



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

## **Rapport de la Commission des comptes de la santé Portant sur les comptes de l'année 2009**

16 septembre 2010

**Ouverte par Roselyne BACHELOT-NARQUIN  
Ministre de la Santé et des sports**

***Dossier de presse***



---

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

## Sommaire

<b>Études et résultats n°736, septembre 2010</b>	
<b>« Les Comptes nationaux de la santé en 2009 » .....</b>	<b>5</b>
<b>Fiches.....</b>	<b>7</b>
1. Des dépenses de santé qui assurent un rôle stabilisateur en période de crise économique.....	9
2. Une structure du financement des dépenses de santé stabilisée en 2009.....	13
3. Des médecins généralistes globalement bien répartis sur le territoire national .....	15
4. Une prise en charge des pathologies les plus lourdes qui garantit une bonne accessibilité financière des soins .....	17
5. Un reste à charge variable selon le niveau vie des ménages .....	19
6. Des disparités territoriales de consommation de soins largement expliquées par les caractéristiques de la population de chaque département .....	23
7. Par rapport à ses partenaires, la France se caractérise par une part élevée des financements publics et un faible reste à charge des ménages .....	27
<b>Annexes .....</b>	<b>29</b>
A. Les membres de la commission des comptes de la santé.....	31
B. Liste des sigles utilisés .....	35

# Études et Résultats

N° 736 • septembre 2010

## Les Comptes nationaux de la santé en 2009

En 2009, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 175,7 milliards d'euros, soit 9,2 % du PIB. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2008 (+3,3 % après +3,7 %) mais sa part a augmenté dans le PIB en raison de la baisse de celui-ci (9,2 % du PIB en 2009 contre 8,7 % en 2008).

En volume, la CSBM a augmenté de 3,0 % en 2009, comme en 2008. La progression du prix de la CSBM reste quant à elle limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments.

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

**Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC et Malik KOUBI**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique  
Ministère de la Santé et des Sports  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État

**L**ES 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.

tion par habitant de 2 724 euros, en augmentation de 2,8 % par rapport à 2008. Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se poursuit en 2009 : +3,3 % en valeur, après +3,7 % en 2008 et +4,2 % en 2007 ; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie.

### La part de la CSBM dans le PIB augmente en raison de la baisse de celui-ci

En raison de la décroissance du PIB observée en 2009 (-2,1 % en valeur en 2009 après +2,9 % en 2008) résultant de la crise économique, sa part dans le PIB augmente significativement. La CSBM représente 9,2 % du PIB en 2009 (contre 8,7 % en 2008) (graphiques 1 et 2).

En presque 50 ans, la part de la CSBM dans le PIB est ainsi passée de 3,4 % en 1960 à 8,7 % en 2008 et 9,2 % en 2009. Jusqu'au milieu des années 1980, cette progression a été assez régulière, la part de la CSBM dans le PIB atteignant 7,1 % en 1985. Ensuite, la progression s'est

faite par à-coups avec des périodes de stabilité et des périodes de forte croissance. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8,2 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2003, passant de 8,2 % à 8,7 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de la CSBM mais aussi de la moindre augmentation du PIB. Depuis 2004, elle s'est à nouveau stabilisée sous l'effet de la moindre croissance des dépenses.

### L'évolution de la CSBM ralentit en 2009 pour la deuxième année consécutive

Pour la deuxième année consécutive, la progression de la CSBM ralentit en 2009. Atteignant 175,7 milliards d'euros en 2009, la CSBM progresse de 3,3 % en valeur et de 3 % en volume par rapport à 2008 (tableau 1). Le ralentissement en valeur concerne les principaux postes de dépenses, à l'exception notable des soins hospitaliers et des transports de malades. La progression du prix de la CSBM ralentit à nouveau fortement en 2009 : +0,3 % seulement après +0,8 % en 2008, ce qui constitue la plus faible hausse de prix depuis quinze ans (graphique 3).

En 2009, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,1 % et celui des soins ambulatoires de 0,8 %. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution de 2,6 %, après 2,3 % en 2008 et 2,5 % en 2007 : ce sont les plus fortes diminutions enregistrées depuis 1997. Cette diminution, due à la poursuite des mesures de baisse de prix et au poids croissant des génériques, constitue donc la cause principale de la progression modérée des prix de la CSBM.

### Les soins hospitaliers toujours en croissance

En 2009, la consommation de soins hospitaliers est de 78 milliards d'euros, soit 44,4 % de la CSBM. Sa croissance est de 3,8 % en valeur et de 2,7 % en volume, à un rythme très voisin de celui enregistré en 2008.

Dans le secteur public hospitalier, la consommation de soins s'élève à 60 milliards d'euros. Cette consommation croît de 3,7 % en valeur, évo-

1. Outre les postes inclus dans la CSBM, la DCS comprend les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières versées par l'assurance maladie, les subventions reçues par le système de santé (c'est-à-dire les prises en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention organisée (individuelles ou collectives), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

## ENCADRÉ 1

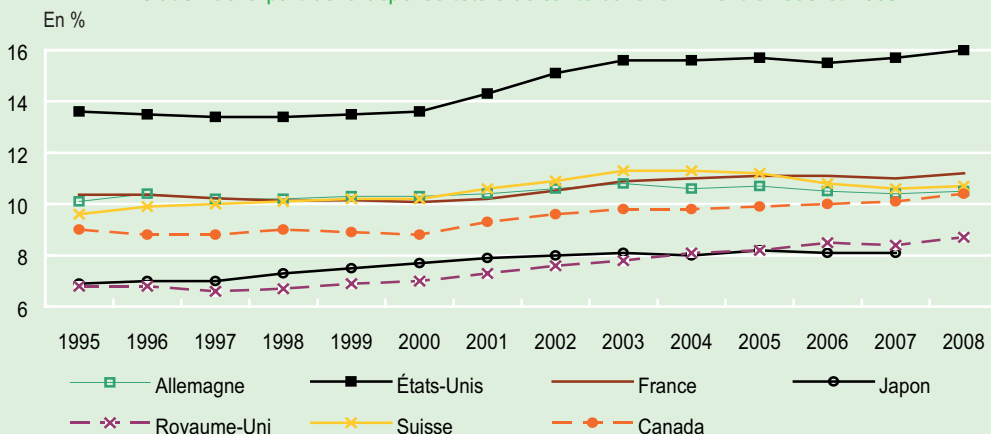
### La dépense totale de santé, agrégat utilisé pour les comparaisons internationales

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

#### La dépense totale de santé s'élève à 11,2 % du PIB en 2008

En 2008, la dépense totale de santé s'élève à 227,7 milliards d'euros, soit 11,2 % du PIB. Cette évaluation place la France dans le groupe de tête des pays membres de l'OCDE, loin derrière les États-Unis (16 %) et à un niveau proche de celui de la Suisse (10,7 %) et de l'Allemagne (10,5 %).

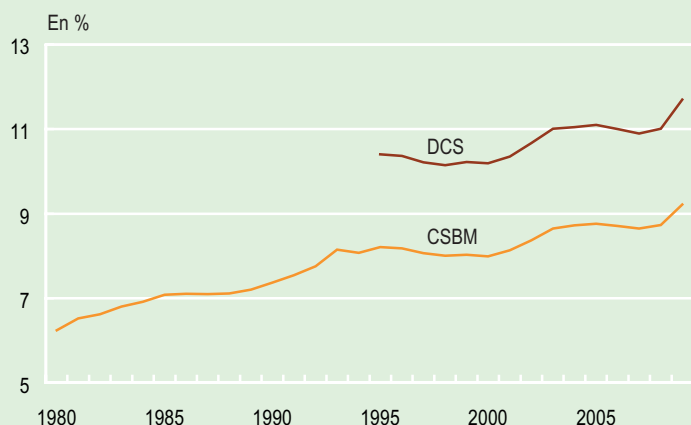
Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2008



Sources • DREES, Comptes nationaux de la santé 2008 pour la France ; OCDE, Éco-santé 2010 pour les autres pays.

GRAPHIQUE 1

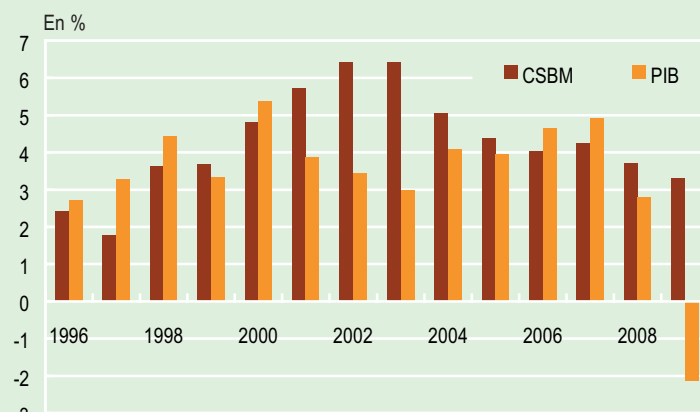
### Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources • DREES, INSEE.

GRAPHIQUE 2

### Taux de croissance de la CSBM et du PIB (en valeur)



Sources • DREES, INSEE.

lution un peu supérieure à celle de 2008 (+3,3 %) ; la progression reste toutefois 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 de 2008-2009.

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2009 à 18 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 4,4 % en 2009, inférieure à celle enregistrée en 2008 (+4,9 %). Là encore, la progression reste nettement inférieure à celles enregistrées les années précédentes (+5,6 % par an en moyenne de 2002 à 2005).

### Une moindre hausse des soins ambulatoires

En 2009, la consommation de soins ambulatoires dépasse les 48 milliards d'euros et représente 27,5 % de la CSBM. Sa croissance en valeur (+3,0 %) marque un net ralentissement par rapport à 2008 (+4,1 %) et plus encore par rapport à 2007 (+5,2 %). La croissance des volumes s'infléchit également : +2,2 % contre +2,5 % en 2008, et retrouve un rythme analogue à celui de l'année 2006. Par ailleurs, la croissance des prix se tasse elle aussi sensiblement pour la deuxième

TABLEAU 1

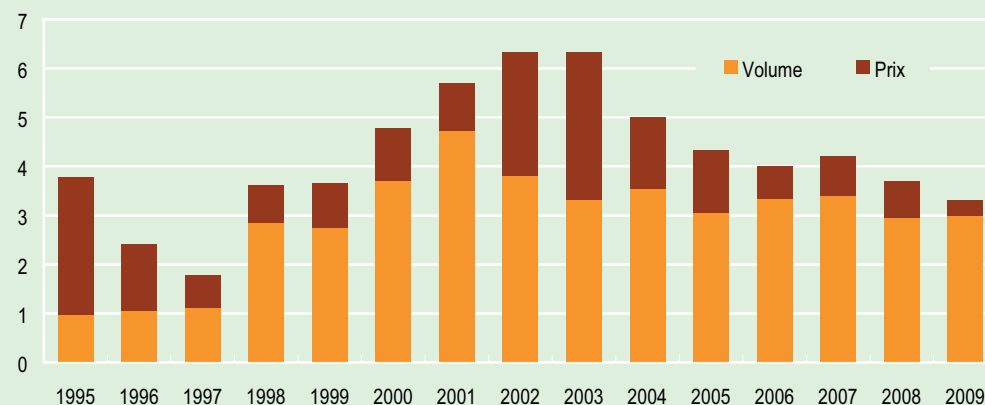
### La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuels moyens (en %)			
	2007	2008	2009	2000-2005	2007	2008	2009
<b>1- Soins hospitaliers</b>	<b>72,5</b>	<b>75,1</b>	<b>78,0</b>	<b>5,1</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>
publics	56,0	57,8	60,0	5,1	3,2	3,3	3,7
privés	16,5	17,3	18,0	5,0	4,4	4,9	4,4
<b>2- Soins ambulatoires</b>	<b>45,0</b>	<b>46,8</b>	<b>48,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>4,1</b>	<b>3,0</b>
dont médecins	20,8	21,6	22,1	4,7	4,8	3,6	2,4
dentistes	9,4	9,6	9,8	5,5	3,5	2,5	1,5
auxiliaires médicaux	10,2	11,0	11,6	7,1	8,4	7,2	5,9
analyses	4,2	4,3	4,5	7,3	3,2	2,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	1,1	5,0	0,4	1,0
<b>3- Transports de malades</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,6</b>	<b>8,4</b>	<b>4,9</b>	<b>4,0</b>	<b>6,8</b>
<b>4- Médicaments</b>	<b>33,6</b>	<b>34,5</b>	<b>35,4</b>	<b>5,9</b>	<b>3,8</b>	<b>2,7</b>	<b>2,5</b>
<b>5- Autres biens médicaux</b>	<b>9,6</b>	<b>10,2</b>	<b>10,5</b>	<b>8,1</b>	<b>7,3</b>	<b>5,9</b>	<b>2,8</b>
<b>CSBM (1+...+5)</b>	<b>164,0</b>	<b>170,1</b>	<b>175,7</b>	<b>5,6</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>

Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 3

### Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



Sources • DREES, Comptes de la santé

année consécutive : +0,8 % après +1,5 % en 2008 et +2,1 % en 2007.

### **Une croissance de la consommation de médicaments stabilisée**

En 2009, les médicaments représentent 35,4 milliards d'euros, soit 20,1 % de la CSBM. La consommation de médicaments augmente de 2,5 % en valeur en 2009, après +2,7 % en 2008 et +3,8 % en 2007. Ce ralentissement en valeur 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 5,2 % en 2009, après +5,0 % en 2008 et +6,4 % en 2007. Cette stabilisation est liée à plusieurs mesures comme le déremboursement de certains médicaments pour service médical rendu insuffisant, ou encore 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 2009.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix en 2009 (-2,6 %), qui fait suite à celui de 2007 et à celui de 2008, 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, 95 en 2009, 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 a progressé, passant de 4,1 % en valeur en 2002 à 12 % en 2009. 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.

### **Une croissance nettement ralentie des autres biens médicaux**

En 2009, les dépenses liées aux « autres biens médicaux » dépassent 10 milliards d'euros ; leur rythme de croissance ralentit nettement en 2009 : +2,8 % en valeur après +5,9 % en 2008. Si les dépenses d'optique progressent de 3,8 % en valeur, en revanche la hausse n'est plus que de 1,3 % pour les « petits matériels et pansements » contre 9,4 % en 2008 : en effet, une partie de ces dépenses ne sont plus comptabilisées dans les soins ambulatoires mais dans le forfait soins des EHPAD depuis le 1er août 2008.

### **Une reprise des transports de malades**

La consommation de transports sanitaires s'élève à 3,6 milliards d'euros en 2009, soit une croissance en valeur de 6,8 %, ce qui marque une reprise après deux années de ralentissement (+4 % en 2008 et +4,9 % en 2007). Cette reprise est essentiellement due à la revalorisation des tarifs des transports sanitaires intervenue en 2009. En effet, le rythme de croissance du volume des transports a sensiblement ralenti depuis 2007, passant de 6 % par an en moyenne sur la période 2000-2006 à environ 3 % par an sur la

période 2007-2009. Ce ralentissement des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise médicalisée, de nouvelles règles de prescription plus restrictives s'appliquant depuis le 1er janvier 2007.

### **Stabilité du reste à charge des ménages dans le financement de la CSBM par rapport à 2008**

Atteignant 132,7 milliards d'euros en 2009, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM se stabilise en 2009 : elle est de 75,5 %, comme en 2008. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (tableau 2). Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires<sup>2</sup>), 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. L'année 2009 marque ainsi une rupture, avec la stabilisation de cette part.

La prise en charge par les organismes complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse. Elle atteint 24,3 milliards d'euros en 2009, soit 13,8 % de la CSBM contre 13,7 % en 2008. Cette progression est 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 organismes complémentaires (+6,2 % en 2009, après +8,3 % en 2008).

Entre 2005 et 2008, 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)

2. 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 2

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

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
État et CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8
dont Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

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

Sources • DREES, Comptes de la santé.

dans les hôpitaux publics. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés, etc.). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis neuf ans : elle atteint 37,1 % en 2009 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 euros 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 17,8 % en 2005 à 16,7 % en 2009.

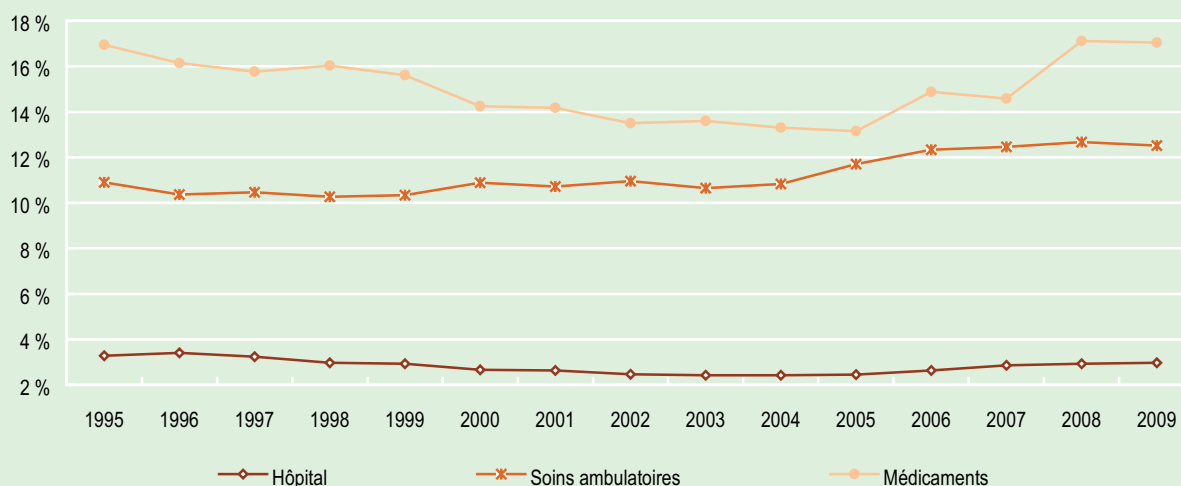
Le reste à charge des ménages atteint 16,4 milliards d'euros en 2009, soit 9,4 % de la CSBM contre 9,5 % en 2008 ; la hausse enregistrée entre 2005 et 2008 est ainsi interrompue (graphique 4). Le reste à charge

demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais il est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

Il 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 8,4 % en 2005 à 8,9 % en 2006-2007 et 9,5 % 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 fac-

■ GRAPHIQUE 4

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

teurs 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, etc.) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progres-

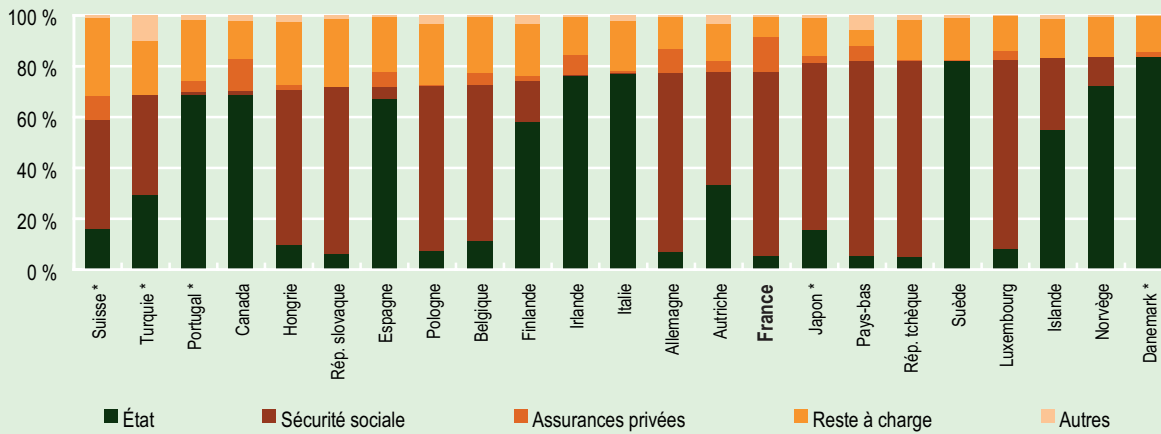
sion s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

Notons que la France est l'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. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (graphique 5).

GRAPHIQUE 5

### Financement des dépenses courantes de santé en 2008



\* Données 2007.

Sources • Eco-Santé OCDE 2010, juin 2010.



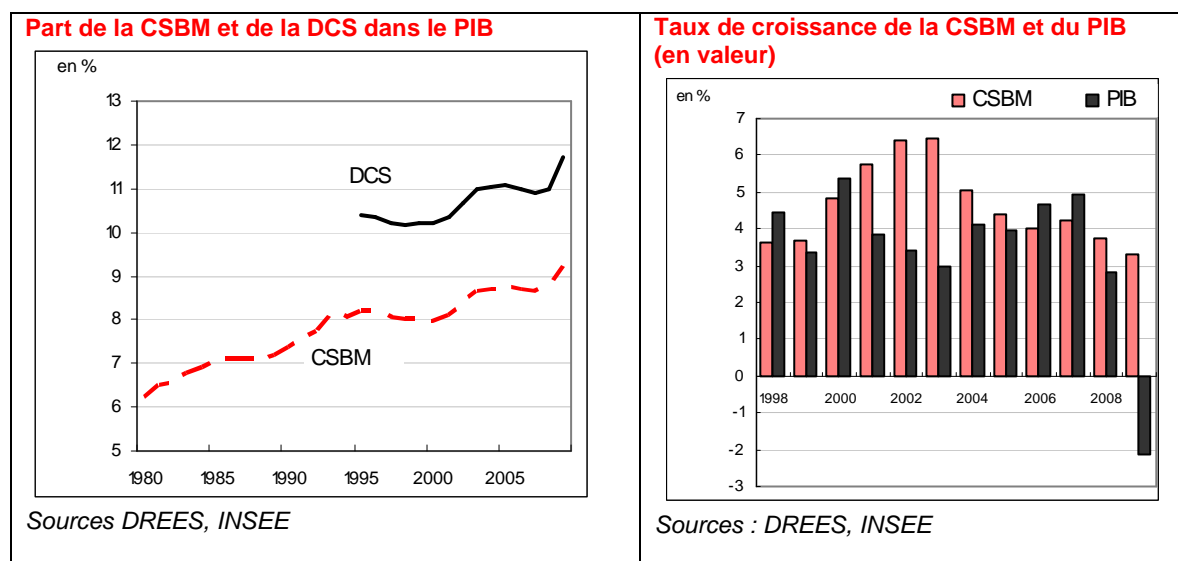
## 1. Des dépenses de santé qui assurent un rôle stabilisateur en période de crise économique

En 2009, la part des dépenses de santé dans le PIB augmente en raison de la baisse de celui-ci. Bien qu'en croissance modérée, les dépenses de santé constituent un facteur de soutien à une économie globalement en décroissance. Ce rôle stabilisateur des dépenses de santé, assez général, est observé sur un panel de pays de l'OCDE lors des crises intervenues depuis 1960.

### En 2009, la croissance de la dépense de santé est maîtrisée

En 2009, le montant de la **dépense courante de santé (DCS)** s'élève à 223,1 milliards d'euros, en progression de 4 % par rapport à 2008. Son évolution est fortement liée à celle de la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)**, qui en représente les quatre cinquièmes. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) atteint 175,7 milliards d'euros. Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se poursuit en 2009 : + 3,3 % en valeur après + 3,7 % en 2008 et + 4,2 % en 2007 ; son évolution reste ainsi nettement moins dynamique que celle observée au début de la décennie.

Le ralentissement de la croissance concerne la plupart des postes de la CSBM, à l'exception du secteur public hospitalier et des transports.



### Néanmoins, la part de la CSBM dans le PIB augmente, en raison de la décroissance de celui-ci

Malgré le contexte économique, les dépenses de santé continuent de progresser car elles sont dans l'ensemble moins sensibles à la conjoncture que d'autres agrégats économiques, comme la masse salariale par exemple.

Le maintien des dépenses de santé à un niveau élevé contribue, durant les phases de ralentissement économique, à stabiliser l'économie par le soutien de la demande qu'il constitue. Cet effet stabilisateur automatique est, dans une période de crise, équivalent à une mesure de relance.

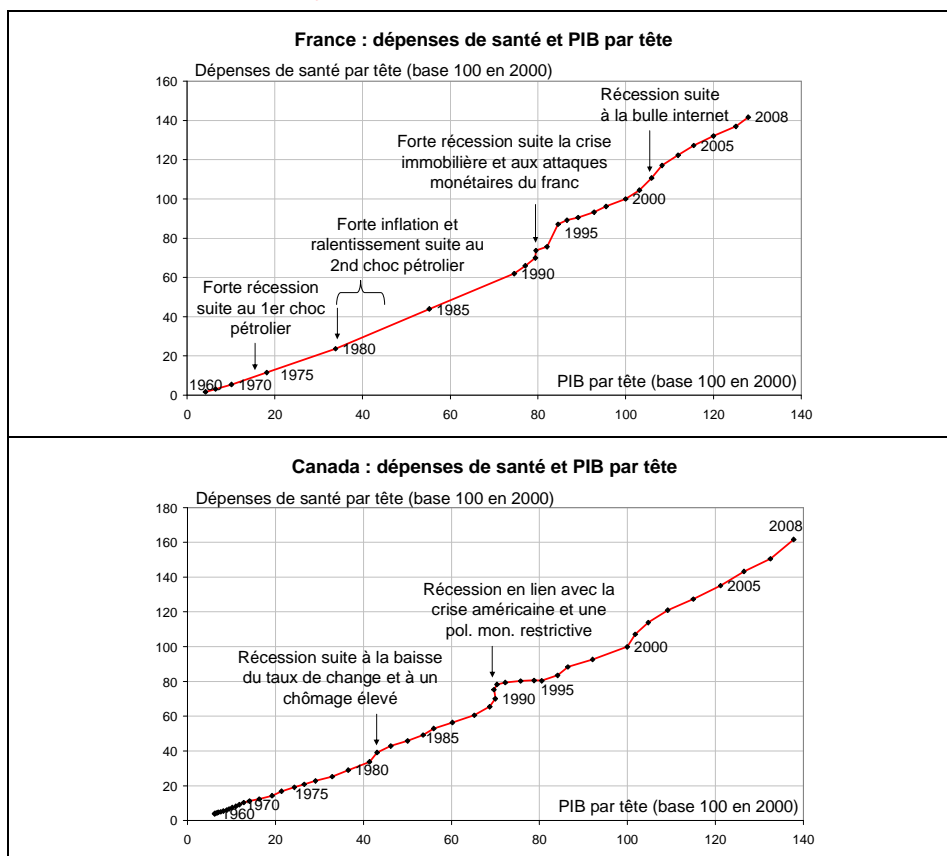
Notons que la dépense de santé a un effet stimulant sur le secteur de la santé lui-même, mais également sur les nombreux secteurs fournisseurs du secteur de la santé (cf. étude présentée dans le rapport des comptes de la santé de 2008).

### Le rôle stabilisateur de la dépense de santé s'observe également dans les autres pays développés

Durant les crises observées au sein des pays de l'OCDE depuis 1960, un schéma général d'évolution de la dépense de santé se dégage. Dans une première phase, la dépense de santé continue de croître alors que la croissance du PIB stagne, voire recule, ce qui conduit à un accroissement de la part des dépenses de santé dans le PIB. C'est durant cette première phase que son effet stabilisateur joue à plein.

Dans une deuxième phase, l'année suivant le début de la crise, la croissance de la dépense de santé ralentit alors que le PIB reprend peu à peu sa croissance d'où une stabilisation du poids de la dépense de santé dans la richesse nationale.

#### Dépenses totales de santé par tête et PIB par tête (base 100 en 2000) par pays



Sources : Eco-Santé OCDE 2010.

### Les agrégats des Comptes de la santé

- ⇒ **La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires, 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 aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement.
  
- ⇒ **La Dépense courante de santé (DCS)** couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle comprend également : les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée hospitalières et établissements d'hébergement pour personnes âgées), les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé (correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.
  
- ⇒ **La Dépense totale de santé (DTS)** 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, les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

## 2. Une structure du financement des dépenses de santé stabilisée en 2009

**En 2009, la structure de financement des dépenses de santé est stable par rapport à 2008**

Le financement des dépenses de santé fait intervenir quatre acteurs : la Sécurité sociale, les organismes complémentaires, l'État et les ménages. En 2009, la Sécurité sociale finance 75,5 % de la CSBM (*encadré fiche 1*). Les organismes complémentaires (y compris CMU-C des personnes rattachées à un organisme complémentaire) et l'État en financent 15,1 %. Après intervention de ces trois acteurs, la part de la CSBM restant à la charge des ménages s'élève à 9,4 %.

Cette structure de financement est quasi-identique à celle observée pour l'année 2008. On note simplement une légère baisse du reste à charge final (*encadré*) des ménages (qui passe de 9,5 % en 2008 à 9,4 % en 2009) correspondant à une hausse de la prise en charge par les organismes complémentaires.

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

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
Etat et CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8
dont Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

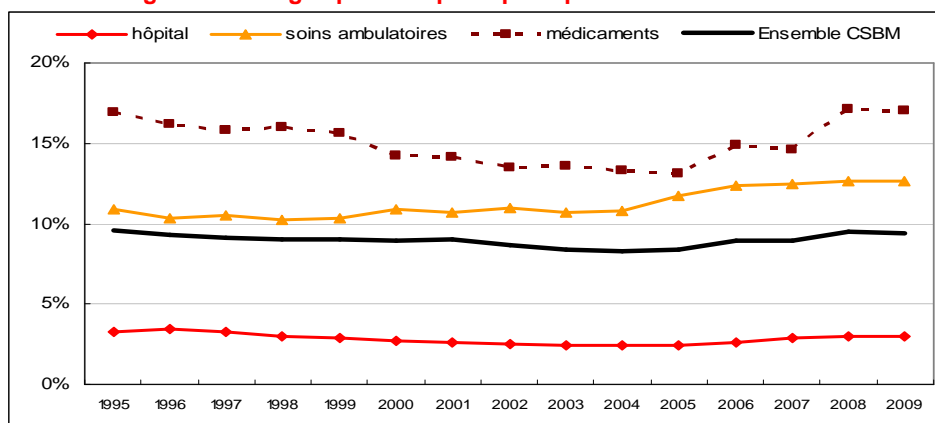
(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

### Depuis 1995, une intervention croissante des organismes complémentaires

La structure de financement a en revanche sensiblement évolué depuis 1995. La part de la dépense de santé financée par l'État (y compris CMU-C des personnes rattachées à un organisme de base) est restée stable. En revanche, la part financée par les organismes complémentaires s'est accrue, passant de 12,2 % à 13,8 %, cependant que la part prise en charge par la Sécurité sociale a diminué symétriquement.

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



Sources : DREES, Comptes de la santé.

### **Grâce à une bonne complémentarité entre les financeurs, la part des dépenses restant à la charge des ménages est relativement faible**

La France est un des pays développés où la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages dans la CSBM est la plus limitée : 9,4 % en 2009. Cette particularité découle d'une complémentarité efficace dans le financement des dépenses de santé. Ainsi, le système d'assurance maladie de base couvre de façon efficace le risque lourd. Il finance par exemple 90,4 % des dépenses hospitalières et assure également un remboursement à un niveau élevé de certaines dépenses en ambulatoire telles que les dépenses pour affections de longue durée ou les soins liés à la maternité. Il contribue par ailleurs, en réduisant le risque des personnes souffrant de maladies exonérantes, à réguler le marché de l'assurance maladie complémentaire et à faciliter la non-sélection en fonction du risque au-delà de la prise en compte de l'âge. Les assurances complémentaires prennent ainsi en charge le risque moins lourd et complètent également le remboursement pour le risque lourd.

#### **Structure du financement des principaux postes de la CSBM en 2009**

	Sécurité sociale (1)	État et CMU-C organismes de base	Organismes complémentaires	Ménages	Ensemble
<b>Hôpital</b>	<b>90,4%</b>	<b>1,3%</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>64,8%</b>	<b>1,6%</b>	<b>21,1%</b>	<b>12,5%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Médicaments</b>	<b>65,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>16,7%</b>	<b>17,0%</b>	<b>100,0%</b>

Sources : DREES, Comptes de la santé.

#### **Les définitions du reste à charge**

##### **Il existe deux indicateurs de Reste à charge :**

- ⇒ un Reste à charge final, qui représente la part des dépenses de santé restant effectivement à la charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et remboursement éventuel par un organisme complémentaire ;
- ⇒ un Reste après remboursement par les seuls régimes de base ; il comprend donc la part prise en charge par les organismes complémentaires et celle restant effectivement à la charge des ménages.

##### **Ces deux indicateurs peuvent en outre être calculés sur des champs différents :**

- ⇒ sur la consommation totale ;
- ⇒ sur la consommation des seules dépenses reconnues (c'est-à-dire des dépenses présentées au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires) ou encore des dépenses remboursables présentées au remboursement (c'est-à-dire des dépenses reconnues augmentées des dépassements)

**Dans cette fiche le reste à charge est calculé en référence à la consommation totale.**

### **3. Des médecins généralistes globalement bien répartis sur le territoire national**

L'étude présentée dans le rapport s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie et en gynécologie) en France métropolitaine en 2008.

#### ***Bonne adéquation des médecins généralistes libéraux et de la population***

À l'échelle des bassins de vie ou « cantons-ou-villes », les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires recensés dans la base permanente des équipements (*encadré*). Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population.

#### ***Les infirmiers : plus proches des plus de 75 ans que de la population générale***

Pour certains des professionnels de santé étudiés, il est pertinent de comparer leur distribution spatiale non pas à celle de la population mais plus spécialement à celle des personnes âgées, dont les besoins en soins sont plus élevés. Pour les médecins généralistes libéraux et les pharmacies, l'adéquation de leur répartition spatiale avec celle des personnes de plus de 75 ans est un peu moins forte que celle observée avec l'ensemble de la population. À l'inverse, la répartition spatiale des infirmiers libéraux est plus proche de celle des personnes de plus de 75 ans que de celle de l'ensemble de la population.

#### ***Les inégalités de répartition des professionnels de santé sont majoritairement au sein des régions***

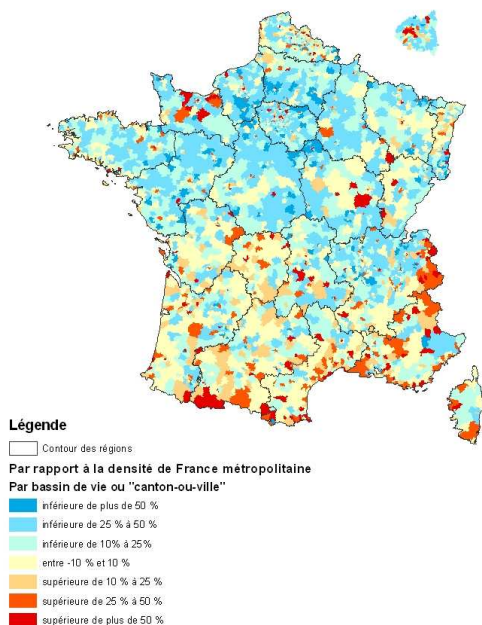
Pour toutes les professions de santé étudiées, sauf les infirmiers, les inégalités de répartition sont majoritairement situées au sein des régions (plus de 70 % des inégalités de répartition de chacune des professions de santé étudiées sont dues à des inégalités intra-régionales). Par exemple, pour les médecins généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition entre les bassins de vie ou « cantons-ou-villes » s'expliquent par les écarts observés entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10 % des inégalités s'expliquent par les écarts entre les régions. À l'inverse, pour les infirmiers seulement 38 % des inégalités sont intra-régionales.

#### ***Forte colocalisation des médecins généralistes avec les autres équipements ou services du domaine de la santé***

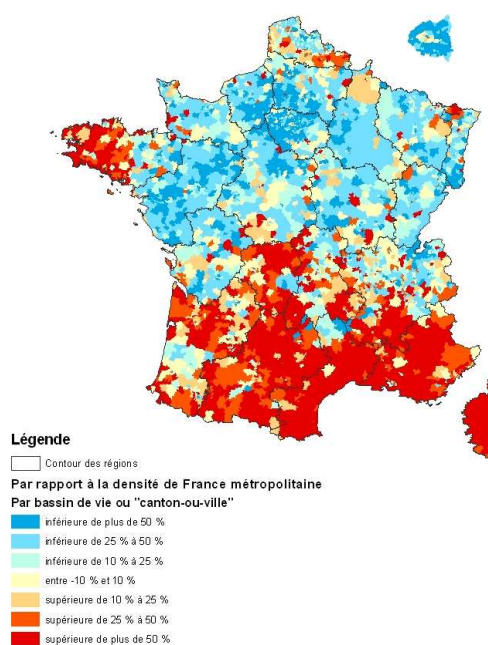
L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres équipements ou services du domaine de la santé, en particulier les médecins spécialistes sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux

que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

### Densité de médecins généralistes libéraux en 2008



### Densité d'infirmiers en 2008



*Sources* : INSEE - Base permanente des équipements au 1er janvier 2008; INSEE - Base des bassins de vie et «cantons-ou-villes» définition 2008 ; INSEE - Population municipale 2007, exploitation DREES ; DREES – Répertoire Adeli au 1<sup>er</sup> janvier 2008.  
*Champ* : France métropolitaine.

⇨ **Bassins de vie et « cantons-ou-villes »** : pour cette étude, la maille géographique utilisée pour la représentation et le calcul des inégalités de répartition est le bassin de vie ou le « canton-ou-ville ». On fait donc implicitement l'hypothèse que tous les habitants d'un bassin de vie ou « canton-ou-ville » font face à la même offre de service puisque le temps d'accès n'est pas pris en compte. En dehors des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, le territoire français métropolitain est découpé en 1 745 bassins de vie. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. Au sein des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, nous avons choisi d'utiliser le découpage en «cantons-ou-villes». À la différence du canton, le «canton-ou-ville» est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières.

⇨ **Base permanente des équipements** : la base permanente des équipements (BPE) de l'Insee recense des données individuelles sur les équipements des communes de l'ensemble du territoire français. La BPE couvre le commerce et les services, marchands ou non.

⇨ **Autres sources d'informations mobilisées** : le recensement de la population de l'INSEE, le répertoire Adeli de la DREES, le répertoire géographique des communes de l'IGN.

## **4. Une prise en charge des pathologies les plus lourdes qui garantit une bonne accessibilité financière des soins**

L'étude présentée dans le rapport analyse la prise en charge des dépenses de santé des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD). Le champ des dépenses de santé retenu dans cette étude correspond aux dépenses de santé remboursables présentées au remboursement (*encadré fiche 2*).

***Les mécanismes de la couverture de base par l'assurance maladie garantissent l'accessibilité financière des soins pour la très grande majorité des assurés, mais restent perfectibles***

La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées.

Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières.

***En couvrant les risques de santé les plus coûteux, la couverture maladie de base facilite la non-prise en compte de l'état de santé dans le cadre de l'assurance complémentaire***

L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge final des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible.

Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé, au-delà de la prise en compte de l'âge. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.



**Le financement des dépenses de santé individuelles selon le statut ALD en 2006  
(dépenses remboursables présentées au remboursement)**

		Total	Remboursé par la sécurité sociale	Non remboursée par la sécurité sociale			Taux de rembour- sement OC sur le non remboursé (en %)	Taux de rembour- sement OC sur le total (en %)
				OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Ville	Non-ALD	817	446	266	106	371	71	32
	ALD	3 645	3 110	336	199	535	63	9
Hôpital	Non-ALD	399	368	20	12	31	63	5
	ALD	3 858	3 776	53	29	82	65	1
Total	Non-ALD	1 216	814	285	117	403	70	23
	ALD	7 503	6 886	390	228	617	63	5

Source : EPAS-SPS 2006, Irdes, Cnamts, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la Drees en collaboration avec la DGTPPE.

Champ : Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture : sur les 817€ de dépense moyenne en soins de ville des personnes non-ALD, 446 € ont été payés par la sécurité sociale, 266€ par les organismes complémentaires et 106€ directement par les ménages.

⇨ **Une affection de longue durée (ALD)** exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique justifient une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. Cette prise en charge à 100 % est réservée aux soins et traitements liés à l'affection de longue durée. Les traitements délivrés aux patients en ALD qui concernent une autre pathologie sont remboursés aux taux habituels par l'assurance maladie. 10 millions de personnes sont au total, tous régimes confondus, exonérés du ticket modérateur pour une ALD en 2008, soit environ 15 % de la population française. Près des deux tiers des remboursements de l'assurance maladie concernent les personnes en ALD.

⇨ **Sources d'informations mobilisées** : l'Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Enquête Santé et Protection Sociale (SPS) de l'IRDES et l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats modaux.

⇨ **Micro-simulation** : les prestations versées par les organismes complémentaires ne sont pas observées par le système statistique public au niveau des individus. Des techniques statistiques de micro-simulation ont permis d'imputer ces prestations pour chacun des individus de la base à partir des informations individuelles disponibles (type de couverture complémentaire, consommation de soins, état de santé déclaré, âge, sexe, informations socio-économiques ...)

## 5. Un reste à charge variable selon le niveau vie des ménages

L'étude présentée dans le rapport offre pour la première fois une analyse microéconomique de la structure de financement des dépenses de santé des ménages<sup>1</sup>. Celle-ci est loin d'être uniforme, compte tenu de l'hétérogénéité de la population face au risque maladie d'une part et face à sa prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'autre part. La distribution du reste à charge au niveau des ménages est donc très variable selon leur âge et leur niveau socioéconomique.

Les ménages modestes, plus âgés et en moins bonne santé que les plus aisés ont ainsi en moyenne des dépenses plus élevées. Leur structure de consommation est également particulière, marquée par un recours plus important à l'hôpital mais plus faible aux spécialistes pratiquant des dépassements, ainsi qu'une consommation moindre des soins les moins bien pris en charge par l'assurance maladie (optique et dentaire).

La couverture complémentaire est un déterminant important de l'accès aux soins : 94 % de la population en dispose. Toutefois, le niveau de garantie offert est très variable : ce sont les actifs qui sont le plus fréquemment couverts par un contrat haut de gamme, tandis que les jeunes sont plus fréquemment couverts par des contrats d'entrée de gamme et les retraités par des contrats intermédiaires. En définitive, le niveau de remboursement au titre de l'assurance complémentaire dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé.

***La part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale est plus élevée pour les ménages les plus modestes...***

Ainsi, la structure de financement et le reste à charge des ménages sont très sensibles à leur niveau de vie et à leur position par rapport à l'emploi. C'est pour les plus modestes, les moins bien insérés sur le marché du travail et les plus âgés que la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale est la plus élevée. Ce sont eux aussi qui bénéficient le plus de la CMU-C.

***... et le reste à charge moyen des ménages augmente avec le niveau de vie...***

*A contrario*, les plus aisés financent une part non négligeable de leur santé à partir de fonds privés. Le reste à charge moyen des ménages augmente avec leur niveau de vie, qu'on le considère uniquement après intervention de l'assurance maladie, pour mesurer l'ampleur de la solidarité que celle-ci organise, ou également après prise en compte de la prise en charge des organismes complémentaires.

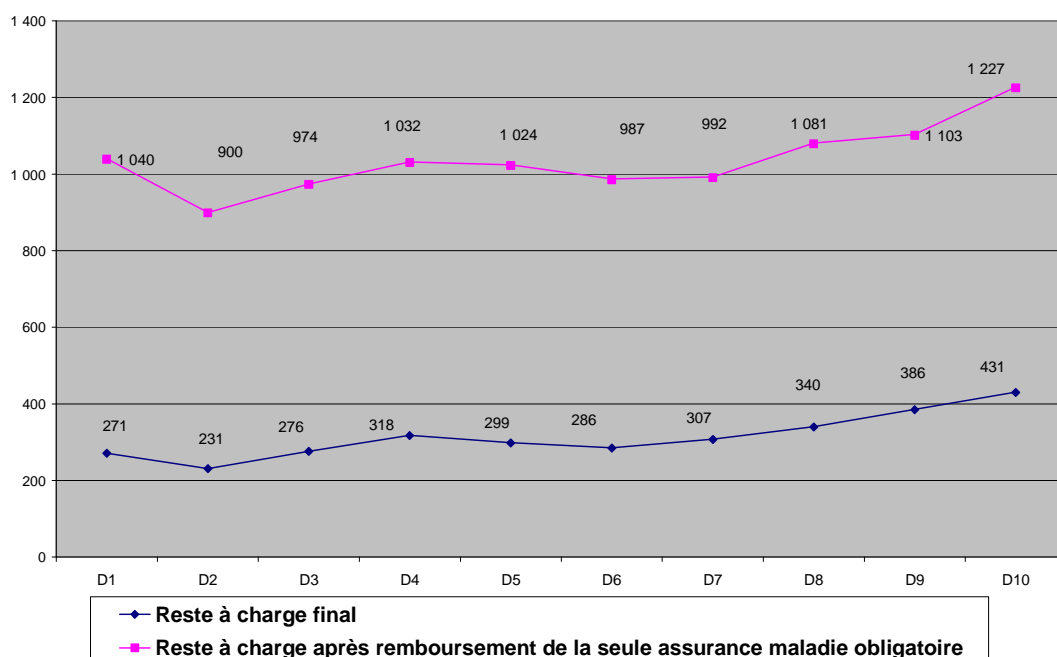
***... mais le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible***

Toutefois, si l'on rapporte ce reste à charge - quelle que soit la définition retenue (*encadré fiche 2*) - au revenu disponible des ménages, pour avoir une mesure de l'effort financier qu'ils consacrent à leur santé, l'on constate *a contrario* que le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible. La couverture complémentaire, et notamment la CMU-C, joue un rôle important pour alléger la charge financière des plus modestes : elle permet de diviser leur taux

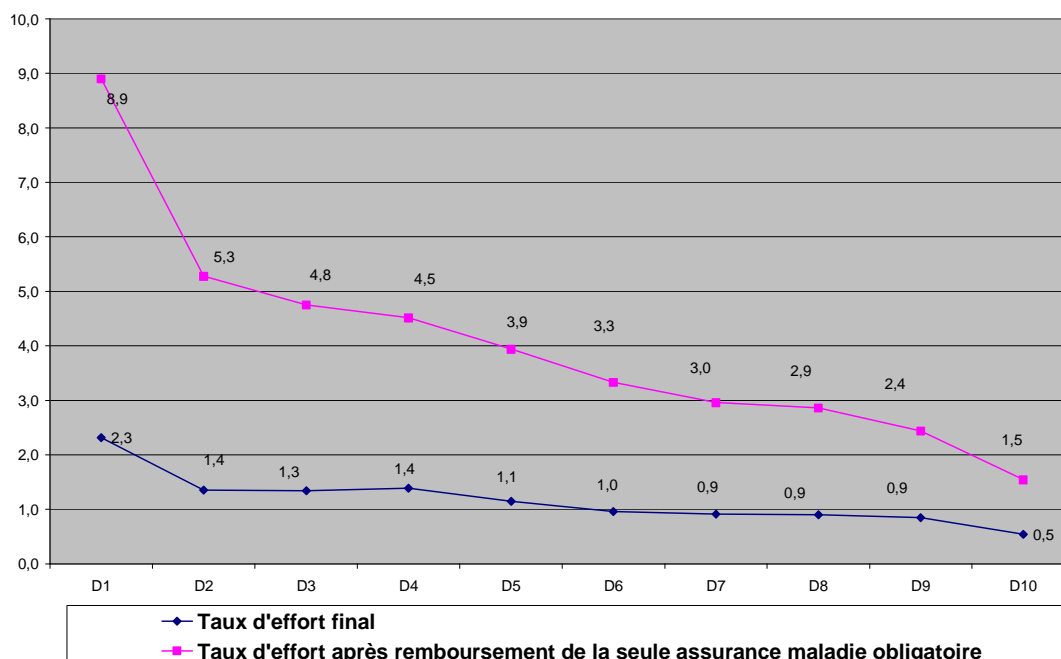
<sup>1</sup> Le champ des dépenses de santé retenu dans cette étude correspond aux dépenses de santé remboursables présentées au remboursement (*encadré fiche 2*).

d'effort par 3,5. Pour les plus aisés, l'intervention des complémentaires privées divise par 3 leur taux d'effort.

**Les Dépenses annuelles moyennes non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et reste à charge final annuel moyen par ménage (en €) par décile de niveau de vie**



**Le Taux d'effort après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et taux d'effort final en fonction du niveau de vie des ménages**



**Champ :** Ménage ordinaire, France métropolitaine.

**Source :** Appariement EPAS-SPS 2006, CNAMTS, MSA, RSI, IRDES, traitement de la Drees, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006.

**Lecture :** Le taux d'effort final est le reste à charge du ménage après remboursement des assurances maladie obligatoires et complémentaires rapporté à son revenu. Le taux d'effort après remboursement de la seule assurance maladie obligatoire est le rapport de la dépense du ménage non remboursée par l'AMO à son revenu.

### **Une couverture complémentaire très hétérogène**

⇒ **La couverture complémentaire santé est un déterminant important de l'accès aux soins** : de nombreux travaux empiriques ont mis en évidence un effet positif de la couverture complémentaire sur le recours aux soins. La couverture complémentaire favorise l'accès des ménages modestes à des prestations peu remboursées par la sécurité sociale, comme les dépenses d'optique et en soins dentaires.

⇒ **L'accès à la couverture complémentaire est large mais inégalitaire** : en 2008, seulement 6 % de la population française ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire. Le taux de couverture par une complémentaire santé augmente avec le niveau de vie. Si la CMU-C et l'ACS permettent d'atténuer les inégalités en offrant une couverture complémentaire aux plus démunis, la proportion de personnes sans couverture complémentaire demeure toutefois bien plus élevée dans les premiers déciles de niveau de vie (20 % dans le premier décile contre 3 % dans le dernier).

⇒ **Le niveau de couverture offert par les complémentaires est très hétérogène** : les contrats collectifs, obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise et généralement co-financés par celle-ci, offrent de meilleures garanties que les contrats individuels. Ainsi, le niveau de remboursement au titre de l'assurance santé complémentaire dont dispose un individu varie fortement selon son niveau social mais aussi selon son statut au regard de l'activité.

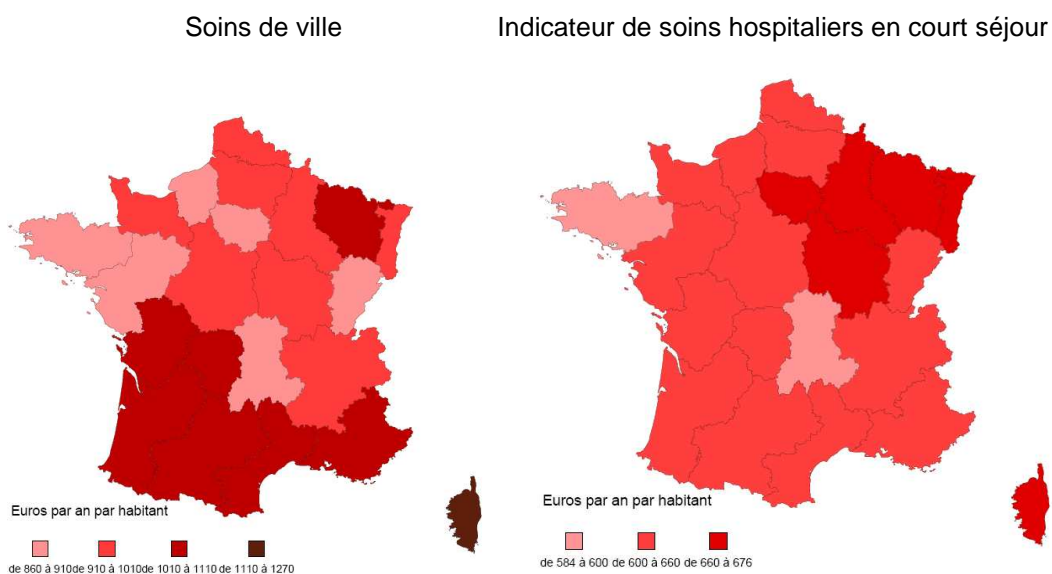
## 6. Des disparités territoriales de consommation de soins largement expliquées par les caractéristiques de la population de chaque département

Les disparités départementales et régionales de consommation moyenne par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour sont imputables en grande partie aux différences de structure démographique et d'état de santé moyen de la population de chaque département. Des écarts subsistent néanmoins une fois pris en compte ces facteurs, en particulier pour les soins de ville.

***Une partie des écarts significatifs de consommation de soins qui existent entre les départements et régions est liée à leurs structures démographiques et à l'état de santé de leurs populations***

Au sein du territoire national, il existe des disparités significatives de consommation de soins par habitant. Une partie de ces écarts entre régions est liée aux écarts démographiques et d'état de santé qui existent entre les départements et les régions. On sait par exemple que la consommation de soins augmente avec l'âge. Les départements et les régions comptant proportionnellement plus de personnes âgées ont donc mécaniquement un niveau de consommation plus élevé. Pour éliminer la partie des écarts imputables à ces caractéristiques des populations départementales et régionales, les consommations de soins sont standardisées. La consommation standardisée d'une région correspond à la valeur théorique obtenue si l'on suppose que les populations départementales ont toutes des caractéristiques moyennes identiques à la population nationale. Les caractéristiques prises en compte sont des caractéristiques démographiques (âge et sexe) et d'état de santé (affections de longue durée, mortalité).

### Consommations de soins standardisées par habitant pour les régions de France métropolitaine



**Sources :** CNAMTS, SNIIRAM, RSI, MSA et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

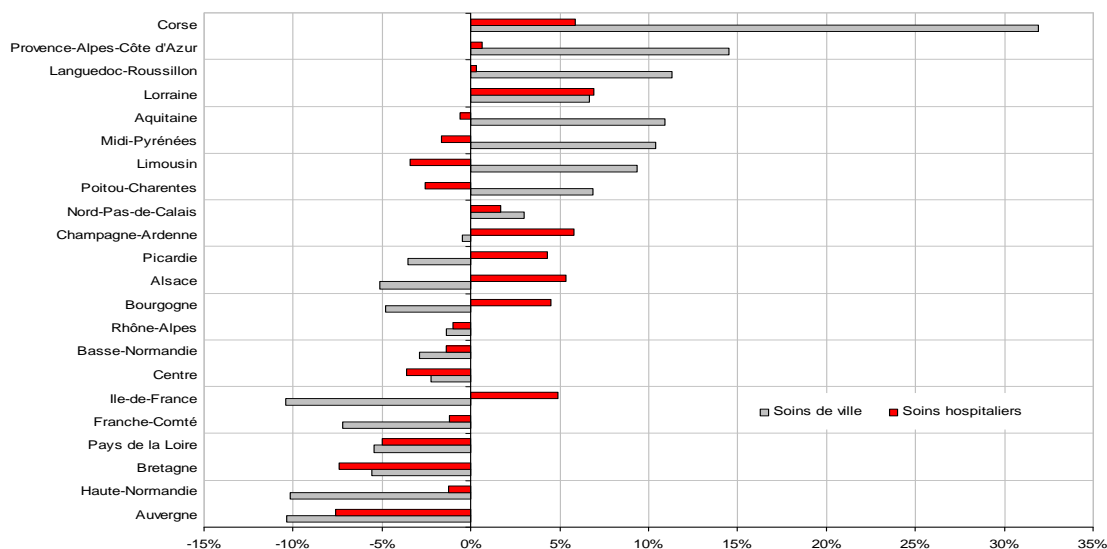
**Champ :** consommations en soins de ville hors honoraire des cliniques privées remboursées par le régime général, la MSA et le RSI, rapportées à la population de bénéficiaires des trois régimes et indicateurs de consommations en soins hospitaliers de court séjour tous régimes, rapportés à la population Insee. Année : 2007.

**Lecture :** Les régions sont réparties en catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations en soins de ville par habitant (960 euros) ou en soins hospitaliers de court séjour (630 euros), son amplitude est de 10 % de la consommation moyenne arrondie à la dizaine d'euros (100 euros pour les soins de ville et 60 euros pour les soins hospitaliers de court séjour).

### **Des écarts plus marqués pour les soins de ville que pour l'hôpital**

Une fois standardisés, les écarts de consommation entre départements et régions sont réduits. Ils restent cependant significatifs pour les soins de ville et nettement plus importants que pour les soins hospitaliers de court séjour. Ainsi, les habitants des régions du Sud de la France consomment de l'ordre de 10 à 30 % de plus en soins de ville que la moyenne nationale. A l'hôpital, les écarts de consommation sont plus limités (de l'ordre de -5 % à +5 % de la moyenne nationale).

#### **Écarts régionaux à la consommation moyenne nationale en consommations standardisées de soins de ville et de soins hospitaliers de court séjour**



Sources : CNAMTS, RSI, MSA, PMSI, INSEE. Calculs : DREES. Année : 2007. Champ : soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA, RSI ; soins hospitaliers (public et privé) de court séjour tous régimes, France métropolitaine.

Lecture : écarts en pourcentage à la moyenne nationale en soins de ville d'une part et à la moyenne nationale en soins hospitaliers d'autre part. La consommation annuelle de soins de ville par habitant en Auvergne est inférieure de 10 % à la moyenne nationale de consommation en soins de ville et celle en soins hospitaliers de court séjour est inférieure de 8 % à la moyenne nationale de consommation par habitant en soins hospitaliers de court séjour. Les régions sont classées par ordre décroissant de consommation globale en soins de ville et hospitaliers de court séjour. La consommation standardisée est une consommation en soins corrigée des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département.

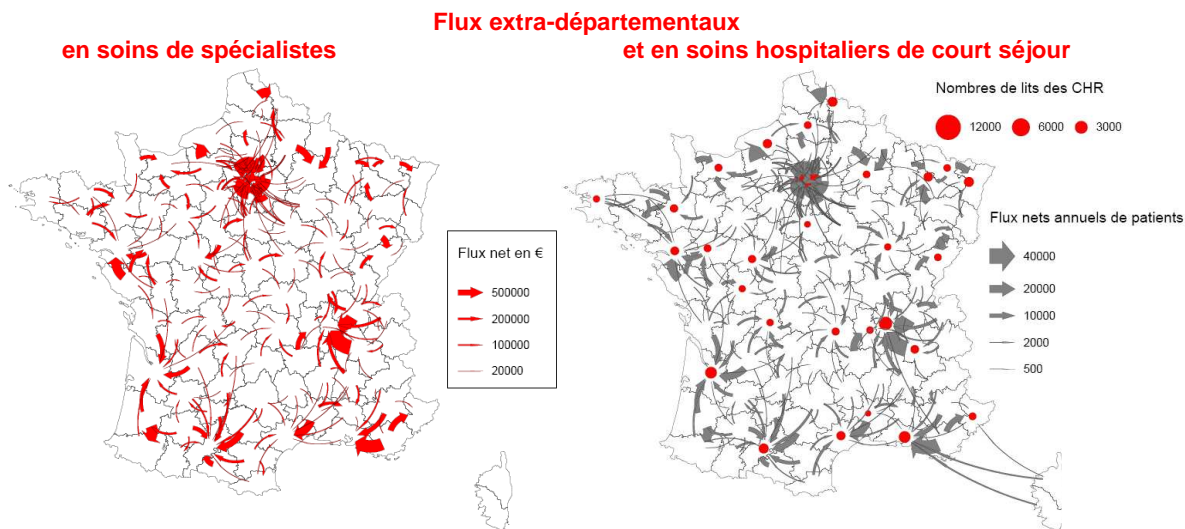
Les écarts « résiduels » peuvent être en partie liés à la répartition locale de l'offre, c'est notamment le cas pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels il existe des écarts importants de localisation. Cet effet est moindre pour les omnipraticiens mieux répartis sur le territoire et n'apparaissent pas ou peu significatifs pour les soins hospitaliers de court séjour et les soins de spécialistes.

Les mobilités de patients entre lieu de résidence et lieu de fourniture des soins peuvent expliquer ce manque de relation entre disparités de l'offre et de consommation en soins hospitaliers et en soins de spécialistes.

#### **Les flux de patients entre départements et régions sont plus importants pour les soins hospitaliers de court séjour que pour les soins ambulatoires**

Les mobilités de patients pour les soins de ville sont sensiblement plus faibles qu'elles ne le sont pour les soins hospitaliers de court séjour : 19 % des patients sont soignés à l'extérieur de leur département de résidence pour les soins hospitaliers de court séjour, alors qu'ils sont seulement 8 % pour les soins de ville. Des différences notables existent cependant selon le type de soins de ville : les soins réalisés par des spécialistes génèrent plus de mouvements de patients entre

départements (13 % en moyenne). Pour les omnipraticiens, comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, seuls 5 % des patients se déplacent à l'extérieur de leur département de résidence pour se faire soigner. Les flux inter-départementaux de patients pour des soins hospitaliers et de spécialistes présentent d'importantes similitudes. En particulier, les flux majeurs sont dirigés vers les grands centres hospitaliers.



Sources : SNIIRAM, CNAMTS, PMSI.

Champ : France métropolitaine hors Corse, régime général pour les soins de spécialistes et tous régimes pour les soins hospitaliers.

Période : janvier 2007.

Lecture : montant mensuel nets – soldes des patients entrants et des patients sortants – des soins de l'ensemble des patients se faisant soigner hors de leur département de résidence.

- ⇨ La **consommation standardisée** corrige la consommation observée des disparités imputables aux caractéristiques démographiques et sanitaires de la population.
- ⇨ Les **soins de ville** regroupent les soins de généralistes, de spécialistes, d'auxiliaires médicaux, de dentistes, les analyses et cures thermales, les médicaments, les autres biens médicaux et les transports de malades.

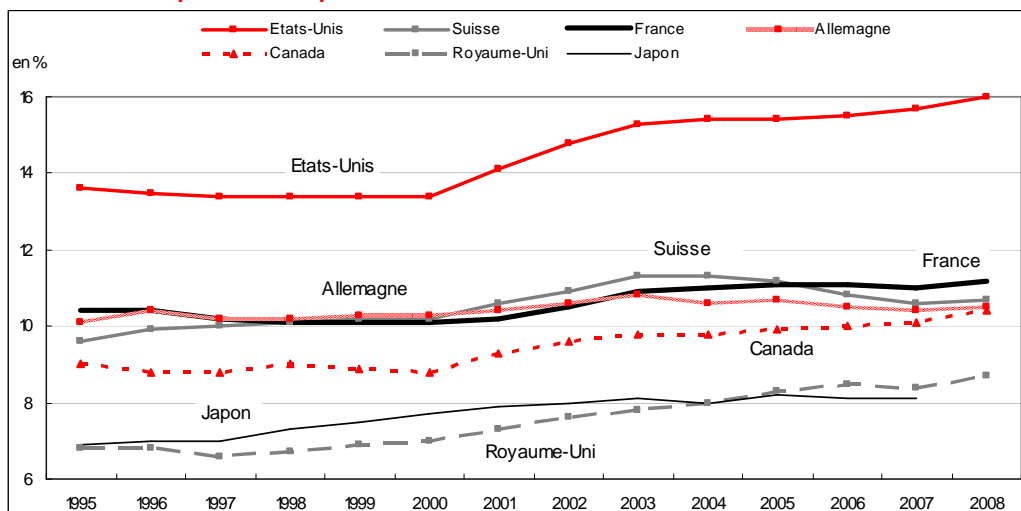
## 7. Par rapport à ses partenaires, la France se caractérise par une part élevée des financements publics et un faible reste à charge des ménages

Parmi les pays de l'OCDE, la France se caractérise par une part élevée de la richesse nationale qu'elle consacre aux dépenses de santé et par la faiblesse de la part de ces dépenses restant à la charge des ménages. Cette dernière particularité est rendue possible, comme aux Pays-Bas, par le haut niveau de prise en charge publique et le rôle important joué par les organismes de protection complémentaire.

### **La France consacre 11,2 % de son PIB aux dépenses de santé, une part parmi les plus élevées des pays développés**

Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe dans le groupe de tête pour sa dépense de santé. Avec une **dépense totale de santé** (DTS, cf. encadré fiche 1), concept retenu pour les comparaisons internationales, égale à 11,2 % du PIB en 2008, la France se trouve en deuxième position, loin derrière les États-Unis (16 %), et à un niveau légèrement supérieur à celui de la Suisse (10,7 %) et de l'Allemagne (10,5 %). Notons que cette position n'est pas récente puisqu'elle était déjà atteinte en 1995, avant même les années 2000-2003 de forte croissance des dépenses de santé. Depuis 1995, les positions relatives des différents pays sont, en effet, assez stables.

#### Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2008



Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-santé 2010 pour les autres pays.

### **Grâce notamment à une prise en charge publique efficace, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est l'une des plus faibles au monde**

Le financement de la dépense de santé fait intervenir quatre acteurs : la Sécurité sociale, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance), l'État et les ménages. En France, la part de la DTS restant finalement à la charge des ménages s'élève à 7,4 % et c'est l'un des taux les plus bas des pays de l'OCDE.

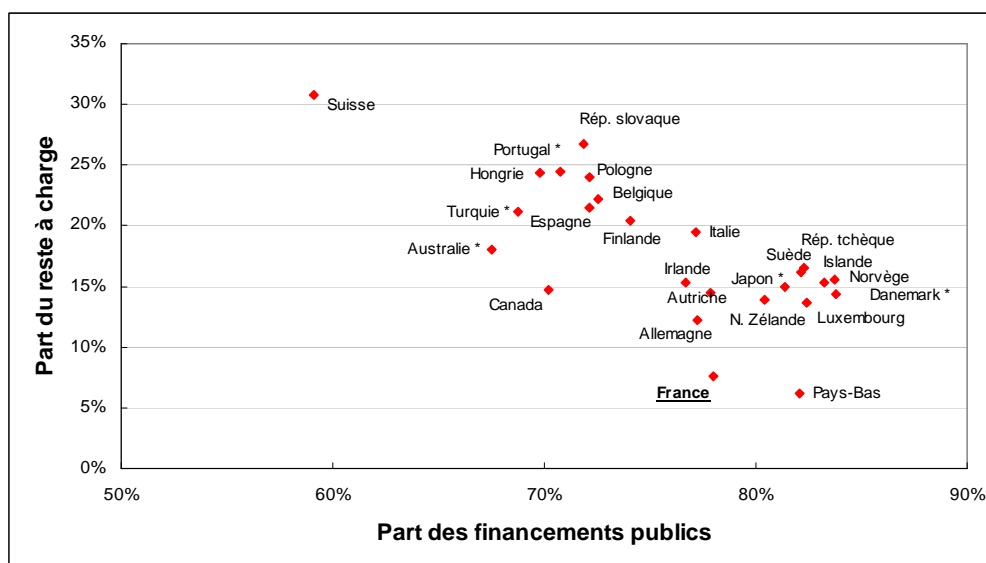
Ce faible niveau du reste à charge s'explique en partie par une prise en charge publique élevée (78%), qui place la France au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Il existe une relation statistique décroissante entre le reste à charge final



des ménages et la part des financements publics, mais cette relation est plus ou moins bien vérifiée selon le pays considéré. Ainsi, à part des financements publics sensiblement égaux, la France et l'Italie ont des restes à charge finaux très différents (respectivement 7,4 % et 19,5 %).

Le rôle des organismes complémentaires est à cet égard déterminant. Ainsi, en France, 94 % de la population est couverte par un contrat d'assurance complémentaire santé. Cet accès large est rendu possible grâce aux caractéristiques du système public qui prend bien en charge le risque lourd et une coordination efficace entre les interventions des différents financeurs qui permet d'assurer une large couverture financière au plus grand nombre.

### Le financement public et le reste à charge final dans les dépenses courantes de santé en 2008



\* Données 2007.

Sources : *Éco-santé OCDE 2010, juin 2010.*

## **A. Les membres de la commission des comptes de la santé**

### **Président**

M. Bruno Durieux

### **Représentants des administrations de l'État**

- Au titre des ministères chargés du travail et des affaires sociales
  - M. Pierre Boissier, Chef du service de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)
  - Pr. Didier Houssin, Directeur général de la santé (DGS)
  - M. Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS)
  - Mme Annie Podeur, Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)
  - M. André Syrota, Président-Directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
  - M. Jean Marimbert, Directeur Général de l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS)
  
- Au titre du ministère chargé de l'économie
  - M. Ramon Fernandez, Directeur général du trésor (DGT)
  - M. Jean-Philippe Cotis, Directeur général de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)
  
- Au titre du ministère chargé du budget
  - M. Philippe Josse, Directeur du budget (DB)
  - M. Philippe Parini, Directeur général des finances publiques (DGFIP)
  
- Au titre du ministère chargé de l'agriculture
  - M. Jean-Marie Aurand, Secrétaire Général
  
- Au titre du ministère chargé de la prospective
  - M. Vincent Chriqui, Directeur général du centre d'analyse stratégique (CAS)

## **Représentants des organismes nationaux publics ou privés**

- Les caisses d'assurance maladie
  - M. Frédéric Van Roekeghem, Directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
  - M. Dominique Liger, Directeur général du régime social des indépendants (RSI)
  - M. François Gin, Directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
  
- Les organisations professionnelles de médecins
  - Dr Michel Chassang, Président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
  - M. Jean-Claude Régi, Président de la fédération des médecins de France (FMF)
  - M. Claude Leicher, Président des syndicats des médecins généralistes de France (MG France)
  - M. Jean-Gabriel Brun, Vice-président de l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF – ALLIANCE)
  - M. Roland Rymer, Président du syndicat des médecins chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)
  - Dr Rachel Bocher, Présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)
  - Dr Jean-François Gillette, Président de la fédération nationale des médecins salariés (FNMS)
  
- Centre national des professions de santé
  - M. Christian Jeambrun, Président du syndicat des médecins libéraux (SML)
  - M. Jean-Louis Caron, Secrétaire général du centre (SML)
  
- Organismes représentant les établissements hospitaliers
  - M. Jean Léonetti, Président de la fédération hospitalière de France (FHF)
  - M. Antoine Dubout, Président de la fédération des établissements d'hospitaliers et d'assistance privée (FEHAP)
  - M. Jean-Louis Dourousset, Président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- Syndicat national pharmaceutique
  - M. Christian Lajoux, Président des entreprises du médicament (LEEM)
  
- Institut national de prévention et d'éducation sanitaire
  - M. Bertrand Garros, Président du Conseil d'administration de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
  
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé
  - M. Yann Bourgueil, Directeur de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
  
- Fédération des mutuelles
  - M. Jean-Pierre Davant, Président de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
  - M. Jean-Paul Panzani, Président de la fédération des mutuelles de France (FMF)
  - M. Jacques Valès, Président de la fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM)
  
- Centre technique des institutions de prévoyance
  - M. Jean-Louis Faure, Délégué Général du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)
  
- Fédération française des sociétés d'assurance
  - M. Bernard Spitz, Président de la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

### **Commission des comptes de la sécurité sociale**

- M. François Monier, Secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale

### **Comité économique des produits de santé**

- M. Noël Renaudin, Président du comité économique des produits de santé

## **Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie**

- M. Denis Piveteau, Président du haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

## **Personnalités**

- M. Gérard Cornilleau, Directeur adjoint du département des études OFCE
- Mme Brigitte Dormont, Université Paris-Dauphine
- Mme Carine Franc, CERMES – CNRS UMR 8169 – INSERM U750 – EHESS
- M. Pierre-Yves Geoffard, Directeur de recherche au CNRS, École normale supérieure
- M. Alain Letourmy, Chargé de recherche au centre national de la recherche scientifique (CNRS)
- M. Yannick L'Horty, Université d'Evry – Val d'Essonne – EPEE – Centre d'études de l'Emploi (CEE)
- M. David Morgan, Responsable des comptes de la santé à l'OCDE
- M. Gérard de Pouvourville, Chaire ESSEC santé
- M. Gérard Viens, Professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion de la santé - groupe ESSEC

## **B. Liste des sigles utilisés**

### **A**

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

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)

ALD : Affection de longue durée

AMO : Assurance maladie obligatoire

### **B**

BPE : Base permanente des équipements de l'Insee

### **C**

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

### **D**

DCS : Dépense courante de santé

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGTPE : Direction générale du trésor et de la politique économique

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

DTS : Dépense totale de santé

### **E**

EPAS : Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie

### **I**

IGN : Institut géographique national

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

### **M**

MSA : mutualité sociale agricole

### **O**

OC : Organismes complémentaires d'assurance maladie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

### **P**

PIB : Produit intérieur brut

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

### **R**

RSI : Régime social des indépendants

### **S**

SNIRAM : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES