam figurant dans la fiche 2.6.

Recherche médicale et pharmaceutique : une partie de ces dépenses figure déjà dans la CSBM : il s'agit du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. C'est pourquoi la dernière ligne des tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur est intitulée « double compte ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche qui seraient sinon comptés deux fois.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Document de travail, DREES, à paraître.

Les dépenses en faveur du système de soins 2.5

Les dépenses en faveur du système de soins

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	9 971	10 633	10 859	11 205	11 452	11 820
<i>Evolution en %</i>	4,3	6,6	2,1	3,2	2,2	3,2
Subventions au système de soins *	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 354
<i>dont PAM</i>	2 113	2 086	1 863	1 880	1 968	2 040
<i>dont FIQCS et aide à la télétransmission</i>	157	191	211	310	268	314
Recherche médicale et pharmaceutique **	6 621	7 035	7 243	7 354	7 443	7 606
Formation des personnels médicaux	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 860

* Prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé, FIQCS et aide à la télétransmission.

** y compris "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : DREES, ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Recherche médicale et pharmaceutique

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	6 621	7 035	7 243	7 401	7 511	7 606
<i>Evolution en %</i>	0,2	6,3	3,0	2,2	1,5	1,3
Financements budgétaires	3 096	3 097	3 116	3 191	3 301	3 303
Budget civil de recherche et développement	1 993	1 961	1 924	1 851	1 890	1 891
Universités et hôpitaux *	1 103	1 136	1 192	1 340	1 412	1 412
Autres financements	3 524	3 938	4 127	4 210	4 210	4 303
Industries pharmaceutique et matériel médical **	3 398	3 810	4 012	4 094	4 094	4 186
Secteur associatif	126	128	115	116	116	116

* y compris PHRC repris dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

** Ligne reprise dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

2.6 Les coûts de gestion du système de santé

*Les coûts de gestion de la santé ont fait l'objet d'une révision pour la base 2005. En effet, l'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État, et l'exploitation de données sur les organismes complémentaires (OC) recueillies par l'**Autorité de contrôle prudentiel (ACP)** une révision des coûts de gestion des OC.*

Les **coûts de gestion** du système de santé sont évalués à 15,9 milliards d'euros en 2010. Ils comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (y compris les contributions versées aux **ARS**) ;
- des organismes complémentaires : mutuelles, assurances et institutions de prévoyance ;
- du Fonds CMU, ainsi que :
- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (y compris celui des ARS) ;
- les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (**HAS, ATIH, CNG, ANAP**) ou à la compensation des accidents médicaux (**ONIAM**).

Concernant l'assurance-maladie, sont comptabilisés les coûts de gestion des différents régimes (hors aide à la télétransmission retracée avec les subventions au système de soins). Ces coûts s'élèvent à 7,8 milliards d'euros en 2010.

Depuis le passage à la LOLF en 2005, il n'existe plus de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget du programme 171 (offre de soins et qualité du système de soins), hors subventions à la HAS, à l'ATIH et au CNG ;
- le budget de fonctionnement de la 1^{ère} action (pilotage de la politique de santé publique) du

programme 204 (prévention et sécurité sanitaire).

Au total, le montant retenu pour le ministère chargé de la santé est de 0,7 milliard d'euros en 2010.

Pour les opérateurs publics (HAS, CNG, ATIH, ANAP et ONIAM), le montant des financements publics ou prélèvements affectés s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2010. Les autres opérateurs publics tels que l'INPES, l'InVS ou l'EPRUS sont déjà comptabilisés dans les dépenses de prévention (fiche 2.4).

Pour l'année 2009, les coûts de gestion des organismes complémentaires ont été évalués à partir des données recueillies par l'ACP. Pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (IP), ces coûts sont proches de ceux de la base 2000 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles et 0,9 milliard d'euros pour les IP en 2009. En revanche, les coûts de gestion des prestations maladie versées par les sociétés d'assurance ont fait l'objet d'une révision importante. En effet, lors de la base 2000, il n'existait pas d'information spécifique sur ces coûts. La structure des prestations versées par les sociétés d'assurance étant proche de celles des prestations des IP, le ratio « coûts de gestion / prestations versées » des IP avait été appliqué aux sociétés d'assurance, dont les coûts de gestion avaient ainsi été estimés à 1 milliard d'euros pour l'année 2009. L'exploitation des données ACP montre que les sociétés d'assurances engagent en réalité des frais d'acquisition de contrats (notamment en publicité) beaucoup plus importants que les IP, et que leur ratio coûts/prestations est nettement plus élevé. Pour la base 2005, les coûts de gestion des sociétés d'assurance ont ainsi été évalués à 2,3 milliards d'euros en 2009. Le ratio coûts/prestations calculé pour les sociétés d'assurance à partir des données ACP a été utilisé pour rétropoler les coûts de gestion de ces organismes en base 2005.

Définitions

Autorité de contrôle prudentiel (ACP) : créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACP recueille des états de contrôle prudentiel ainsi que des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire.

ARS : Agence régionale de santé, **HAS** : Haute autorité de santé, **ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, **CNG** : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, **ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance, **ONIAM** : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Pour en savoir plus

« Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », M. Garnero, C. Zaidman, DREES, octobre 2010.

Les coûts de gestion du système de santé 2.6

Coût de gestion du système de santé

en millions d'euros

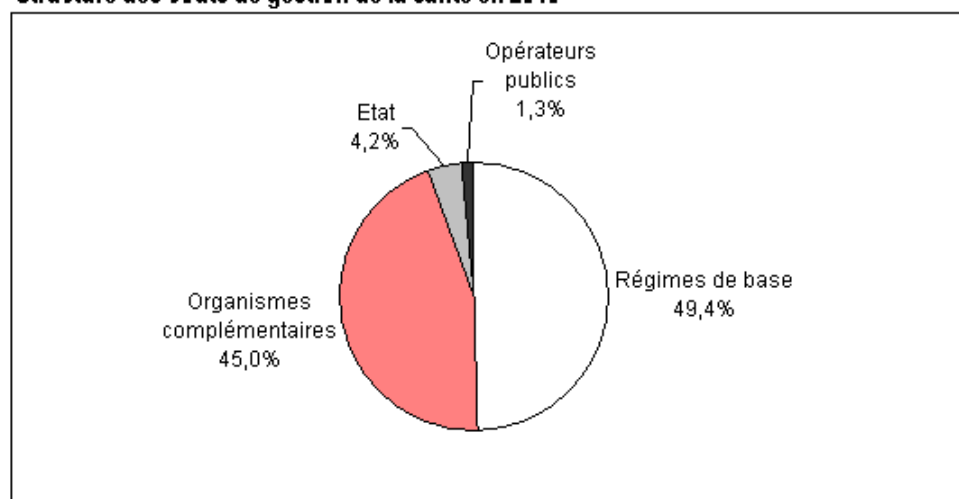
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	13 948	14 645	14 523	15 056	15 494	15 871
<i>Evolution en %</i>	6,0	3,7	-0,8	3,7	2,9	2,4
Principaux organismes gérant le risque maladie *	7 716	7 938	7 535	7 646	7 671	7 846
Organismes complémentaires	5 512	5 990	6 237	6 572	6 878	7 142
- Mutuelles	3 076	3 319	3 416	3 536	3 661	3 811
- Institutions de prévoyance	657	781	846	915	890	911
- Assurances	1 778	1 888	1 974	2 120	2 326	2 419
- Fonds CMU	1	1	1	1	1	1
Ministère chargé de la Santé	602	632	665	683	702	674
Opérateurs publics (HAS, ATIH, CNG, ANAP et ONIAM) **	118	85	86	155	244	209

* Cnamts, MSA, RSI, autres régimes : frais de gestion hors aide à la télétransmission comptée en subvention au système de soins.

** les frais de gestion des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (INPES, INVs, ABM, INTS, AFSSAPS, EPRUS).

Sources : DREES, Comptes de la Protection Sociale ; DSS, comptabilité des organismes de sécurité sociale ; calculs DREES à partir des données ACP pour les organismes complémentaires.

Structure des coûts de gestion de la santé en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé.

3.1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé

La **dépense totale de santé** (DTS) est le principal agrégat utilisé pour les comparaisons internationales entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2003.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DTS progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. Cette part est passée de 7,8 % du PIB en 2000 à 9,7 % en 2009 dans l'ensemble des pays de l'OCDE ; elle a très fortement progressé en raison de la diminution du PIB intervenue en 2009.

La DTS de la France présentée ici est toujours celle calculée en base 2000 ; elle représente 11,8 % du PIB en 2009, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. La France se place ainsi en 3^{ème} position, derrière les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et à un niveau légèrement supérieur à celui de l'Allemagne (11,6 %), du Danemark (11,5 %) et de la Suisse (11,4 %). Lorsque l'on considère la **dépense courante de santé** (hors dépense en capital), l'écart entre la France et la Suisse se réduit sensiblement : la DCS représente 11,5 % du PIB pour la France en 2009 et 11,4 % pour la Suisse.

La France se situe à un niveau légèrement plus élevé que la moyenne de l'OCDE (au dixième rang) pour la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (**PPA**). Celle-ci est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

En 2009, la part des produits et des services de santé dans l'ensemble des produits et

services effectivement consommés par les particuliers est de 13 % pour les pays de l'OCDE. En France, cette part de la consommation de santé est également un peu plus élevée que la moyenne de l'OCDE (16 %), mais très proche des niveaux observés dans plusieurs pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas) et nettement inférieure aux niveaux observés aux États-Unis (20 %).

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car le passage de la Dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, Eurostat et à l'OMS) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux).

Ce changement de définition s'est traduit par une hausse de + 0,5 point de PIB du ratio « dépense de santé / PIB » pour la France. En effet, pour la France, la DTS est évaluée à partir de la dépense courante de santé (DCS) diminuée des dépenses d'indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et de certaines dépenses sociales liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance.

Définitions

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé plus les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) : elle comprend la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, les indemnités journalières, les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique, de formation médicale, les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé.

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

Pour en savoir plus

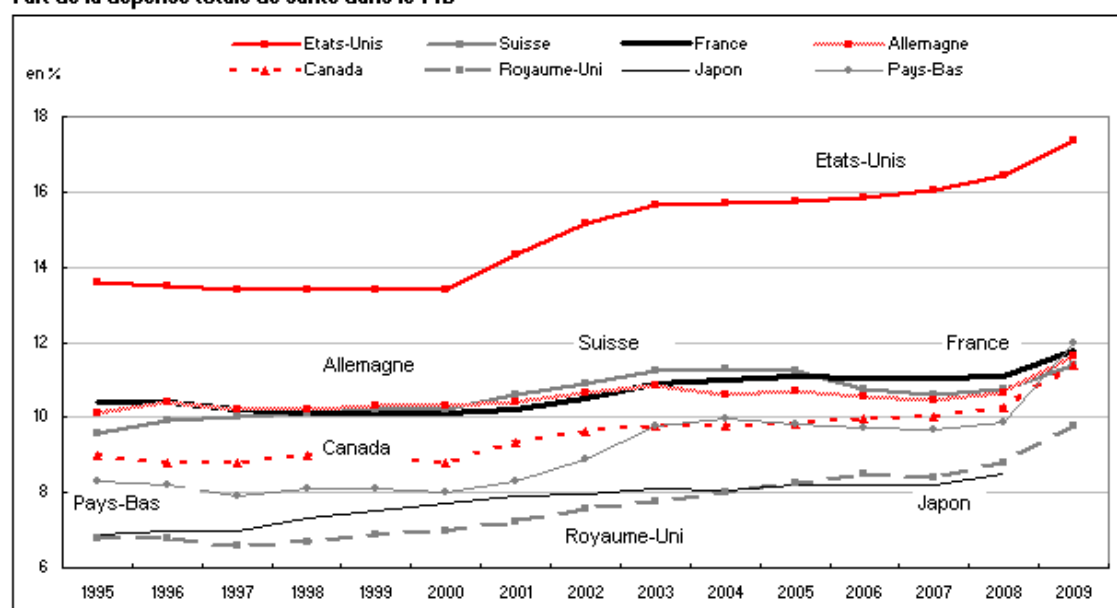
« Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/health/sha.

« Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé », A. Fenina, Y. Geffroy, Document de travail - Série Statistiques, n° 99, DREES, juillet 2006.

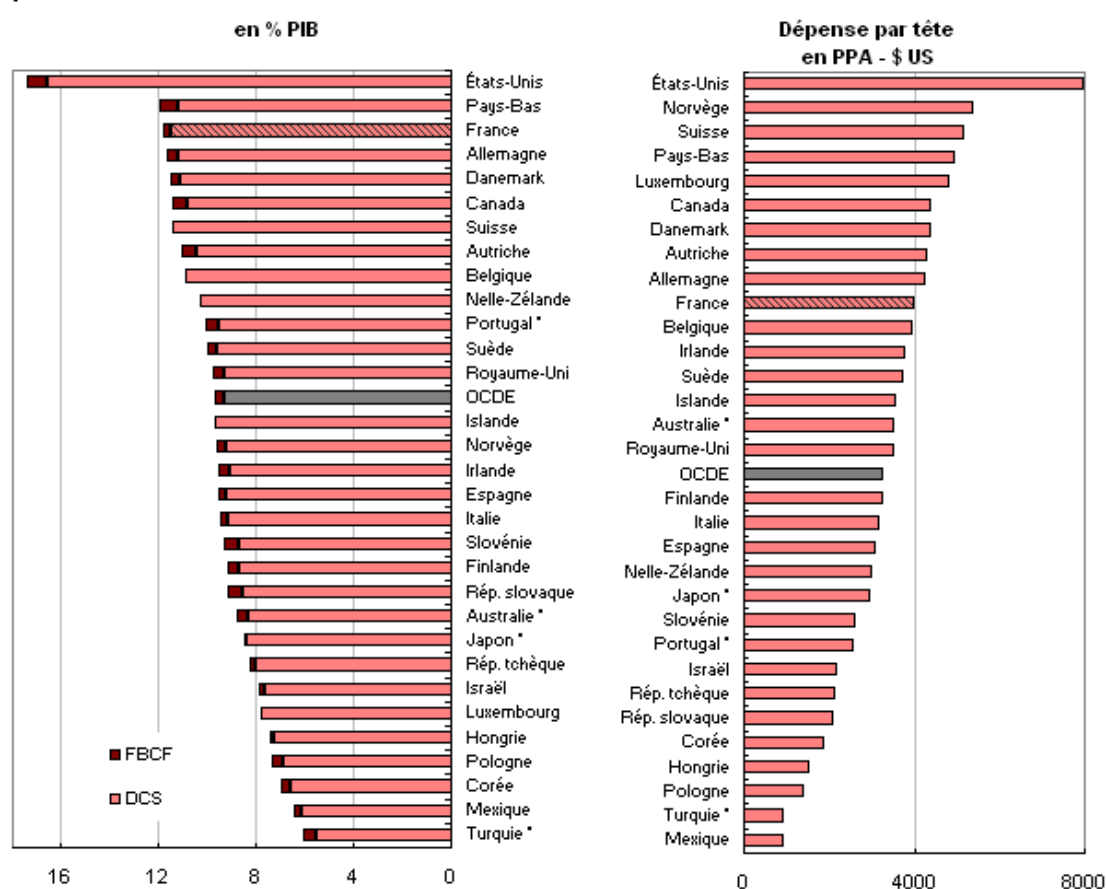
Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé 3.1

Part de la dépense totale de santé dans le PIB



Source : Eco-Santé OCDE 2011.

Dépense totale de santé en 2009



* Données 2008

Source : Eco-Santé OCDE 2011.

3.2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 78 milliards d'euros en 2009 (évaluation base 2000), les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 45 % de la consommation individuelle de soins et biens médicaux française ce qui place la France en 3^{ème} position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière la Norvège et les Pays-Bas et au même niveau que l'Autriche.

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : elles dépendent en effet étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. La chirurgie ambulatoire est, par exemple, restée interdite en Allemagne jusqu'en 1990, alors qu'elle se développait rapidement en France, d'où les écarts importants entre les deux pays. Lorsque, pour la France, on enlève l'hospitalisation de jour des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et biens médicaux passe à 37,7 %, ce qui place notre pays à la 8^{ème} position.

Dans le système international des comptes de la santé, deux approches sont utilisées concernant l'analyse des dépenses, celle par types de soins et celle par types de producteurs, comme l'illustre le cas des établissements hospitaliers.

L'hôpital en tant que producteur correspond à l'entreprise qui assure les soins : ainsi les montants des cliniques privées ne concernent que les dépenses de l'établissement et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant. Ces derniers sont producteurs de soins de médecins. A contrario les consultations externes des hôpitaux publics sont dans cette approche classées avec l'hôpital.

L'hôpital sous l'angle des soins correspond aux montants dépensés en hospitalisation complète : ainsi les consultations externes des hôpitaux publics sont reclassées en ambulatoire, les soins de moins de 24H publics et privés en soins de jour et les honoraires des médecins libéraux exerçant en hospitalisation complète réintégrés à l'hôpital privé.

L'approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et biens médicaux est de 42 % pour la France en 2009 (y compris les soins de longue durée) mais les niveaux des autres pays peuvent également varier de façon significative. La France se place alors à un niveau proche de celui de ses voisins européens.

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour les équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. Ce nombre s'élève à 3,5 lits pour 1 000 habitants en France pour 3,7 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits, passé de 4,7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3,7 en 2009. Le nombre important de lits de soins aigus observé en Allemagne ou en Autriche est lié au moindre développement de l'hospitalisation de jour dans ces deux pays.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier plus élevé. La France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,2 jours contre 6,3 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette durée moyenne de séjour a baissé dans tous les pays : elle est passée de 8,7 jours en 1995 à 6,3 jours en 2009.

Définitions

La Consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins de ville, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

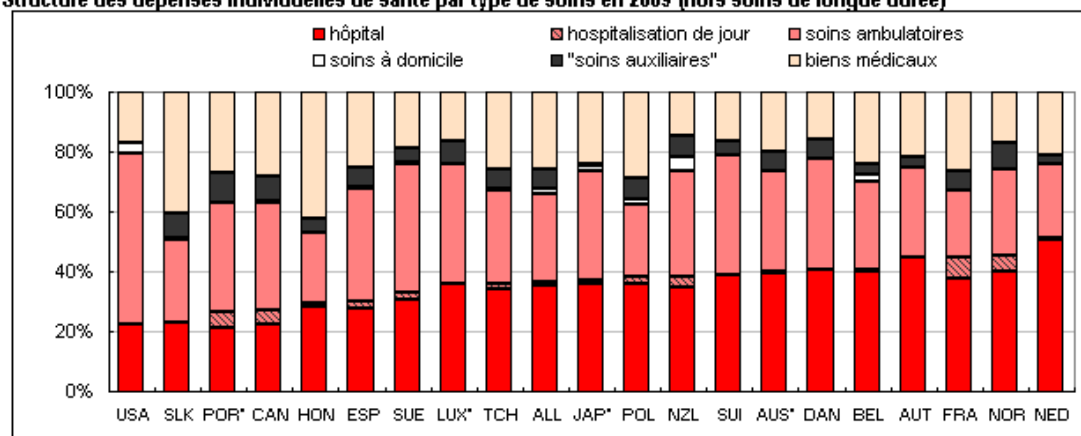
Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Comparaisons internationales des dépenses hospitalières 3.2

Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2009 (hors soins de longue durée)

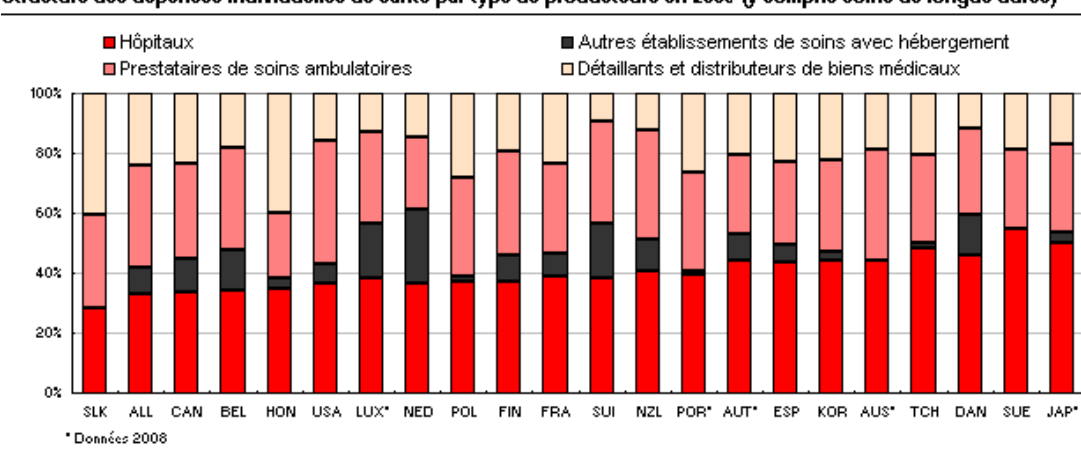


Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

* Données 2008

Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2009 (y compris soins de longue durée)

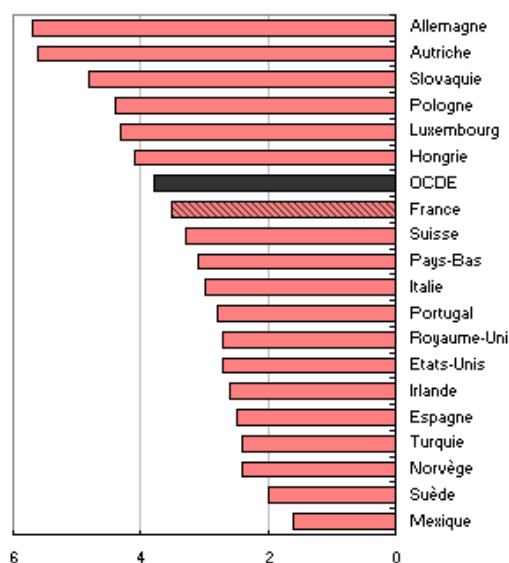


* Données 2008

Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée).

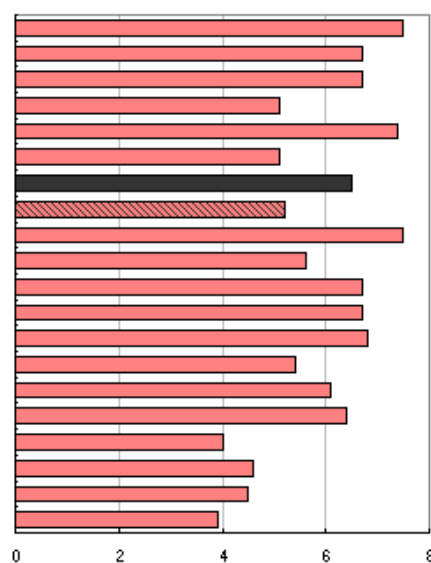
Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2009



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2009



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

3.3 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2009, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant était de 3,1 médecins pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays puisqu'elle va de moins de 2 médecins pour 1 000 habitants en Corée ou en Turquie à 4 médecins pour 1 000 habitants en Belgique et 6 en Grèce. La France se situe un peu au-dessus de la moyenne, avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

Cette densité de médecins a fortement augmenté durant les 30 dernières années, mais son rythme de croissance se ralentit nettement depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, son rythme de croissance est devenu inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2009 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période. En effet, de nombreux pays ont mis en place un « *numerus clausus* » dans les années 1980-1990, afin de tenter de ralentir la hausse des dépenses de santé.

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes/généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 2,2 en 2009, avec une grande hétérogénéité entre les pays. En France, on compte autant de spécialistes que de généralistes, comme au Portugal, au

Canada ou en Australie. Mais en Allemagne, au Royaume-Uni, aux États-Unis, dans les pays scandinaves ou d'Europe centrale, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les omnipraticiens. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la catégorie « autres ».

Dans certains pays (l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste.

Le nombre de **consultations** par habitant est de 6,7 consultations par an en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009. Mais cette moyenne recouvre des disparités très importantes : moins de 3 consultations par an en Suède ou au Mexique, pour plus de 11 en Hongrie, en République Tchèque, en Corée ou au Japon. La France se situe dans la moyenne, avec 6,9 consultations par an.

Le nombre de consultations par médecin est de 2 500 en moyenne par an. Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE : le nombre de médecins a en effet augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

En revanche, les dépenses par médecin ont augmenté dans la plupart des pays : la hausse moyenne est de 30 % en 15 ans. Elle est due à l'accroissement du revenu national mais aussi à l'amélioration de la qualité technique des soins médicaux.

Définitions

Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la France, la Grèce, les Pays-Bas et la Turquie incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

Pour en savoir plus

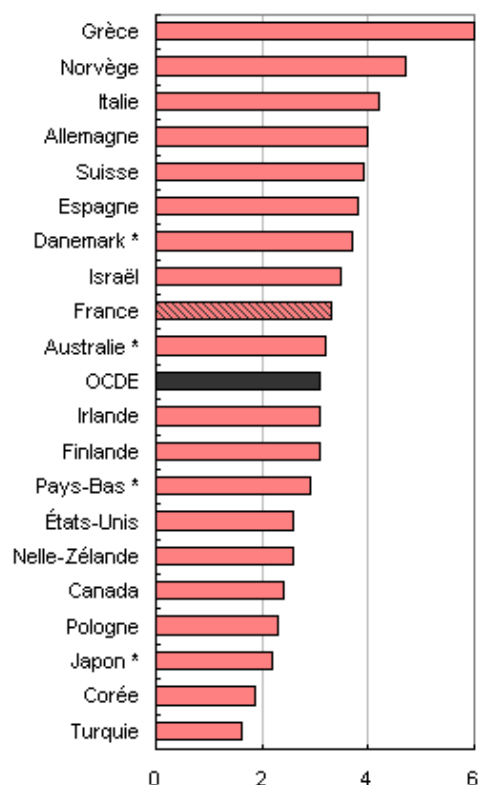
« Panorama de la santé – 2011 », OCDE, à paraître.

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Comparaisons internationales sur les médecins 3.3

Médecins en activité en 2009

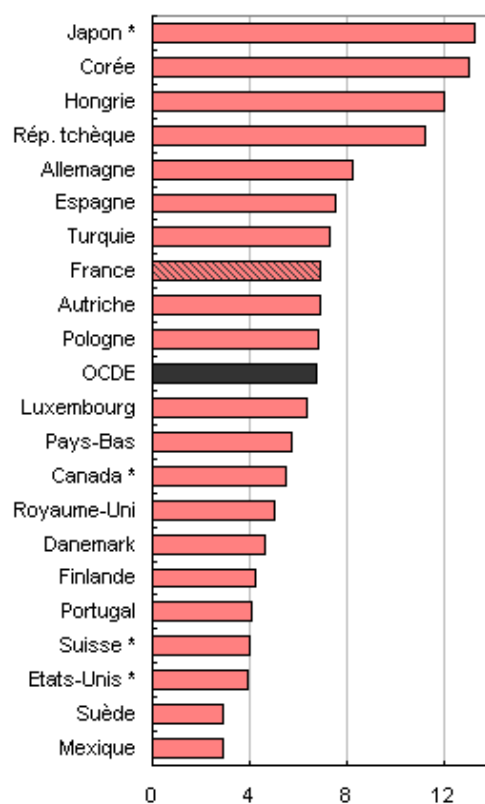
Densité pour 1 000 habitants



* Données 2008.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Nombre de consultations par habitant en 2009

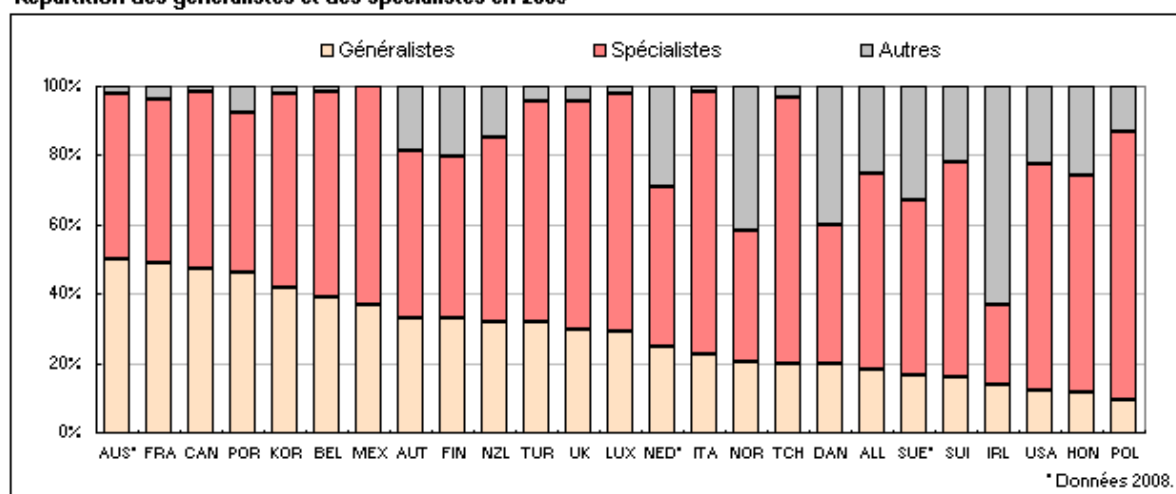


* Données 2008.

** Hors consultations privées de spécialistes pour le Royaume-Uni, hors visites des médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Répartition des généralistes et des spécialistes en 2009



* Données 2008.

Spécialistes : y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.

Autres : internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins.

Source : Eco-santé OCDE 2011.

3.4 Comparaisons internationales sur les médicaments

Selon l'OCDE, en 2009, la dépense française de produits pharmaceutiques (médicaments et pansements) rapportée au nombre d'habitants se situe au 4^{ème} rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada et de l'Irlande, à un niveau très proche de celui de la Belgique et de l'Espagne.

Dans les pays de l'OCDE, les fonds publics couvrent en moyenne 60 % des **dépenses pharmaceutiques**, proportion très inférieure à celles des soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication.

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2009, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a augmenté en moyenne de plus de 50 %, en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période.

Les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations peuvent concerner les

médecins prescripteurs (complément de rémunération si respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des médicaments **génériques** sur celles des médicaments **princeps**).

En 2010, la France reste l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en **unités standardisées** (SU) par habitant. Avec 1 438 SU par habitant, la consommation française est en effet de 40 % supérieure à celle observée dans les pays voisins.

En la mesurant en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant, la consommation française de médicaments s'avère encore supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni). En effet, la structure de la consommation pharmaceutique française se caractérise par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux. Elle est toutefois devenue inférieure à celle de la Suisse ou du Danemark.

La pénétration des génériques dans le **répertoire** a fortement progressé en France ces dernières années. Toutefois, la prescription des génériques est encore limitée en France par rapport aux pratiques observées chez ses voisins européens. En 2009, le taux de pénétration moyen des génériques est de seulement 33 % en France contre 47 % en Allemagne et 56 % aux Pays-Bas.

Définitions

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments délivrés sur ordonnance, l'auto-médication, mais aussi les achats d'autres produits médicaux non durables tels les pansements.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament **princeps** qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Unités standardisées (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

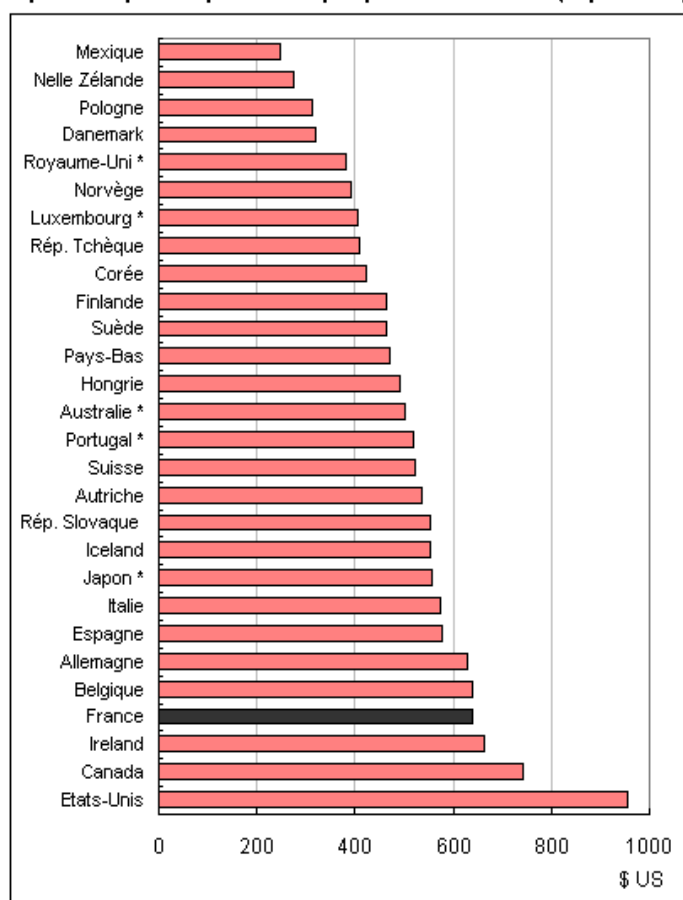
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 10-3.

« Comparaisons européennes sur 8 classes de médicaments », CNAM, *Points de repère*, n° 12, décembre 2007.

« Le marché du médicament dans 5 pays européens en 2004 », DREES, *Études et Résultats*, n° 502, juillet 2006.

Comparaisons internationales sur les médicaments 3.4

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2008 (en parités de pouvoir d'achat)



* Données 2008.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Chiffre d'affaires HT et quantités vendues par habitant en 2010

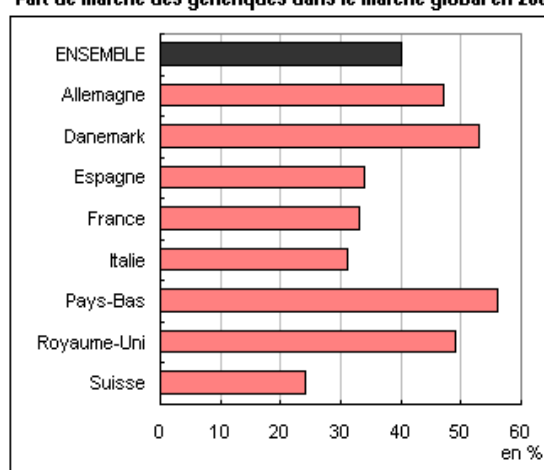
	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standard par boîte	Nb d'unités standard par hab.
Ensemble des 8 pays	258	29	39	1 112
Allemagne	315	18	61	1 078
Danemark	349	15	66	1 007
Espagne	239	30	37	1 102
France	336	48	30	1 438
Italie	201	31	26	791
Pays-Bas	189	17	40	672
Royaume-Uni *	167	26	49	1 276
Suisse	366	20	53	1 072

* les données IMS ne tiennent pas compte des ventes ne passant pas par les officines. Celles-ci sont sensiblement plus importantes au Royaume-Uni.

Sources : DREES – données IMS Health ;

Eco-Santé 2010 OCDE pour la population.

Part de marché des génériques dans le marché global en 2009



Lecture : en France, les génériques représentent 33% des unités standard vendues contre 56 % aux Pays-Bas.

Sources : DSS/6B – IMS Health.

4.1 Le financement des principaux types de soins

Avec les nouveaux contours de la CSBM en base 2005, la structure de financement des soins se déforme légèrement par rapport à celle de la base 2000. Sur l'année 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe de 77 % en base 2000 à 76,8 % en base 2005, et celle de l'État (AME + CMU-C org. de base) de 1,3 % à 1,2 %. La part des organismes complémentaires passe de 13,2 % à 13,0 % tandis que celle des ménages passe de 8,4 % à 9,0 %. Toutefois, les tendances précédemment observées perdurent.

En base 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** recule d'un point entre 2005 et 2010, passant de 76,8 % à 75,8 % pour l'année 2010. Elle avait diminué de 0,5 point entre 2005 et 2006, en raison de la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses et du début de la politique de remboursement de certains médicaments. Elle a à nouveau reculé en 2008 avec la mise en place de franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports de malades. Mais depuis 2008, la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau légèrement : en l'absence de mesure tarifaire importante, c'est la progression du nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (assurés en ALD) qui redevient prépondérante.

Sur la même période, le reste à charge des ménages a connu une évolution symétrique passant de 9,0 % en 2005 à 9,7 % en 2008, puis diminuant à 9,4 % en 2010. Enfin, la part des organismes complémentaires a quant à elle augmenté de façon continue, passant de 13,0 % en 2005 à 13,5 % en 2010.

Parmi les trois grands postes de la CSBM, c'est pour le **secteur hospitalier** que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée : 90,9 % en 2010. Représentant 92,1 % en 2005, cette part recule légèrement depuis. Cette diminution s'est essentiellement reportée sur la part des organismes complémentaires (+0,9 point). Cette évolution résulte notamment de la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 9 € en 2004 à 12 € en 2007, puis 13,5 € en

2010 pour la psychiatrie, et de 13 € à 16 € puis 18 € en 2010 pour les autres hospitalisations), de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place en septembre 2006 du forfait de 18 € par acte « lourd ».

Entre 2000 et 2008, la part des **soins de ville** prise en charge par la Sécurité sociale était orientée à la baisse tandis que, symétriquement, le reste à charge des ménages progressait. En particulier, en 2006, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point avec la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses, et à nouveau en 2008 avec la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. En 2009-2010, le reste à charge des ménages recule légèrement tandis que la part des organismes complémentaires augmente. En 2010, la part de la Sécurité sociale est de 63,2 % sur les soins de ville, celle des organismes complémentaires est de 22,3 % et le reste à charge des ménages de 12,7 %.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale avait fortement augmenté entre 1995 et 2005 en raison de l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel au traitement des affections de longue durée (ALD). Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, le taux de remboursement par la Sécurité sociale passant de 68,0 % en 2005 à 65,4 % en 2008, soit un recul de 2,6 points en 3 ans.

Symétriquement, le reste à charge des ménages, avait augmenté de 4,2 points sur ces 3 années, passant de 13,0 % à 17,2 %, notamment avec l'instauration en 2008 d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments. Depuis 2008, il recule à nouveau et s'établit à 16,3 % en 2010 : les ménages ralentissent leur consommation de médicaments non remboursables et l'effet ALD (remboursement à 100 %) perdure.

Définitions

CSBM : Consommation de biens et services médicaux.

Soins de ville : soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), analyses médicales et cures thermales.

Pour en savoir plus

« 55 années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

Le financement des principaux types de soins 4.1

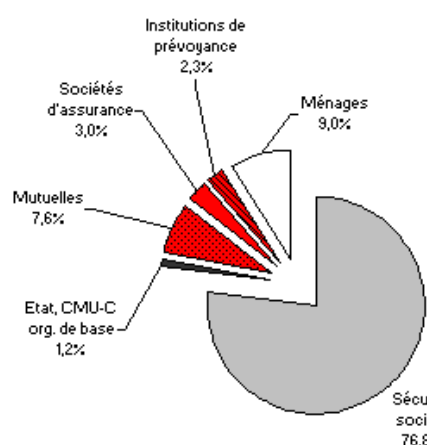
Evolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

en %

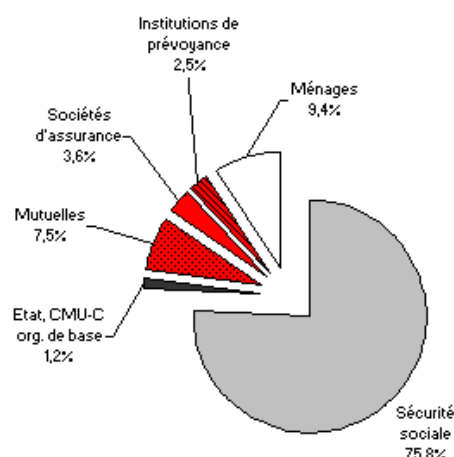
	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CSBM								
Sécurité sociale	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
Soins hospitaliers								
Sécurité sociale	92,2	91,9	92,1	91,5	91,4	91,3	91,2	90,9
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Organismes complémentaires	4,0	4,4	4,0	4,3	4,6	4,7	4,7	4,9
Ménages	2,7	2,4	2,9	3,1	3,1	3,0	3,1	3,2
Soins de ville								
Sécurité sociale	67,0	65,8	63,6	63,1	63,6	63,0	63,0	63,2
Etat, CMU-C org. de base	1,3	1,6	1,6	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	20,8	20,9	21,8	21,6	21,4	22,1	22,2	22,3
Ménages	10,9	11,7	13,0	13,3	13,1	13,1	13,0	12,7
Médicaments								
Sécurité sociale	65,1	67,5	68,0	67,2	67,5	65,4	65,7	66,2
Etat, CMU-C org. de base	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2
Organismes complémentaires	19,2	17,8	17,6	16,7	16,5	16,2	16,3	16,3
Ménages	14,2	13,2	13,0	14,6	14,6	17,2	16,7	16,3

Source : DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement de la CSBM en 2005



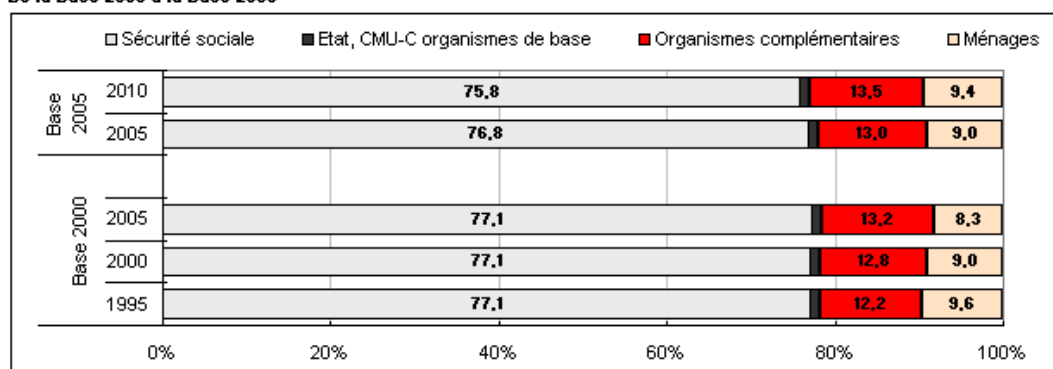
Structure du financement de la CSBM en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

De la base 2000 à la base 2005 *



* les contours de la CSBM ayant changé entre les 2 bases, les structures ne sont pas immédiatement comparables.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.2 Les financements publics

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux et de la Dépense courante de santé ont été revus. Le niveau de la CSBM a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros tandis que celui de la DCS augmentait de 5,7 milliards d'euros. Les révisions principales portent sur l'évaluation des soins hospitaliers et de médecins, sur l'automédication, sur le déplacement des SSAD de la CSBM vers les autres dépenses courantes, l'intégration des soins aux personnes handicapées et la révision des coûts de gestion du système de santé.

En base 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,8 % en 2010, soit 132,7 milliards d'euros. Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2010. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (cf. Annexe 2.2). Viennent ensuite les soins de ville (20,9 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent presque également entre médecins et « autres soins de ville ». Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3^{ème} poste important des dépenses de la branche maladie : 17,2 % en 2010.

La Sécurité sociale finance 74,2 % de la Dépense courante de santé (DCS) en 2010, soit 173,8 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements et les **SSAD**, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que les coûts de gestion de la Sécurité sociale elle-même. La part de la Sécurité sociale dans les dépenses de prévention, qui avait augmenté en 2009 avec une prise en charge de dépenses exceptionnelles liées à la grippe H1N1, revient au niveau des années antérieures.

Définitions

Financements publics : Sécurité sociale et État (AME, anciens combattants, collectivités locales).

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

SSAD : Services de soins à domicile.

CMU-C : la CMU complémentaire est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011.

« Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », B. Boisguérin, *Dossier Solidarité-Santé résultats*, n° 19, DREES, 2011.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM (0,3 % en 2010), il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État, collectivités locales et **CMU-C** organismes de base » représente en effet 4,9 % de la DCS, soit 11,5 milliards d'euros en 2010.

Parmi ces 11,5 milliards, 31 % sont consacrés aux dépenses de prévention (soit 2,5 % de moins qu'en 2009 en raison du recul des dépenses de prévention de la pandémie grippale) et 28,8 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15,3 % et les coûts de gestion du système de santé 6,1 %. Ceux-ci ont été revus à la baisse car ils comprennent désormais la seule part « Santé » et non plus la part « Action sociale » (incluse en base 2000).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'Aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.

Pour bénéficier de l'AME, il faut en outre disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2010, on comptait 228 000 bénéficiaires de l'AME (soit 5,7 % de plus qu'en 2009), dont 204 200 en France métropolitaine et 23 800 dans les DOM. À noter : la LFSS 2011 instaure à compter du 1/1/2011, un droit d'entrée annuel de 30 euros pour l'accès à l'AME. Pour 2010, les prestations versées par l'État au titre de l'AME s'élèvent à 457 millions d'euros.

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base. Leur montant s'est élevé en 2010 à 1,5 milliard d'euros.

Les financements publics 4.2

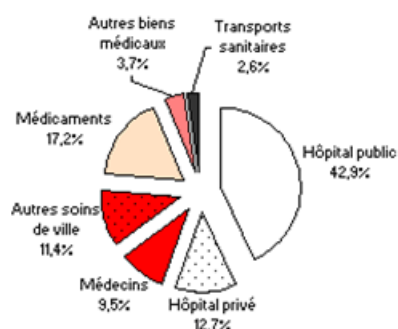
Financements publics en 2010

Dépenses par poste	Total 2010 en millions €	Sécurité sociale		Etat, collectivités locales, CMU-C org. de base	
		en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Hôpitaux du secteur public	61 750	56 961	92,2	781	1,3
Hôpitaux du secteur privé	19 454	16 829	86,5	78	0,4
Sous-total : Soins hospitaliers	81 204	73 790	90,9	858	1,1
Médecins	18 473	12 641	68,4	316	1,7
Auxiliaires	11 272	8 867	78,7	89	0,8
Dentistes	9 947	3 282	33,0	295	3,0
Laboratoires d'analyses	4 261	2 972	69,7	76	1,8
Sous-total : Soins de ville	43 953	27 762	63,2	776	1,8
Médicaments en ville	34 449	22 801	66,2	415	1,2
Autres biens médicaux en ville	11 578	4 874	42,1	84	0,7
Transports de malades	3 784	3 483	92,0	30	0,8
CSBM	174 968	132 710	75,8	2 164	1,2
Soins de longue durée	17 259	17 259	100,0	0	0,0
dont SSAD	1 334	1 334	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	7 665	7 665	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	8 261	8 261	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	12 457	12 457	100,0	0	0,0
Prévention	5 939	958	16,1	3 543	59,7
dont Prévention individuelle	3 483	485	13,9	1 606	46,1
dont Prévention collective	2 456	472	19,2	1 937	78,8
Subventions au système de soins	2 354	2 354	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 606	0	0,0	3 303	43,4
Formation	1 860	16	0,9	1 748	94,0
Coût de gestion de la santé	15 871	8 004	50,4	696	4,4
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ *	234 059	173 758	74,2	11 453	4,9

* corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.

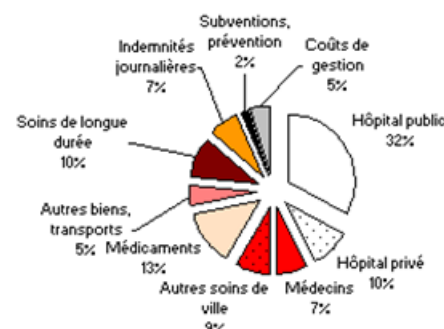
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2010)



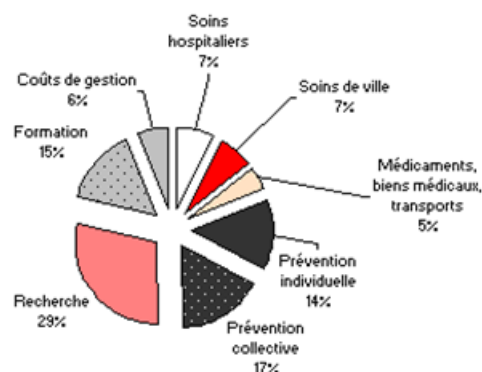
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DCS : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2010)



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DCS : structure de la dépense de l'Etat, des collectivités locales et de CMU-C org de base (2010)



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.3 La CSBM, la DCS et l'ONDAM

La **Consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins ville (y compris les soins en dispensaire),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les assurés français pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle est de 175 milliards d'euros en 2010.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En premier lieu, la CSBM exclut de son champ l'ONDAM médico-social ainsi que les dépenses qui n'ont pas le caractère de prestation (dotations à des fonds divers, subventions au système de soins et dépenses remboursées effectuées à l'étranger par des assurés français). En second lieu, l'ONDAM comptabilise les seules dépenses de l'assurance-maladie alors que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche des Comptes de la santé est donc plus large : outre les dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale, la CSBM comprend celles de l'État, des organismes complémentaires et des ménages eux-mêmes.

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée :

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSAD ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;

- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS**, **FMESPP**, **FAC**...) ;

- des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes en situation précaire, des dotations à certains fonds et des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des Comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention institutionnelle, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation est évaluée à 162 milliards en 2010.

L'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité, prestations diverses ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et aides à la télétransmission ; dotation au **FAC** ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;
- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au **FMESPP** ;
- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; et celle pour personnes handicapées ;
- les autres prises en charge : soins pour les assurés français à l'étranger, dotation nationale en faveur du **FIQCS**, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

FAC : Fonds d'action conventionnelle.

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011.

La CSBM, la DCS et l'ONDAM 4.3

Dépense courante de santé

en millions d'euros

	2010	dont Sécurité sociale
CSBM	174 968	132 710
Soins hospitaliers	81 204	73 790
Secteur public	61 750	56 961
Secteur privé	19 454	16 829
Autres soins et biens médicaux	93 764	58 920
Soins de ville	43 953	27 762
Médicaments	34 449	22 801
Autres biens médicaux	11 578	4 874
Transports de malades	3 784	3 483
Dépense Courante de Santé (DCS)	234 059	173 758
CSBM	174 968	132 710
Autres dépenses pour les malades	29 716	29 716
SSAD	1 334	1 334
Soins aux personnes âgées en étab. (2)	7 665	7 665
Soins aux pers. handicapées en étab. (2)	8 261	8 261
Indemnités journalières (3)	12 457	12 457
Prévention institutionnelle	5 939	958
Dépenses pour le système de soins	11 820	2 370
Subventions au système de soins (3)	2 354	2 354
Recherche médicale et pharmaceutique	7 606	
Formation des professionnels de santé	1 860	16
Coût de gestion de la santé	15 871	8 004
Double compte : recherche pharmaceutique	-4 255	

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD ou encore en MAS et FAM.

Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1,2 milliard d'euros en 2010).

(3) en Soins de ville dans l'ONDAM (sauf les IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

ONDAM

en millions d'euros

	2010
ONDAM Ville - Hôpital	145 800
Soins hospitaliers	70 800
y c. FMESPP	200
y c. USLD (1)	1 000
Soins de ville	75 000
y c. indemnités journalières maladie et AT (1)	10 000
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2 000
y c. aide à la télétransmission (1) et Fonds d'action conventionnelle (FAC)	200
ONDAM médico-social	15 100
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1) (2)	7 200
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	7 900
Autres prises en charge	1 100
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)	
ONDAM Assurance maladie	162 000

(1) dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(2) contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSAD.

(3) structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Sources : Rapport de la CCSS de juin 2011.

Passage de la CSBM à l'ONDAM

en milliards d'euros

	2010
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	132,7
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,0
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	8,2
+ Ondam personnes handicapées	7,9
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,4
+ Autres prises en charge (3)	1,1
Total	162,5
Ecart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2011)	162,0

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

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

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

4.4 Le financement par les organismes complémentaires

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, la part des organismes complémentaires a été revue à la baisse par rapport à la base 2000 en raison de la suppression des suppléments de frais d'hospitalisation inclus à tort en base 2000. En base 2005, les suppléments de frais d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour,...) versés par les OC sont retranchés de leurs prestations hospitalières : cette déduction fait baisser le niveau de prise en charge des soins hospitaliers par les OC de 0,4 point par rapport à la base 2000

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est tendanciellement orientée à la hausse en raison de la diffusion régulière de la couverture complémentaire au sein de la population : 94 % des ménages disposaient d'une couverture maladie complémentaire en 2008 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES. Cette part atteint 23,7 milliards d'euros en 2010, soit 13,5 % de la CSBM contre 13,4 % en 2009. Cette progression est assez faible par rapport aux évolutions des années antérieures ; elle est imputable essentiellement à la dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par les OC (+6,8 % en 2010, après +5,5 % en 2009).

Entre 2005 et 2008, la part des OC dans le financement des dépenses de santé avait augmenté, passant de 13 % en 2005 à 13,3 % en 2008. Cette progression résultait de deux évolutions contraires : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments, leur part dans les soins de ville restant stable. En 2009-2010, la part des OC augmente à nouveau, à 13,4 % puis 13,5 % : ce sont les soins hospitaliers et les autres biens médicaux qui contribuent le plus à cette hausse.

La part des OC dans les dépenses hospitalières est 4,9 % en 2010 contre 4,7 % en 2009. Cette hausse est principalement due à l'augmentation de 2 € du forfait journalier hospitalier (+1,5 € en psychiatrie) à partir du 1^{er} janvier 2010. Entre 2005 et 2007, elle avait progressé de 4 % à 4,6 % en raison de la hausse annuelle du forfait journalier hospitalier (passé de 13 € en 2004 à 16 € en 2007) et de

celle des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008 est intervenu l'effet en année pleine de la prise en charge par les OC de la participation de 18 € sur les actes « lourds » (cotés K50 ou de plus de 91 €). À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'est ajoutée une forte hausse des prestations des OC sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des OC a le plus progressé : elle atteint 35,7 % en 2010 contre 32,1 % en 2005.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des OC avait de fait plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des OC pour les médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 16,3 % en 2010.

Parmi les prestations versées par les OC, la 1^{ère} place revient encore aux médicaments, qui représentent 23,7 % de leur contribution. Viennent ensuite les autres biens médicaux (17,5 %), les soins hospitaliers (16,7 %), les soins de dentistes (16,2 %) et les soins de médecins (14,9 %).

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,4 milliard d'euros en 2010 – cf. *fiche 4.6*), la part des OC dans le financement de la CSBM passe de 13,5 % à 14,3 % en 2010.

Notons enfin que les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour...) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acuponcture, primes de naissance, ...). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent environ 1,2 milliard d'euros en 2010 (0,6 milliard pour les mutuelles, 0,4 milliard pour les sociétés d'assurance et 0,2 milliard pour les institutions de prévoyance).

Définitions

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

Pour en savoir plus

« Les contrats d'assurance complémentaire en 2010 », M. Garnero, *Études et résultats*, DREES, à paraître.
Sites internet : www.mutualite.fr, www.ffsa.fr et www.ctip.fr ; www.irdes.fr, ESPS.

Le financement par les organismes complémentaires 4.4

Financements des organismes complémentaires en 2010

(en millions d'euros)

Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 153	6 244	4 291	23 688	13,5
Soins hospitaliers	2 271	1 149	542	3 962	4,9
Soins de ville	5 254	2 611	1 948	9 813	22,3
Médecins	1 849	988	699	3 537	19,1
Dentistes	1 947	1 012	870	3 829	38,5
Auxiliaires médicaux	846	308	208	1 362	12,1
Laboratoires d'analyses	611	304	170	1 085	25,5
Médicaments	3 444	1 393	769	5 606	16,3
Autres biens médicaux **	2 082	1 044	1 013	4 139	35,7
Transports de malades	102	47	20	169	4,5
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	593	396	214	1 203	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour...)	354	282	141	777	
Prestations diverses	238	114	73	426	

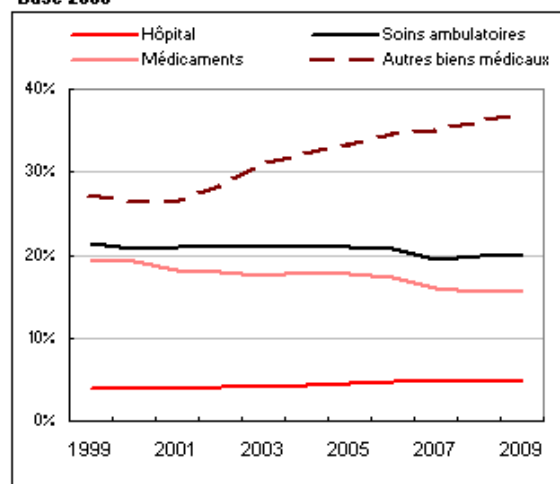
* y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

** Optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

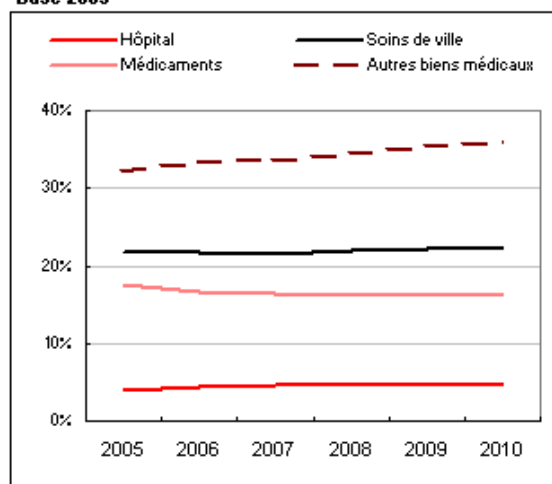
Part des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM

Base 2000



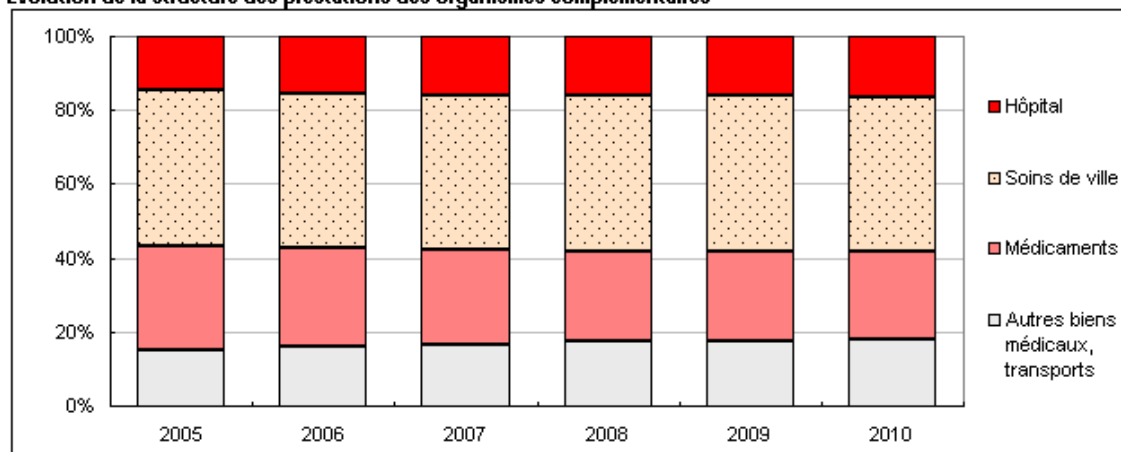
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2000.

Base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure des prestations des organismes complémentaires



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.5 Le reste à charge des ménages

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, la part des organismes complémentaires dans la CSBM est revue à la baisse par rapport à la base 2000, entraînant mécaniquement une révision à la hausse de la part du reste à charge.

En base 2005, le **reste à charge** des ménages est évalué à 16,4 milliards d'euros pour l'année 2010, soit 9,4 % de la **CSBM**.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse. De 2005 à 2008, elle a crû sensiblement passant de 9,0 % à 9,7 % de la CSBM en 2008. Cette progression a résulté de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale : instauration de participations forfaitaires ou de franchises que les complémentaires santé ne sont pas incités à prendre en charge, et déremboursement de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant. L'année 2009 marque l'arrêt de cette progression, et l'année 2010 plus encore : la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages diminue, passant à 9,6 % en 2009 puis 9,4 % en 2010.

Entre 2005, il a d'abord été introduit une participation forfaitaire de 1 € se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectaient ou non le parcours de soins. Cette mesure a alourdi le reste à charge des ménages : en effet, les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, les déremboursements de médicaments ont généré 350 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, alourdissant d'autant le reste à charge.

En 2007, le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 € par jour, a été porté à 4 € et la pénalisation des assurés ne

respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est passé à 50 % au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné, puis à 30 % en 2009.

En 2008, l'instauration de franchises sur les médicaments (0,50 € par boîte), sur les actes des auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et sur les transports sanitaires (2 € par transport), dont le montant total est plafonné à 50 € par patient et par an, a constitué une économie de 890 millions pour l'ensemble des régimes.

Enfin en 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 € (et de 12 à 13,5 € en psychiatrie), tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant passait de 35 % à 15 %. Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, certains d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15 %, ce surcoût se reportant alors intégralement sur les ménages.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages dans les grands postes de la CSBM. Cette part est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 3 %, pour l'hôpital. Pour les soins de ville, elle a augmenté en 2006, mais reprend depuis 2007 sa baisse tendancielle due à la hausse du nombre de patients pris en charge à 100 %. La part des ménages a en revanche nettement augmenté entre 2005 et 2008 pour les médicaments ; elle diminue en 2010 avec le recul des ventes de médicaments non remboursables, qui augmente mécaniquement le taux moyen de remboursement de cette dépense. Enfin, la part des ménages a diminué pour les autres biens médicaux (optique, matériels tels que fauteuils roulants,...) en raison de l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 % et d'une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses.

La France reste un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible (*cf. graphique 14 de la vue d'ensemble*).

Définitions

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « Total des dépenses de soins et biens médicaux » diminué de la « Somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

Pour en savoir plus

« 55 années de dépenses de santé : une rétropolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

Le reste à charge des ménages 4.5

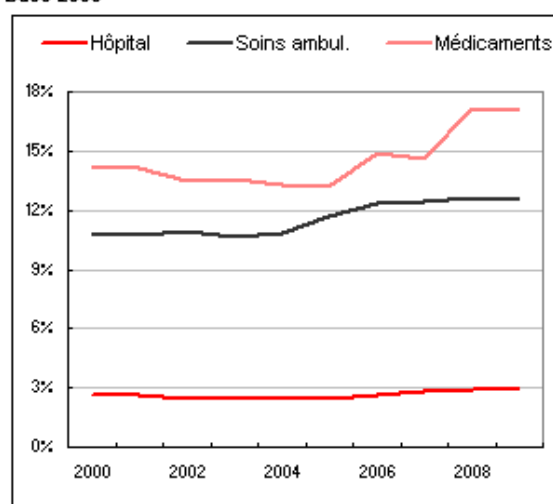
Reste à charge des ménages

	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense
Ensemble	13 292	9,0	14 477	9,4	14 900	9,3	16 077	9,7	16 354	9,6	16 406	9,4
Hôpital	1 992	2,9	2 220	3,1	2 255	3,1	2 299	3,0	2 471	3,1	2 594	3,2
Soins de ville	4 850	13,0	5 176	13,3	5 347	13,1	5 524	13,1	5 635	13,0	5 603	12,7
Médicaments	3 979	13,0	4 605	14,6	4 767	14,6	5 733	17,2	5 705	16,7	5 626	16,3
Autres biens médicaux	2 405	27,5	2 406	25,8	2 454	24,4	2 428	22,8	2 449	22,3	2 481	21,4
Transports de malades	66	1,4	70	2,3	76	2,4	93	2,7	94	2,6	101	2,7

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

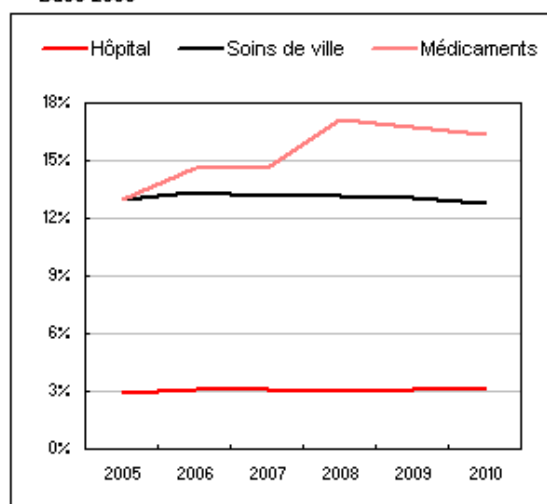
Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

Base 2000



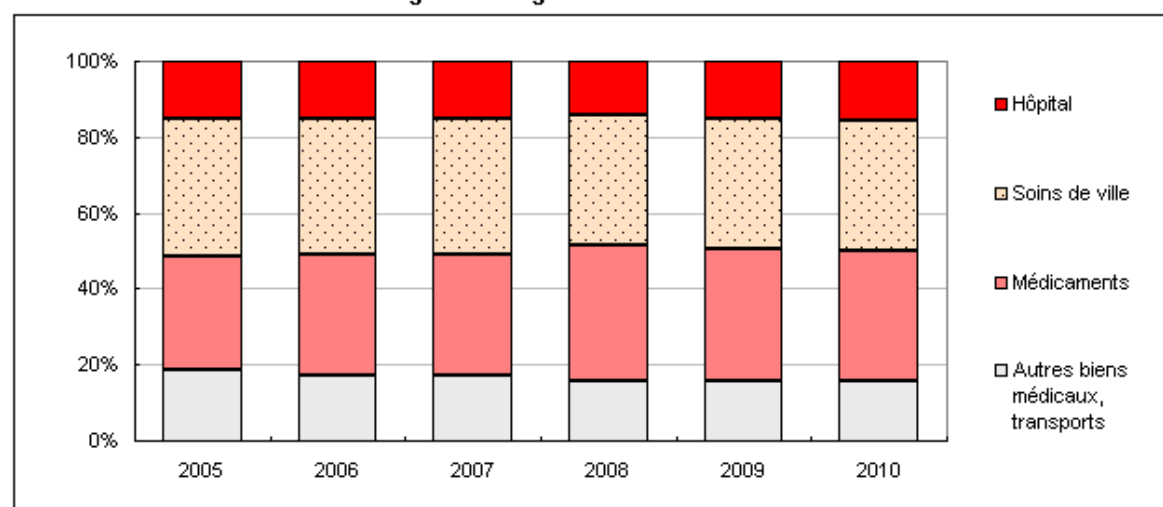
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2000.

Base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure du reste à charge des ménages



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.6 Le financement du Fonds CMU

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie. Son fonctionnement associe les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires « santé » ; elle est attribuée sous condition de ressources. Ce dispositif a été complété en 2005 par la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C.

Fin 2010, on compte 4,3 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 3 % de plus qu'en 2009 et 633 000 bénéficiaires de l'ACS, soit 5 % de plus qu'en 2009. Les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent recevoir leurs remboursements, sur option de leur part, soit de leur caisse primaire d'assurance-maladie, soit d'un organisme de couverture complémentaire maladie participant à la CMU : c'est le cas pour 15,1 % des bénéficiaires en 2010 (contre 14,5 % en 2009).

Depuis 2009, le Fonds CMU ne dispose plus d'aucune ressource provenant du budget de l'État ou de l'assurance-maladie. Les organismes complémentaires constituent désormais son unique source de financement. Le taux de la contribution sur le montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par ces organismes est passé à 5,9 % le 1^{er} janvier 2009, contre 2,5 % antérieurement. Cette contribution s'élève ainsi à 1,9 milliard d'euros en 2010.

Au 1^{er} janvier 2010, le Fonds CMU rembourse le coût de la CMU-C aux organismes concernés sous la forme d'un forfait fixé depuis le 1^{er} janvier 2009 à 370 € par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. Les dépenses constatées dépassent nettement ce montant, en particulier pour les bénéficiaires gérés par le régime général. En 2010, les dépenses par bénéficiaire s'élèvent à 430 €

euros en moyenne. Seul le RSI est « bénéficiaire » ; la MSA équilibre son compte mais la CNAMTS supporte une charge de 217 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2010. C'est la raison pour laquelle depuis 2009, le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAM : ce versement s'élève à 101 millions d'euros en 2010.

Les organismes de couverture complémentaire qui participent à la CMU déduisent du montant dû au titre de la contribution sur les contrats de couverture complémentaire maladie ce forfait de 370 € par bénéficiaire ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (135 millions d'euros en 2010 contre 110 millions en 2009). Cependant, quelques organismes complémentaires ont un montant total de contribution inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 370 € en 2010). Dans ce cas, le Fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés.

Au final, la contribution nette des organismes complémentaires s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2010. La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,3 % au lieu de 13,5 % en 2010.

Le traitement de la CMU-C dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Les dépenses liées à la CMU-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État, collectivités territoriales et CMU-C org. de base » soit 1,5 milliard d'euros en 2010 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurance » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations versées par ces organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010 », juin 2011, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche10.4.

Le financement du Fonds CMU 4.6

Compte du Fonds CMU en 2010

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Total charges	1 949	Total produits	1 949
Versements aux régimes de base	1 444		
Déductions "Contrats CMU-C" (1)	329	Contribution des org. complémentaires	1 856
Déduction "ACS" (aide au paiement d'une complémentaire santé) (2)	135		
Dotation aux provisions	12	Reprise sur provisions	93
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	28		

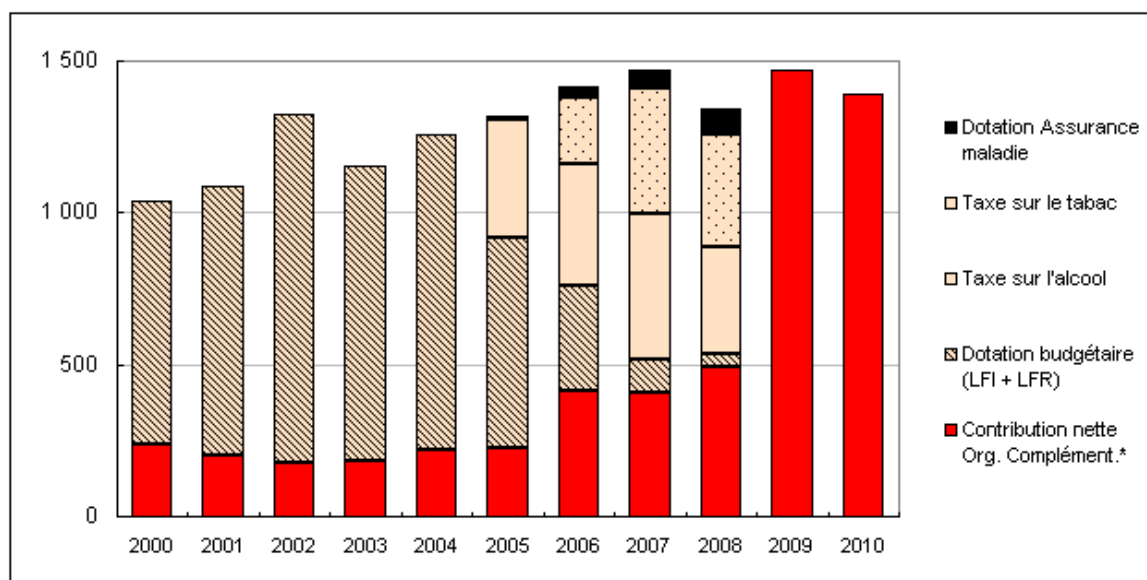
(1) Avoirs accordés aux OC (organismes complémentaires) pour les contrats CMU-C qu'ils gèrent.

(2) Avoirs accordés aux OC pour les déductions accordées à leurs clients au titre de l'ACS.

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010.

Evolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2010

(en millions d'euros)



* Contribution des OC nette des versements du Fonds CMU (forfaits et ACS).

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010.

Annexes

1. Les agrégats des Comptes de la santé

1.1. Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; à l'occasion de la publication de la nouvelle base dite « base 2005 », le niveau du PIB a été revu légèrement à la baisse.

Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, ont également fait l'objet de plusieurs modifications. Le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été revus. Les modifications portent d'une part sur les concepts et le champ des Comptes de la santé, et d'autre part sur les évaluations des séries. Elles concernent essentiellement :

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

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

1.2. La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'Aide médicale d'État (AME) ou pour des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement et les SSAD en sont exclus.

La CSBM regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés,
- les consommations de soins de ville,
- les consommations de transports de malades,
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, petits matériels et pansements).

En base 2005, les consultations externes des médecins sont intégrées aux soins hospitaliers, ce qui modifie la frontière entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Plusieurs autres modifications, de moindre ampleur, sont apportées aux autres soins de ville.

1.2.1. 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 (INSEE-DGFIP) – Consultations externes
Secteur hospitalier privé :	Frais de séjour hors Médicaments et LPP + Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires médicaux essentiellement mais aussi d'autres prestataires) + Médicaments et LPP (Stat. mensuelle CNAM)
Médecins en ambulatoire :	Honoraires totaux (Stat. mensuelle CNAM) – Honoraires perçus lors d'une hospitalisation privée complète + Consultations externes des hôpitaux du secteur public

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

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

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

Les consultations externes de l'ordre de 2 milliards d'euros 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 pour les « Honoraires de médecins en établissement privé », qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète.

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

1.2.2. Les autres soins de ville (soins ambulatoires en base 2000)

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

Le niveau de la consommation de soins d'infirmiers diminue de 1,3 milliard par rapport à la base 2000 en raison du rattachement des Services de soins à domicile (SSAD) aux soins de longue durée aux personnes âgées comptabilisés dans la Dépense courante de santé.

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

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

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

Globalement, le niveau de la CSBM de l'année 2009 a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros entre la base 2000 et la base 2005. Cette baisse résulte principalement du transfert des dépenses de SSAD et des révisions des coefficients « tous régimes ».

1.3. Les autres dépenses courantes de santé

Ces autres dépenses comprennent :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, SSAD et indemnités journalières ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

Les modifications conceptuelles relatives au passage à la base 2005 concernent le traitement des soins de longue durée. Les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé ont également bénéficié de nouvelles évaluations.

1.3.1. Les autres dépenses pour les malades

Les indemnités journalières (IJ) n'ont pas été révisées par rapport à la base 2000. Elles comprennent seulement les indemnités versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique) ; sont ainsi exclues les indemnités versées par les organismes complémentaires.

Les soins de longue durée ont en revanche été revus en base 2005. En effet, pour traiter de façon homogène les personnes âgées et les personnes **handicapées** hébergées en établissement, les soins de longue durée délivrés à ces dernières sont en effet intégrés dans la Dépense Courante de Santé (DCS) en base 2005 : ils représentent 8,3 milliards d'euros en 2010.

Les dépenses de **SSAD** (services de soins à domicile) sont ajoutées aux soins aux personnes âgées et non plus à la consommation de Soins infirmiers de la CSBM comme c'était le cas en base 2000. En effet, ces soins sont effectués à plus de 80 % par des aides-soignants et à moins de 20 % par des infirmiers. Il y a donc un transfert de 1,3 milliard d'euros à ce titre de la CSBM vers la DCS en 2010.

Ces choix, qui assurent un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permettent cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care¹ », il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ).

1.3.2. Les dépenses de prévention institutionnelle

Il s'agit des seules dépenses de prévention « institutionnelle » : elles ne comprennent pas les dépenses de prévention réalisées par chacun lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Leur niveau n'est pas notablement revu en base 2005.

1.3.3. Les dépenses en faveur du système de soins

Ces dépenses regroupent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les subventions ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en base 2005, à la suite de la création de nouveaux fonds par rapport à la base 2000.

Outre la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (2 milliards d'euros en 2010), les subventions au système de soins comprennent désormais la dotation versée par l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville (228 millions d'euros en 2010), ainsi que l'aide à la télétransmission (86 millions d'euros en 2010).

Ne sont pas comprises dans ce poste la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui est affectée pour l'essentiel à l'investissement et non à la dépense courante, ni les dotations à d'autres organismes tels que l'INPES, l'INVS, l'EPRUS ou encore l'ANAP, l'ATIH, le CNG déjà comptabilisées dans les dépenses de prévention institutionnelle ou dans les coûts de gestion.

Les dépenses de formation et de recherche conservent leur niveau de la base 2000.

1.3.4. Les coûts de gestion du système de santé

L'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État : ceux-ci sont évalués à 0,7 milliard d'euros pour l'année 2010.

Les coûts de gestion de l'assurance maladie (CNAM) représentent 7,8 milliards d'euros en 2010.

Ont également été pris en compte les financements d'opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM). Ces financements s'élèvent à 0,2 milliard d'euros pour l'année 2010.

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

² Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes.
Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

Enfin, l'exploitation de données sur les organismes complémentaires recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) pour le compte de la DREES a conduit à une révision des coûts de gestion des sociétés d'assurance (+1,2 milliard d'euros). Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont évalués à 7,1 milliards d'euros pour l'année 2010.

En base 2005, le montant total des coûts de gestion du système de santé s'élève ainsi à 15,9 milliards d'euros pour l'année 2010.

1.4. La dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Une partie des dépenses de recherche figure déjà dans la CSBM : le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. Afin d'éliminer les doubles comptes, ces dépenses sont retranchées du total des dépenses courante de santé.

La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe : FBCF).

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades, les dépenses en faveur du système de soins (hors double compte sur la recherche) et les coûts de gestion.

Entre la base 2000 et la base 2005, le niveau de la DCS a été revu à la hausse de 5,7 milliards d'euros : cette révision résulte de deux effets contraires, la diminution de la CSBM et l'intégration des soins aux personnes handicapées.

1.5. La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépense totale de santé/PIB ».

La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'ACTP³ et d'APA⁴ correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

Le passage de la CSBM à la DTS est présenté dans le tableau 1.

1.6. La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année n-3 révisé le compte semi-définitif.

Ainsi en 2011, on estime un compte provisoire pour 2010, un compte semi-définitif pour 2009 et on arrête un compte définitif pour 2008.

Pour le compte provisoire 2010, les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2010.

³ ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne.

⁴ APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie.

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

	Valeur (en milliards d'euros)					Evolution (en %)
	2008 b.2000	2009 b.2000	2009 b.2005	écart 2009	2010 b.2005	2010/2009
CSBM	170,1	175,7	171,0	- 4,8	175,0	2,3
DCS (Dépense courante de santé)	214,5	223,1	228,8	5,7	234,1	2,3
- Indemnités Journalières	- 11,4	- 11,9	- 11,9	- 0,0	- 12,5	4,4
- Prévention environnementale et alimentaire	- 1,2	- 1,3	- 1,4	- 0,1	- 1,3	5,6
- Recherche nette	- 3,2	- 3,3	- 3,3	0,0	- 3,4	2,2
- Formation	- 1,2	- 1,3	- 1,8	- 0,5	- 1,9	4,3
+ FBCF	6,3	6,2	6,1	- 0,1	6,1	-
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	13,5	14,2	5,5	- 8,7	5,9 (estim)	1,7
DTS (Dépense totale de santé)	217,3	225,7	221,9	- 3,8	227,0	2,3
PIB	1 940,3	1 907,1	1 889,2	- 17,9	1 932,8	2,3
DTS en % de PIB	11,20%	11,83%	11,75%	- 0,09 point	11,75%	0 point

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

Source : DREES, Comptes de la santé.

2. La production des établissements de santé

2.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et la nature de leur activité (commerciale ou pas), et non sur leur statut juridique.

- On désigne par « **secteur hospitalier public** » l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés qui étaient pour l'essentiel financés par une dotation globale hospitalière de 1983 à 2004, et qui, depuis 2005, sont financés par diverses dotations versées par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation, qui en est l'exacte contrepartie.

Les établissements regroupés sous ce terme sont :

- les établissements publics de santé ;
- les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements à but non lucratif) ;
- les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998 mais ne participant pas au service public hospitalier (également à but non lucratif).

- Le « **secteur privé** » désigne les établissements de soins privés anciennement hors dotation globale. Depuis le 1^{er} mars 2005, ils sont financés par la tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité MCO (court séjour : Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Ce secteur est constitué :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel. Ces établissements, d'un poids moindre, se spécialisent dans les moyens séjours (Soins de suite et de réadaptation) et longs séjours ;
- de quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

2.2. Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quel que soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la Tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100 % en 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), sont créées plusieurs dotations différenciées.

Les comptes s'attachent avant tout à estimer la Consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la Production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe⁵...) diminuée des Ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues depuis la base 2000 du champ de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (3)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe (2)	

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) cf. note de bas de page.

(3) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
+ Paiements partiels
+ Prestations prises en charge par l'État
+ Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
+ Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

2.3. Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.

⁵ La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche de la dotation aux amortissements.

3. Des indices spécifiques au secteur de la santé

3.1. Indices de prix et de volume en comptabilité nationale ⁶

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes, d'une part le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Quantité x Prix.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Volume x $\frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année de base}}$

Depuis la base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités.

Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47 €	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10 €	12 200

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :

- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200 / 10 400, soit + 17,3 % ;

- l'évolution du **volume** serait celles des quantités : 2 000 / 1 900, soit + 5,3 % ;

- l'évolution des **prix** se déduirait de celles du volume et de la valeur :

Indice de Prix = Indice de Valeur / Indice de Volume, soit + 11,4 %.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit « de meilleure qualité » ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer « l'effet prix » de « l'effet volume » dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :

⁶ Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n°198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

- valeur à prix constants du médicament 1 :..... 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 :.....1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (càd un volume) de 11 200 M€ ;
- la variation en **volume** est alors de 11 200 / 10 400, soit **+ 7,7 %** ;
- la variation des **prix** est de 12 200 / 11 200, soit **+ 8,9 %**.

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet « qualité ». Ce terme « qualité » se réfère uniquement aux caractéristiques particulières du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de « nature » plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1.

La variation de prix apparente (+ 11,4 %) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de + 11,4 % à + 8,9 %.

La variation du volume intègre ainsi l'effet « qualité » : elle est de 7,7 % alors que la simple hausse des quantités est de 5,3 %.

La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année $n-1$, l'absence d'indice étant relatif à l'année n .

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres et les indices de prix des indices de Paasche.

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

$$I_{Val} = \frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

$$I_{Vol} = \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

$$I_{Px} = \frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output). Dans les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

Dans d'autres cas les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

3.2. Indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, les établissements du secteur public hospitalier voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume (méthode input).

Depuis la base 2000, sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes se fasse par une méthode de mesure directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

On élabore désormais un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Cette méthode « output » appliquée au compte définitif 2008 donne le résultat suivant :

TYPES DE SEJOUR	Evaluation de la structure 2007 du montant des dépenses	INDICES de VOLUME en 2008
Médecine, chirurgie, obstétrique	0,789	1,033
<i>Hospitalisation supérieure à 1 jour</i>	<i>0,641</i>	<i>1,034</i>
<i>Hospitalisation inférieure à 1 jour</i>	<i>0,148</i>	<i>1,029</i>
Lutte contre les maladies mentales	0,131	0,990
Soins de suite et de réadaptation	0,081	1,020
INDICE de VOLUME	1,000	1,026

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Les indices de volume des quatre grandes catégories de types de séjour sont eux-mêmes le résultat d'indices de quantité de sous rubriques de dépenses (par exemple les 600 GHM en version 9 du PMSI) pondérés par la part financière de chaque sous rubrique.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output »

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Méthode "input"	1,005	1,008	1,013	1,010	1,015	1,026	1,020	1,016	1,015
Méthode "output"	1,005	1,008	1,013	1,011	1,015	1,023	1,017	1,013	1,026
Ecart entre "output" et "input"	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,003	0,011

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La méthode « output » est utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé pour le compte définitif.

3.3. Le prix des soins dans les établissements privés

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix.

L'indice de prix utilisé pour les établissements privés résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier).

3.4. Le prix des soins de médecins

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

3.5. Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE. Par construction, cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps, son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. L'écart de prix entre générique et princeps est en diminution sous l'effet des réactions de l'industrie pharmaceutique en matière de prix des princeps. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, partiel ou total, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

3.6. Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, ainsi que ceux des nutriments spécifiques, des gaz industriels (oxygénothérapie), de la location de matériel à des particuliers,...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements pour l'année 2007⁷.

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP.... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

⁷ « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

4. Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de la biomédecine
AcBUS : Accord de bon usage des soins
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : Automatisation DEs Listes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : Affection de longue durée
AMC : Assurance maladie complémentaire
AME : Aide médicale de l'État
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASMR : Amélioration du service médical rendu (médicament)
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : Accidents du travail – Maladies professionnelles
AVQ : Activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
CAPi : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire
CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNETH : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : Contribution sociale généralisée
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : Dotation globale hospitalière
DGTPE : Direction générale du trésor et de la politique économique
DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialité
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : Dépense totale de santé

E

ECPS : Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires
EEC : Enquête Emploi en continu
EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPAS : Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ERFS : Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux
ESPS : Enquête Santé et protection sociale
ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle
FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSE : Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GIR : Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut conseil en santé publique

I

ICM : Indice comparatif de mortalité
IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGN : Institut géographique national
IJ : indemnités journalières
INES : INsee-dreES (modèle de micro-simulation sur les revenus des ménages développé par l'INSEE et la DREES)
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
IP : Institution de prévoyance
IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM : Les entreprises du médicament
LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires d'assurance maladie
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique
OGD : Objectif global de dépenses
OMAR : Outil de Micro-simulation pour l'Analyse des Restes à charge
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
OQN : Objectif quantifié national

P

PAM : Prise en charge de cotisations d'Assurance Maladie (de professionnels de santé)
PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
PIB : Produit intérieur brut
PJP (ex) : Établissement hospitalier à prix de journée préfectoral
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)
PPA : Parité de pouvoir d'achat
PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexes au PLFSS)
PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES
PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'assurance maladie)

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SLD : Soins de longue durée

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIRAM et **SNIR** : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSAD : Services de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger.

Tableaux détaillés

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

valeur (millions d'euros courants)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
• Secteur public	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750
• Secteur privé	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
2. SOINS DE VILLE	37 372	38 822	40 739	42 066	43 191	43 953
• Médecins	16 485	17 075	17 840	18 236	18 534	18 408
• Auxiliaires Médicaux	8 071	8 553	9 273	9 856	10 437	11 009
- infirmiers	3 747	3 990	4 356	4 704	5 148	5 519
- masseurs-kinésithérapeutes	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 562
- autres	717	753	788	844	880	928
• Dentistes	8 740	9 016	9 315	9 558	9 715	9 947
• Analyses	3 769	3 869	3 993	4 099	4 188	4 261
• Cures Thermales (forfait soins)	307	309	319	317	317	328
3. TRANSPORTS DE MALADES	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
4. MÉDICAMENTS	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
• Optique	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 123
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 117
• Petits matériels et pansements	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 337
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968

6. MÉDECINE PREVENTIVE	2 914	3 012	3 166	3 295	3 444	3 483
• Prévention individuelle primaire	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
• Prévention individuelle secondaire	502	519	569	588	623	652
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	151 030	156 760	163 517	169 006	174 400	178 451

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de valeur

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	103,7	103,6	103,5	103,8	102,6
• Secteur public	103,5	103,4	103,0	103,6	102,5
• Secteur privé	104,6	104,4	105,0	104,7	103,1
2. SOINS DE VILLE	103,9	104,9	103,3	102,7	101,8
• Médecins	103,6	104,5	102,2	101,6	99,3
• Auxiliaires Médicaux	106,0	108,4	106,3	105,9	105,5
- infirmiers	106,5	109,2	108,0	109,4	107,2
- masseurs-kinésithérapeutes	105,6	108,4	104,3	102,4	103,5
- autres	105,0	104,7	107,1	104,2	105,5
• Dentistes	103,2	103,3	102,6	101,6	102,4
• Analyses	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7
• Cures Thermales (forfait soins)	100,5	103,1	99,4	100,1	103,5
3. TRANSPORTS DE MALADES	108,4	105,8	104,5	106,5	105,2
4. MÉDICAMENTS	102,6	103,8	102,1	102,0	101,1
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	106,6	107,6	106,2	102,9	105,5
• Optique	104,8	104,3	103,2	103,8	103,2
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	108,0	107,1	107,3	103,2	106,2
• Petits matériels et pansements	108,6	112,5	109,6	101,7	107,9
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	103,8	104,3	103,3	103,2	102,3
6. MÉDECINE PREVENTIVE	103,4	105,1	104,1	104,5	101,1
• Prévention individuelle primaire	103,4	104,2	104,2	104,2	100,4
• Prévention individuelle secondaire	103,3	109,6	103,5	105,9	104,6
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	103,8	104,3	103,4	103,2	102,3

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de prix

(indices des prix : base 100 année précédente)

	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,5	102,0	100,5	101,1	101,3
• Secteur public	101,8	102,1	100,4	101,3	101,5
• Secteur privé	100,6	101,6	101,0	100,5	100,5
2. SOINS DE VILLE	102,1	101,8	101,5	100,8	100,5
• Médecins	103,8	103,0	101,5	100,2	100,3
• Auxiliaires Médicaux	100,0	100,8	101,7	101,8	100,3
• Dentistes	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2
• Analyses	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Cures Thermales	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1
3. TRANSPORTS DE MALADES	103,3	101,5	101,5	103,3	100,8
4. MEDICAMENTS	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,6	100,5	101,6	101,3	100,5
• Optique	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	100,2	100,1	100,5	100,2	100,8
• Petits matériels et pansements	101,4	100,4	102,1	102,0	100,8
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	100,5	100,9	100,3	100,3	100,3

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de volume

(indices de volume-base 100 année précédente)

	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,2	101,6	102,9	102,7	101,4
• Secteur public	101,7	101,3	102,6	102,2	101,0
• Secteur privé	104,0	102,8	103,9	104,1	102,6
2. SOINS DE VILLE	101,8	103,1	101,7	101,9	101,2
• Médecins	99,8	101,4	100,7	101,4	99,0
• Auxiliaires Médicaux	106,0	107,5	104,5	104,0	105,1
• Dentistes	101,4	102,0	100,8	100,5	101,2
• Analyses	102,7	103,2	102,7	102,2	101,7
• Cures Thermales	97,9	96,9	96,3	97,4	101,4
3. TRANSPORTS DE MALADES	105,0	104,2	103,0	103,1	104,4
4. MÉDICAMENTS	106,5	106,5	104,5	104,7	103,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	106,0	107,1	104,6	101,6	104,9
• Optique	104,5	103,5	101,6	102,7	103,0
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,9	107,0	106,7	103,1	105,3
• Petits matériels et pansements	107,1	112,0	107,3	99,7	107,1
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	103,3	103,4	103,0	102,8	102,0

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

valeur (millions d'euros 2005)

(en millions d'euros 2005)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS	68 487	69 993	71 130	73 215	75 184	76 203
• Secteur public	43 757	44 490	45 053	55 764	57 017	57 569
• Secteur privé	13 141	13 526	14 026	17 451	18 167	18 634
2. SOINS DE VILLE	37 372	38 039	39 211	39 908	40 657	41 178
• Médecins	16 485	16 456	16 692	16 810	17 052	16 879
• Auxiliaires Médicaux	8 071	8 553	9 198	9 610	9 994	10 505
• Dentistes	8 740	8 860	9 036	9 107	9 148	9 254
• Analyses	3 769	3 869	3 993	4 100	4 189	4 262
• Cures Thermales	307	301	292	281	274	278
3. TRANSPORTS DE MALADES	2 816	2 956	3 081	3 172	3 271	3 414
4. MÉDICAMENTS	30 688	32 694	34 807	36 370	38 086	39 371
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	8 752	9 277	9 933	10 387	10 559	11 076
• Optique	4 242	4 435	4 592	4 665	4 790	4 935
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1 556	1 678	1 796	1 917	1 976	2 080
• Petits matériels et pansements	2 954	3 164	3 545	3 805	3 793	4 061
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	148 115	152 959	158 162	163 052	167 757	171 242

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de volume (base 100 en 2005)

(indices de volume - base 100 en 2005)

	2006	2007	2008	2009	2010
1. SOINS HOSPITALIERS	102,2	103,9	106,9	109,8	111,3
• Secteur public	101,7	103,0	105,7	108,0	109,1
• Secteur privé	104,0	106,9	111,1	115,6	118,6
2. SOINS DE VILLE	101,8	104,9	106,8	108,8	110,2
• Médecins	99,8	101,3	102,0	103,4	102,4
• Auxiliaires Médicaux	106,0	114,0	119,1	123,8	130,2
• Dentistes	101,4	103,4	104,2	104,7	105,9
• Analyses	102,7	105,9	108,8	111,1	113,1
• Cures Thermales	98,0	95,1	91,5	89,3	90,6
3. TRANSPORTS DE MALADES	105,0	109,4	112,6	116,2	121,2
4. MEDICAMENTS	106,5	113,4	118,5	124,1	128,3
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	106,0	113,5	118,7	120,6	126,6
• Optique	104,5	108,3	110,0	112,9	116,3
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	107,8	115,4	123,2	127,0	133,7
• Petits matériels et pansements	107,1	120,0	128,8	128,4	137,5
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	103,3	106,8	110,1	113,3	115,6

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

valeur (millions d'euros courants)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
• Soins aux particuliers	108 676	112 925	117 614	121 651	125 903	128 941
- soins hospitaliers	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
• Secteur public	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750
• Secteur privé	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
- Soins de ville	37 372	38 822	40 739	42 066	43 191	43 953
- Transports de malades	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
• Médicaments	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449
• Autres biens médicaux	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
12. SOINS DE LONGUE DUREE	12 209	13 004	13 919	15 218	16 619	17 259
- SSAD	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
- Soins aux personnes âgées en établissements	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665
- Soins aux personnes handicapées en établissements	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 261
13. INDEMNITES JOURNALIERES	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 457
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	170 738	177 238	185 074	192 384	199 511	204 684
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	2 914	3 012	3 166	3 295	3 444	3 483
- Prévention primaire	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
- Prévention secondaire	502	519	569	588	623	652
22 - PREVENTION COLLECTIVE	2 140	2 251	2 301	2 424	3 030	2 456
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	5 054	5 263	5 467	5 720	6 474	5 939
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 354
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	6 621	7 035	7 243	7 354	7 443	7 606
33. DÉPENSES DE FORMATION	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 860
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	9 971	10 633	10 859	11 205	11 452	11 820
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	13 948	14 645	14 523	15 056	15 494	15 871
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-3 398	-3 850	-4 056	-4 131	-4 163	-4 255
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	196 313	203 929	211 867	220 233	228 769	234 059

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

indices de valeur

(indices de valeur - base 100 année précédente)

	2006	2007	2008	2009	2010
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	103,8	104,3	103,3	103,2	102,3
• Soins aux particuliers	103,9	104,2	103,4	103,5	102,4
- Soins hospitaliers	103,7	103,6	103,5	103,8	102,6
• Secteur public	103,5	103,4	103,0	103,6	102,5
• Secteur privé	104,6	104,4	105,0	104,7	103,1
- Soins ambulatoires	103,9	104,9	103,3	102,7	101,8
- Transports de malades	108,4	105,8	104,5	106,5	105,2
• Médicaments	102,6	103,8	102,1	102,0	101,1
• Autres biens médicaux	106,6	107,6	106,2	102,9	105,5
12. SOINS DE LONGUE DUREE	106,5	107,0	109,3	109,2	103,9
- SSAD	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8
- Soins aux personnes âgées en établissements	109,7	108,9	114,0	115,3	105,4
- Soins aux personnes handicapées en établissements	103,6	105,4	105,7	104,4	102,8
13. INDEMNITES JOURNALIERES	100,7	103,0	106,0	104,2	104,4
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	103,8	104,4	103,9	103,7	102,6
21 - PREVENTION INDIVIDUELLE	103,4	105,1	104,1	104,5	101,1
- Prévention primaire	103,4	104,2	104,2	104,2	100,4
- Prévention secondaire	103,3	109,6	103,5	105,9	104,6
22 - PREVENTION COLLECTIVE	105,2	102,2	105,4	125,0	81,1
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	104,1	103,9	104,6	113,2	91,7
31. SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS	100,3	91,1	105,6	101,6	105,7
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	106,3	103,0	101,5	101,2	102,2
33. DÉPENSES DE FORMATION	122,3	116,8	107,7	107,4	104,3
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	106,6	102,1	103,2	102,2	103,2
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	105,0	99,2	103,7	102,9	102,4
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	113,3	105,4	101,9	100,8	102,2
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	103,9	103,9	103,9	103,9	102,3

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2005

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	49 175	611	1 042	447	247	1 251		52 774
Hôpitaux du secteur Privé	13 892	53	616	264	146	741		15 714
Sous-total : Soins hospitaliers	63 067	664	1 658	712	394	1 992		68 487
Médecins (3)	11 530	272	1 672	773	636	1 663		16 546
Auxiliaires (3)	6 503	75	632	248	165	693		8 317
Dentistes	2 978	198	1 757	687	685	2 435		8 740
Laboratoires d'analyses	2 764	69	532	219	125	59		3 769
Sous-total : Soins de ville	23 776	614	4 594	1 927	1 612	4 850		37 372
Transports de malades	2 623	19	67	27	13	66		2 816
Total : Prestataires de soins	89 466	1 298	6 319	2 666	2 018	6 909		108 676
Officines pharmaceutiques	20 861	452	3 346	1 254	795	3 979		30 688
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 472	67	1 590	557	663	2 405		8 753
Total : Biens médicaux	24 333	519	4 936	1 811	1 457	6 383		39 440
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	113 799	1 817	11 255	4 477	3 476	13 292		148 116
SSAD	911							911
Soins aux personnes âgées en établissements	4 635							4 635
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 663							6 663
Indemnités journalières	10 412							10 412
DÉPENSES POUR LES MALADES	136 421	1 817	11 255	4 477	3 476	13 292		170 738
Prévention individuelle	412	1 294					1 208	2 914
Prévention collective	415	1 688					36	2 140
TOTAL : PRÉVENTION	828	2 982					1 244	5 054
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 270							2 270
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621
FORMATION	12	985				49	33	1 080
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 799	613	3 076	1 778	657		25	13 948
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 398	-3 398
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	147 330	9 494	14 331	6 255	4 133	13 341	1 429	196 313

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2006

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	50 649	652	1 162	507	262	1 387		54 618
Hôpitaux du secteur Privé	14 380	61	697	304	157	833		16 432
Sous-total : Soins hospitaliers	65 029	713	1 859	811	419	2 220		71 051
Médecins (3)	11 743	317	1 747	807	660	1 864		17 137
Auxiliaires (3)	6 876	85	682	243	167	747		8 800
Dentistes	3 070	254	1 799	702	693	2 499		9 016
Laboratoires d'analyses	2 825	77	542	236	123	67		3 869
Sous-total : Soins de ville	24 513	732	4 770	1 988	1 643	5 176		38 822
Transports de malades	2 837	23	77	31	14	70		3 053
Total : Prestataires de soins	92 378	1 468	6 706	2 830	2 076	7 466		112 925
Officines pharmaceutiques	21 161	464	3 276	1 228	758	4 605		31 491
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 736	76	1 773	624	717	2 406		9 332
Total : Biens médicaux	24 897	540	5 048	1 852	1 475	7 011		40 823
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	117 275	2 008	11 754	4 682	3 552	14 477		153 748
SSAD	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissements	5 082							5 082
Soins aux personnes handicapées en établissements	6 904							6 904
Indemnités journalières	10 487							10 487
DÉPENSES POUR LES MALADES	140 765	2 008	11 754	4 682	3 552	14 477		177 238
Prévention individuelle	415	1 353					1 244	3 012
Prévention collective	405	1 808					38	2 251
TOTAL : PRÉVENTION	820	3 161					1 282	5 263
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 277							2 277
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035
FORMATION	13	1 223				51	33	1 320
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 990	641	3 319	1 888	781		25	14 645
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 850	-3 850
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	151 865	10 131	15 074	6 570	4 333	14 528	1 428	203 929

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2007

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	52 300	666	1 250	563	296	1 407		56 482
Hôpitaux du secteur Privé	14 977	64	754	340	178	848		17 162
Sous-total : Soins hospitaliers	67 277	731	2 004	903	474	2 255		73 644
Médecins (3)	12 364	320	1 796	838	679	1 907		17 904
Auxiliaires (3)	7 484	88	703	252	179	822		9 528
Dentistes	3 183	291	1 838	745	736	2 522		9 315
Laboratoires d'analyses	2 859	78	564	254	141	96		3 993
Sous-total : Soins de ville	25 890	776	4 901	2 089	1 735	5 347		40 739
Transports de malades	2 996	26	82	35	16	76		3 231
Total : Prestataires de soins	96 163	1 533	6 988	3 027	2 225	7 679		117 614
Officines pharmaceutiques	22 076	455	3 371	1 260	765	4 767		32 696
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 131	79	1 847	740	791	2 454		10 042
Total : Biens médicaux	26 207	534	5 219	2 000	1 556	7 222		42 738
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	122 370	2 067	12 206	5 027	3 781	14 900		160 352
SSAD	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissements	5 534							5 534
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 279							7 279
Indemnités journalières	10 803							10 803
DÉPENSES POUR LES MALADES	147 092	2 067	12 206	5 027	3 781	14 900		185 074
Prévention individuelle	434	1 449					1 283	3 166
Prévention collective	444	1 817					41	2 301
TOTAL : PRÉVENTION	878	3 265					1 323	5 467
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 074							2 074
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243
FORMATION	14	1 439				53	35	1 542
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 593	670	3 416	1 974	846		24	14 523
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-4 056	-4 056
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	157 651	10 557	15 622	7 001	4 628	14 954	1 453	211 867

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2008

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	53 848	694	1 282	630	307	1 425		58 187
Hôpitaux du secteur Privé	15 718	68	786	386	188	874		18 021
Sous-total : Soins hospitaliers	69 566	762	2 069	1 016	495	2 299		76 208
Médecins (3)	12 571	316	1 869	907	684	1 953		18 299
Auxiliaires (3)	7 864	87	764	278	187	929		10 110
Dentistes	3 214	276	1 923	833	796	2 516		9 558
Laboratoires d'analyses	2 862	74	603	289	145	126		4 099
Sous-total : Soins de ville	26 512	753	5 159	2 307	1 811	5 524		42 066
Transports de malades	3 111	26	90	41	17	93		3 377
Total : Prestataires de soins	99 189	1 541	7 317	3 364	2 323	7 916		121 651
Officines pharmaceutiques	21 838	419	3 339	1 299	764	5 733		33 393
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 487	79	1 946	853	873	2 428		10 667
Total : Biens médicaux	26 326	498	5 285	2 152	1 638	8 161		44 060
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	125 515	2 039	12 603	5 517	3 961	16 077		165 710
SSAD	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissements	6 310							6 310
Soins aux personnes handicapées en établissements	7 697							7 697
Indemnités journalières	11 455							11 455
DÉPENSES POUR LES MALADES	152 188	2 039	12 603	5 517	3 961	16 077		192 384
Prévention individuelle	464	1 488					1 343	3 295
Prévention collective	468	1 910					47	2 424
TOTAL : PRÉVENTION	932	3 398					1 390	5 720
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 190							2 190
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 144					4 210	7 354
FORMATION	15	1 553				56	37	1 660
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 771	693	3 536	2 120	915		21	15 056
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-4 131	-4 131
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	163 096	10 826	16 139	7 636	4 876	16 132	1 527	220 233

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2009

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	55 720	740	1 323	649	307	1 517		60 256
Hôpitaux du secteur Privé	16 403	71	832	408	193	954		18 860
Sous-total : Soins hospitaliers	72 123	810	2 155	1 056	500	2 471		79 116
Médecins (3)	12 689	320	1 905	956	695	2 032		18 597
Auxiliaires (3)	8 366	87	807	293	201	938		10 691
Dentistes	3 229	283	1 927	905	834	2 537		9 715
Laboratoires d'analyses	2 923	74	604	295	164	128		4 188
Sous-total : Soins de ville	27 207	764	5 243	2 448	1 894	5 635		43 191
Transports de malades	3 315	28	92	47	20	94		3 595
Total : Prestataires de soins	102 646	1 602	7 490	3 551	2 413	8 200		125 903
Officines pharmaceutiques	22 402	412	3 429	1 360	767	5 705		34 075
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 574	81	2 014	926	933	2 449		10 978
Total : Biens médicaux	26 976	493	5 443	2 286	1 701	8 154		45 053
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	129 622	2 096	12 933	5 837	4 114	16 354		170 956
SSAD	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissements	7 273							7 273
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 035							8 035
Indemnités journalières	11 936							11 936
DÉPENSES POUR LES MALADES	158 177	2 096	12 933	5 837	4 114	16 354		199 511
Prévention individuelle	527	1 531					1 386	3 444
Prévention collective	631	2 350					49	3 030
TOTAL : PRÉVENTION	1 158	3 881					1 435	6 474
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 226							2 226
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 232					4 210	7 443
FORMATION	16	1 675				57	36	1 784
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	7 878	721	3 661	2 326	890		18	15 494
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 163	-4 163
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	169 455	11 605	16 594	8 163	5 003	16 411	1 537	228 769

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2010

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Autres financements privés	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	56 961	781	1 389	702	331	1 586		61 750
Hôpitaux du secteur Privé	16 829	78	883	446	211	1 008		19 454
Sous-total : Soins hospitaliers	73 790	858	2 271	1 149	542	2 594		81 204
Médecins (3)	12 641	316	1 849	988	699	1 980		18 473
Auxiliaires (3)	8 867	89	846	308	208	953		11 272
Dentistes	3 282	295	1 947	1 012	870	2 541		9 947
Laboratoires d'analyses	2 972	76	611	304	170	129		4 261
Sous-total : Soins de ville	27 762	776	5 254	2 611	1 948	5 603		43 953
Transports de malades	3 483	30	102	47	20	101		3 784
Total : Prestataires de soins	105 035	1 664	7 627	3 807	2 510	8 298		128 941
Officines pharmaceutiques	22 801	415	3 444	1 393	769	5 626		34 449
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 874	84	2 082	1 044	1 013	2 481		11 578
Total : Biens médicaux	27 675	499	5 526	2 436	1 782	8 108		46 027
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	132 710	2 164	13 153	6 244	4 291	16 406		174 968
SSAD	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	7 665							7 665
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 261							8 261
Indemnités journalières	12 457							12 457
DÉPENSES POUR LES MALADES	162 426	2 164	13 153	6 244	4 291	16 406		204 684
Prévention individuelle	485	1 606					1 391	3 483
Prévention collective	472	1 937					47	2 456
TOTAL : PRÉVENTION	958	3 543					1 439	5 939
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 354							2 354
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 303					4 303	7 606
FORMATION	16	1 748				58	37	1 860
COÛT DE GESTION DE LA SANTE	8 004	696	3 811	2 419	911		30	15 871
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-4 255	-4 255
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	173 758	11 453	16 964	8 663	5 202	16 465	1 554	234 059

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.