



Études et Résultats

N° 809 • septembre 2012

Les Comptes nationaux de la santé en 2011

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 240 milliards d'euros en 2011, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 180 milliards d'euros. Elle progresse en valeur un peu plus rapidement que l'année précédente (+2,7 % en 2011 après +2,5 % en 2010), mais à un rythme moins soutenu qu'en 2009 (+3,3 %). Sa part dans le PIB est de 9 % après 9,1 % en 2010.

En volume, la CSBM a augmenté de 2,8 % en 2011, tout comme en 2010. Le prix moyen de la CSBM recule légèrement pour la deuxième année consécutive : -0,1 % en 2011 après -0,3 % en 2010. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville.

En 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,7 %. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,6 % depuis 2009.

Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET et Malik KOUBI

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

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

En 2011, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est évaluée à 180 milliards d'euros. Elle atteint 2 762 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 9 % du PIB en 2011, contre 9,1 % en 2010 et 2009 (graphique 1). En 2009, sa part dans le PIB avait fortement progressé du fait de la baisse de celui-ci.

La dépense courante de santé (DCS) s'élève quant à elle à 240,3 milliards d'euros en 2011, soit 12,0 % du PIB (contre 12,1 % en 2010 et 2009).

La croissance de la CSBM reste inférieure à 3 % en 2011

Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se confirme en 2011 : la CSBM progresse de 2,7 % en valeur après +2,5 % en 2010. La croissance de la

CSBM reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie. L'évolution des prix des soins et biens médicaux est extrêmement faible depuis quatre ans. Après +0,3 % en 2008 et +0,2 % en 2009, les prix reculent depuis deux ans : -0,3 % en 2010 et -0,1 % en 2011. La baisse de prix des médicaments (-2 % en 2011 après -2,2 % en 2010) et celle du prix des soins hospitaliers (-0,1 % en 2010, puis en 2011) ont en effet compensé la hausse du prix des soins de ville (+1,1 % en 2011) liée à la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes.

La DCS progresse de 2,6 % par rapport à 2010. Son évolution est fortement liée à celle de la CSBM, 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, elle retrouve un rythme proche de celui de la CSBM.

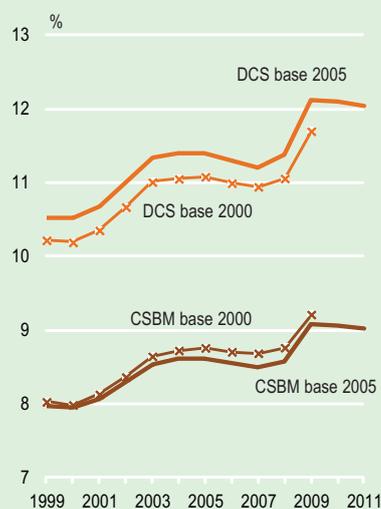
En 60 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 2,6 % en 1950 à 9 % en 2011. Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2005, passant de 8 % à 8,6 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de dépenses mais aussi de la moindre 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 dans le PIB en 2009 est uniquement due à la baisse de celui-ci : -2,5 % en valeur (graphique 2). Le ralentissement en valeur de la CSBM, amorcé en 2007, concerne la quasi-totalité des postes de dépenses.

La croissance des soins hospitaliers se stabilise...

En 2011, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 83,6 milliards d'euros, soit 46,4 % de la CSBM. La croissance des soins hospitaliers est de 2,6 % en valeur après +2,8 % en 2010 (tableau 1). L'évolution en volume est de 2,7 %, soit un rythme voisin de celui de 2010 (+2,9 %).

GRAPHIQUE 1

Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 63,8 milliards d'euros. Cette consommation croît de 2,7 % en valeur, comme en 2010 ; elle reste dans la tendance observée entre 2005 et 2009, très en retrait par rapport à la croissance du début des années 2000 (5 % par an en moyenne de 2001 à 2004). Ceci découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale, ainsi que de la mise en réserve de certaines dotations (MIGAC) depuis deux ans.

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2011 à 19,8 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 2,5 % en 2011 (après

+3,1 % en 2010). C'est la plus faible progression observée depuis l'année 2002.

... tandis que celle des soins de ville est en nette hausse

En 2011, la consommation de soins de ville s'élève à 45,7 milliards d'euros et représente 25,4 % de la CSBM. Après un niveau particulièrement bas en 2010 (+1,7 %), la croissance en valeur des soins de ville est en nette reprise en 2011 : +3,7 %, aussi bien sous l'effet des volumes que des prix.

En termes de volume, la hausse de 2011 est le fait de la reprise des soins de médecins (+1,8 % en 2011 après -1,1 % en 2010) et des soins des infirmiers (+5,8 %) toujours

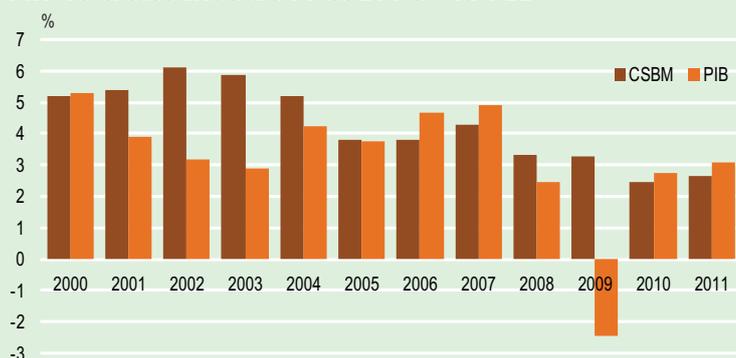
dynamiques. Mais cette progression des dépenses en 2011 n'est qu'un rattrapage d'un niveau exceptionnellement bas en 2010 dû à un contexte épidémiologique plus favorable. Par ailleurs, après deux années de très faible hausse, la croissance des prix des soins de ville augmente de 1,1 %.

En 2011, la consommation de **soins de médecine de ville** est évaluée à 19,2 milliards d'euros. 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 ou pour un autre motif). En 2010, elle avait diminué en valeur pour la première fois depuis quinze ans ; en 2011, elle repart à la hausse et augmente de 3,9 % en valeur, une augmentation tirée par celle des volumes comme celle des prix. En effet, après avoir reculé de 1,1 % en 2010, le volume des soins de médecins croît de 1,8 % en 2011. La hausse des prix des soins de médecins, quasiment nulle en 2010 (+0,3 %), est de 2,1 % en 2011 : elle est principalement due à la revalorisation de la consultation de généraliste, passée de 22 à 23 euros à compter du 1^{er} janvier 2011. 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 euros en 2006 puis 22 euros en 2007). Depuis 2008, la hausse des prix restait très faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante, les seuls facteurs de croissance des honoraires provenant de la hausse des forfaits CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) pour les généralistes et de celle des dépassements pour les spécialistes.

La consommation de **soins de dentistes** s'élève 10,3 milliards d'euros

GRAPHIQUE 2

Taux de croissance de la CSBM et du PIB



Sources • DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

TABLEAU 1

La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1- Soins hospitaliers	79,2	81,4	83,6	3,9	2,8	2,6
publics	60,5	62,1	63,8	3,9	2,7	2,7
privés	18,7	19,3	19,8	4,0	3,1	2,5
2- Soins de ville	43,3	44,1	45,7	2,9	1,7	3,7
médecins	18,6	18,5	19,2	2,1	-0,8	3,9
dentistes	9,7	10,0	10,3	1,9	2,6	2,6
auxiliaires médicaux	10,4	11,0	11,5	5,9	5,4	4,8
analyses	4,2	4,3	4,4	2,2	1,7	2,6
cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,1	3,4	1,4
3- Transports de malades	3,6	3,8	3,9	6,4	5,4	3,0
4- Médicaments	34,1	34,5	34,7	2,0	1,3	0,5
5- Autres biens médicaux	11,0	11,6	12,2	2,9	5,6	5,0
CSBM (1 à 5)	171,1	175,4	180,0	3,3	2,5	2,7

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

en 2011. Sa croissance en valeur, qui avait ralenti en 2009 (+1,9 %), a repris en 2010 (+2,6 %) et se maintient au même rythme en 2011. Cette hausse est uniquement due à celle des actes pour lesquels les tarifs sont supérieurs aux tarifs opposables de l'assurance maladie, c'est-à-dire les soins prothétiques essentiellement ; les soins conservatoires n'ont en effet pas été revalorisés depuis plusieurs années. Les évolutions des six dernières années restent néanmoins en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004. Les prix progressent de 1,1 % en 2011 après +1,2 % en 2009-2010.

En 2011, les **soins d'auxiliaires médicaux** s'élèvent à 11,5 milliards d'euros. Cette dépense se décompose à parts égales entre les soins des infirmiers et ceux des autres auxiliaires médicaux. Rappelons qu'en base 2005, les soins infirmiers ne comprennent plus les services de soins à domicile (SSAD - 1,4 milliard d'euros en 2011) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement.

Les soins d'auxiliaires médicaux progressent de 4,8 % seulement en valeur comme en volume en 2011. La croissance de ce poste est essentiellement tirée par celle des volumes. La croissance en volume, supérieure à 6 % dans les années 2005-2007, varie entre 4 et 5 % par an depuis 2008 ; elle est principalement imputable à celle des soins infirmiers. Après avoir progressé de 0,3 % seulement en 2010, les prix des soins auxiliaires médicaux sont restés stables en 2011.

Les **analyses de laboratoire** représentent, quant à elles, 4,4 milliards d'euros pour l'année 2011. Elles augmentent de 2,6 %, en valeur et en volume ce qui marque une légère reprise par rapport à une croissance 2010 très faible (+1,7 %). Les prix n'ont pas augmenté en 2011, 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 sept ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu, sous l'effet notamment des mesures de maîtrise mises en œuvre : la progression moyenne sur la période 2005-2011 est en effet de 2,6 % par an.

Une croissance de la consommation de médicaments au plus bas...

La consommation de médicaments de l'année 2011 représente 34,7 milliards d'euros, soit 19,3 % de la CSBM. Rapportée au nombre d'habitants, elle s'élève à 532 euros et place la dépense française au 5^e rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada, de l'Irlande et de l'Allemagne, à un niveau très proche de celle de la Belgique et du Japon (graphique 3).

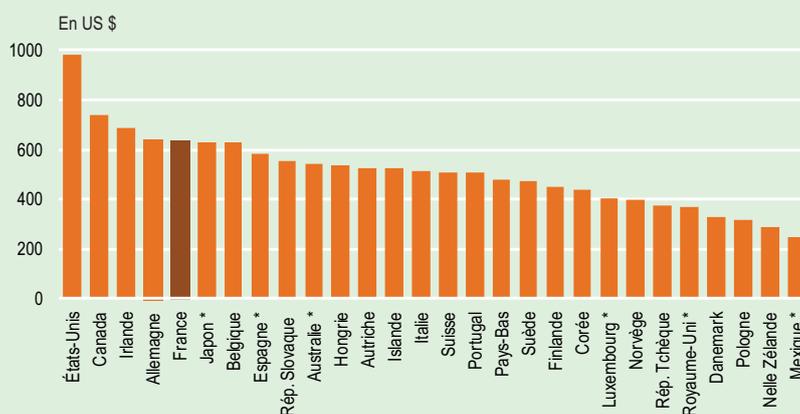
Le ralentissement de la consommation de médicaments amorcé en 2008 est très marqué en 2011 : la hausse en valeur est de 0,5 % seulement, après +1,3 % en 2010 et +2,0 % en 2009. Ce fort ralentissement résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une augmentation très faible des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments n'est plus

que de 2,6 % en 2011, après +3,6 % en 2010 et +4,7 % en 2009. Ce ralentissement est lié à des modifications probables des comportements (effet des campagnes ciblées sur les antibiotiques, méfiance vis-à-vis de certains produits). Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2011.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix est imputable à plusieurs mesures, en particulier les baisses de prix ciblées et le développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 109 en 2011, sur un total de 355 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 progresse : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010 ; elle marque cependant le pas en 2011, restant au niveau atteint en 2010. Malgré sa progression sur ces dix dernières années, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en

GRAPHIQUE 3

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2010 (en parités de pouvoir d'achat)



* Valeurs 2009.

Sources • Éco-santé OCDE 2012, juin 2012.

Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006.

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments) représentent 91,1 % de la CSBM en 2011. D'autres postes moins importants connaissent des évolutions significatives.

... mais une progression des autres biens médicaux toujours soutenue

En 2011, les dépenses liées aux « autres biens médicaux » représentent 12,2 milliards d'euros. Après un ralentissement passager en 2009¹, leur rythme de croissance reste soutenu en 2011 : +5,0 % en valeur après +5,6 % en 2010. Si la progression des dépenses d'optique est stable depuis trois ans (entre 3 % et 4 % par an en valeur), en revanche, celle des dépenses de « petits matériels et pansements » ralentit en 2011 tout en restant élevée (+6 % en 2011 contre +8 % en 2010), comme celle des « prothèses, orthèses et VHP² » (+5,9 % en valeur en 2011 contre +6,4 % en 2010).

Un tassement de la croissance des transports de malades

La consommation de transports sanitaires s'élève à 3,9 milliards d'euros en 2011, soit une croissance en valeur de 3,0 %, après +5,4 % en

2010 et +6,4 % en 2009. Cette évolution est la plus faible enregistrée depuis 14 ans. Le rythme de croissance des dépenses de transports sanitaires avait repris en 2009 sous l'effet d'une hausse des tarifs (+3,3 %) et en 2010 avec les volumes (+4,5 %). En 2011, les volumes n'augmentent plus que de 2,2 % et les prix de 0,7 %. Ce tassement de la progression des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise engagés depuis 2007 : des règles de prescription plus restrictives s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2007, des accords pour optimiser les transports en favorisant les transports partagés, et depuis 2011, de nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (et plus particulièrement des transports de malades) signés entre les agences régionales de santé et les établissements de santé.

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

Outre les postes inclus dans la CSBM, la dépense courante de santé (DCS) comprend les autres dépenses en faveur des malades : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement (respectivement 8 milliards d'euros et 8,5 milliards d'euros en 2011), les soins et services à domicile (SSAD, 1,4 milliard), les indem-

nités journalières versées par l'assurance maladie (13 milliards). La DCS comprend également les subventions au système de soins (2,6 milliards), les dépenses de prévention organisée (individuelle ou collective, 5,8 milliards), de recherche et de formation médicales (7,5 milliards et 1,8 milliard), ainsi que les coûts de gestion du système de santé (15,6 milliards).

Ces autres dépenses représentent le quart de la DCS. Ces différents postes de dépense ont des évolutions très variables entre 2010 et 2011. Si les dépenses de prévention restent stables, les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement et les SSAD ont une croissance supérieure à 3 %. Les indemnités journalières augmentent quant à elles de 2,4 % en 2011 après +6,1 % en 2010.

Dans le financement de la CSBM, le reste à charge des ménages est stable par rapport à 2010

Les évolutions présentées ci-dessus sont différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juillet 2012). Cette dernière comptabilise les seules dépenses d'assurance maladie ; les comptes de la santé permettent en revanche 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 135,8 milliards d'euros en 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est de 75,5 % contre 75,7 % en 2010. 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 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 complémentaires³), mais

1. Le ralentissement 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 (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) à partir du 1^{er} août 2008.

2. Véhicules pour handicapés physiques.

3. 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. 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

	En %											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base (1)	76,7	76,7	76,8	77,0	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5
État et CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,4	12,3	12,6	12,7	12,9	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7
• mutuelles (2)	7,6	7,4	7,4	7,5	7,5	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5
• sociétés d'assurance (2)	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7
• institutions de prévoyance (2)	2,1	2,3	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,7	9,7	9,3	8,9	8,8	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,6	9,6
Total	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.

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 4). Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale reste de l'ordre de 75,7 %. Elle recule légèrement en 2011 en raison d'une part du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds effectués en ville ou à l'hôpital, d'autre part du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et biens médicaux.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 5). Elle atteint 24,6 milliards d'euros en 2011, soit 13,7 % de la CSBM contre 13,5 % en 2010.

Entre 2000 et 2010, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a en effet augmenté de plus d'un point, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2011. 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 euros sur les actes lourds et en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 16 à 18 euros 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 onze ans : elle atteint 37,1 % en 2011, alors qu'elle n'était que de 26,2 % 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 euro 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 18,7 % en 2000 à 16,3 % en 2009.

En 2011, cette tendance se prolonge avec la hausse de la part des dépenses de santé prise en charge par les organismes complémentaires pour les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux. Pour les soins de ville et soins hospitaliers, du fait du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Pour les biens médicaux, du fait de l'accroissement régulier des prises en charge par les organismes complémentaires de biens à l'évolution dynamique, comme l'optique. Cette hausse est toutefois modérée par la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15 % en raison de leur faible service médical rendu.

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 14,5 % de la CSBM (contre 13,7 % sans prise en compte de cette taxe).

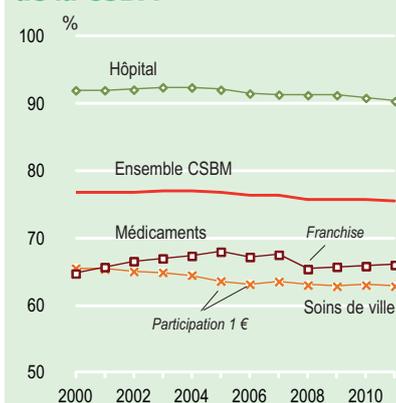
Le **reste à charge des ménages** atteint 17,3 milliards d'euros en 2011, soit 9,6 % de la CSBM ; il reste stable par rapport à 2009-2010 (graphique 6). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les

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 2004, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse puisqu'il était passé de 9,0 % en 2005 à 9,7 % en 2008. 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

■ GRAPHIQUE 4

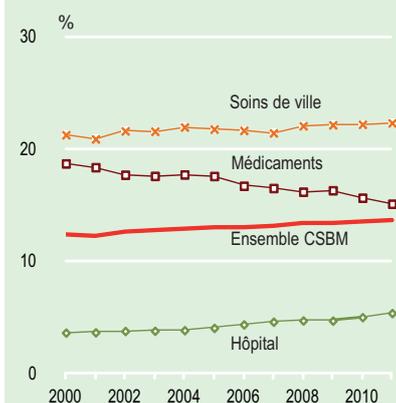
Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 5

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base (assurés en ALD). 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).

Sur la période 2009-2011, en l'absence de mesure tarifaire de grande

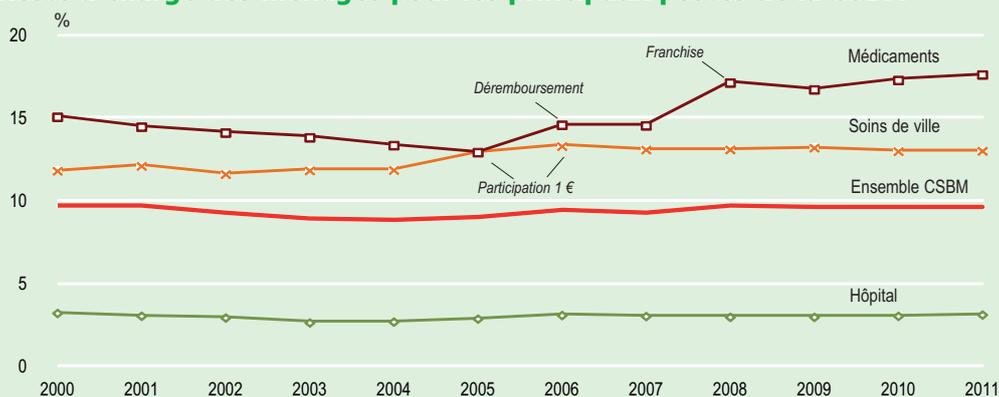
ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge est stable. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale) tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complé-

mentaires des biens médicaux a l'effet inverse.

Sur le plan international, la France figure parmi les 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, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (graphique 7). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France. ■

GRAPHIQUE 6

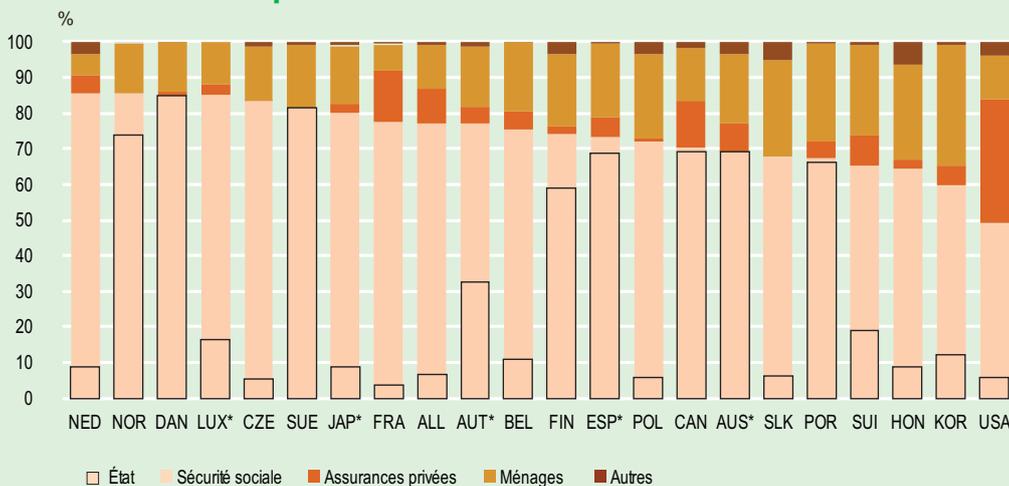
Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

GRAPHIQUE 7

Financement des dépenses courantes de santé en 2010



* Valeurs 2009.

Sources • Éco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

La dépense totale de santé agrégat utilisé pour les comparaisons internationales

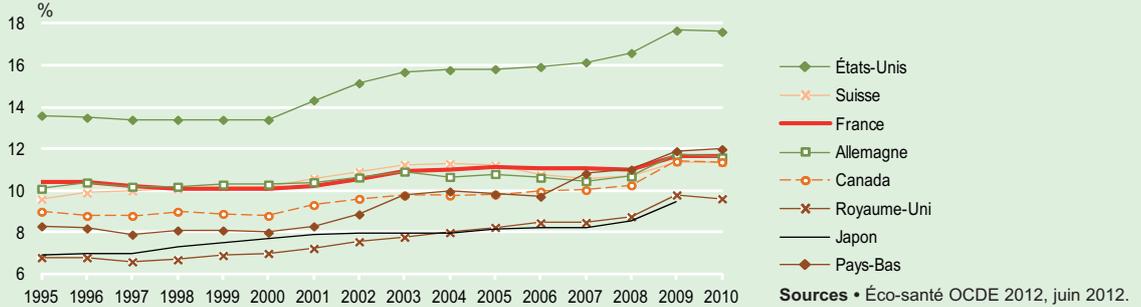
Outre la dépense courante de santé et la consommation de soins et de biens médicaux, les Comptes de la santé présentent un troisième agrégat utilisé pour les comparaisons internationales : la DTS ou dépense totale de santé.

En France, la DTS 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 certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance.

La dépense totale de santé s'élève à 11,6 % du PIB en 2010

En 2010, la dépense totale de santé s'élève à 225,5 milliards d'euros, soit 11,6 % du PIB (graphique A). Cette évaluation place la France dans le groupe de tête des pays membres de l'OCDE, derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12 %) et à un niveau équivalent de celui de l'Allemagne (11,6 %), et légèrement supérieur à celui du Canada (11,4 %), de la Suisse (11,4 % hors FBCF - Formation brute de capital fixe) ou du Danemark (11,1 %).

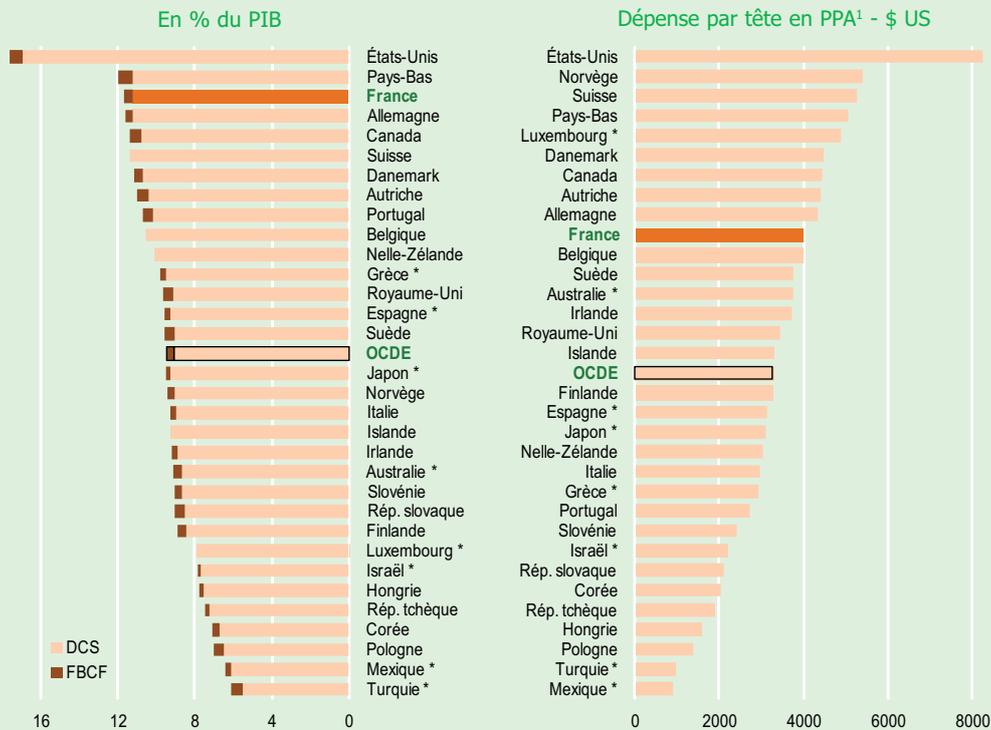
GRAPHIQUE A • Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2010



Comme la France, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur PIB diminuer en 2009 et la part de leurs dépenses de santé exprimée en points de PIB augmenter mécaniquement. La DTS française a ainsi augmenté de 0,6 point de PIB entre 2008 et 2009.

Lorsque la dépense totale de santé par habitant est exprimée en parité de pouvoir d'achat¹, le classement de la France est modifié : la France se situe alors au dixième rang, à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique B). 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, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse.

GRAPHIQUE B • Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2010



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