

Les dépenses de santé et leur financement

L'amélioration de l'état de santé d'une population provient de dépenses très diversifiées¹.

On peut schématiquement les regrouper en trois parties :

- La première concerne essentiellement la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) destinés au traitement curatif, mais la prévention y est liée² ; le préventif destiné à un individu en particulier (vaccination, dépistage, médecine du travail...), et ensuite le préventif collectif, c'est-à-dire une prévention qui s'adresse à toute la population, en sachant qu'un individu peut ne pas être concerné (ainsi les campagnes télévisées sur la transmission du VIH, le contrôle vétérinaire des viandes...).

- La deuxième comprend des dépenses indirectement liées à la santé. Par exemple : les indemnités journalières, ou revenu de remplacement, données par l'assurance maladie lors des arrêts de travail ; des dépenses liées à l'organisation du système de soins, à la recherche et à l'enseignement des professionnels...

- La troisième est plus floue. Ces dépenses participent à l'amélioration des indicateurs de santé, mais de façon collatérale. Elles ont d'autres objectifs premiers et sont situées hors du périmètre santé. Par exemple, l'amélioration des voies de circulation rend les routes plus sûres, raccourcit les temps de transport et améliore ainsi le risque accidentel et ses conséquences sanitaires. L'assèchement des marais dans la plaine du Pô a permis, en éradiquant l'anophèle, de contribuer à faire disparaître le paludisme. Cette rubrique est comptabilisée hors du champ santé.

La première rubrique concerne ce que l'on appelle couramment la consommation « santé ». C'est notre objet.

La consommation de soins et biens médicaux

Cet agrégat provient du compte satellite de la santé, lui-même issu de la Comptabilité nationale. La Comptabilité nationale définit les acteurs économiques, les opérations, et les liens entre eux, construit des tableaux économiques et des agrégats sur l'ensemble de la vie économique d'un pays. Un compte satellite extrait de cette présentation générale et nationale les données nécessaires au domaine qu'il envisage.

Champs de la CSBM

La consommation de soins et biens médicaux comprend les soins hospitaliers produits par le secteur public et

le secteur privé. Cette distinction correspond au mode de financement et rassemble dans le secteur public, à la fois les établissements publics mais aussi les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier qui sont tous deux financés pour l'essentiel par la dotation globale. Le secteur privé à but lucratif tire son financement, des facturations individuelles, des frais de séjour et des actes médicaux et paramédicaux directement versés aux professionnels. Les soins aux personnes âgées (dépendantes ou non) donnés dans des établissements d'hébergement ne sont plus comptabilisés dans le champ santé mais dans le champ médico-social, en raison du changement de base de la Comptabilité nationale en 2000.

Les soins ambulatoires comprennent les soins de médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales et les soins effectués pendant les cures thermales.

Les transports sanitaires comprennent les ambulances, les véhicules sanitaires légers, les taxis (1/5 du poste) et d'autres moyens (1/25 du poste), pour se rendre à une consultation libérale ou dans un établissement de santé pour permettre à un patient de se rendre chez un professionnel de santé pour des soins.

Les biens médicaux comprennent les médicaments vendus par les officines pharmaceutiques et les pharmacies hospitalières (c'est-à-dire la fourniture des médicaments destinés à des malades non hospitalisés, appelée rétrocession, environ 1/10 de ce poste), et les autres biens médicaux (optiques, prothèses et petits matériels et pansements) (tableau 1).

L'évolution de la CSBM

Globalement, une analyse rétrospective montre la lente croissance de cet agrégat au sein du produit intérieur brut (PIB). Elle est passée de l'ordre de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2004. Sur cette longue période, la consommation de soins et biens médicaux a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB.

Les facteurs de consommation expliquent cette hausse des dépenses de santé. Elle provient simultanément d'une augmentation de la demande et de l'offre.

Les facteurs de demande concernent :

- le besoin ressenti par les individus et leur croyance en l'efficacité du système de santé ;

- les facteurs psychologiques dépendant du revenu des individus, du niveau d'études, des catégories socio-professionnelles, favorisant la consommation ;

- la protection sociale : par exemple, l'extension de la couverture sociale à 100 % de la population ;

- la démographie : la courbe de consommation d'un individu tout au long de sa vie évolue grossièrement

Dominique Bertrand

Professeur des universités, praticien hospitalier Assistance publique-Hôpitaux de Paris, médecin national de la Mutualité sociale agricole

Stéphane David

Assistant hospitalier universitaire service FMC, AP-HP

1. Bertrand D. « Consommation médicale et économie de la santé ». *Revue du praticien* 2003 n° 53, p. 917-924.

2. Bertrand D., Bréchat P.H. Financement des politiques de santé. Dossier « Politiques et programmes nationaux de santé » *adsp* 2005, 50 : 38-39.

tableau 1

Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur

	1995 en %	2004 en %	2004 en milliards d'euros
1. Soins hospitaliers	48,6	44,4	64,3
Publics	32,6	34,4	49,9
Privés	12,4	10,0	14,4
2. Soins ambulatoires	27,3	27,4	36,6
Médecins	13,2	12,8	18,5
Auxiliaires médicaux	5,3	5,8	8,6
Dentistes	6,1	5,9	8,4
Analyses	2,4	2,6	3,4
Cures thermales	0,3	0,2	
3. Transports de malades	1,5	1,8	2,6
4. Biens médicaux	22,6	26,4	38,2
Médicaments	18,8	20,9	30,3
Optique	3,8	5,5	4,0
Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	0,8	0,9	1,3
Petits matériels et pansements	0,4	1,8	2,6
Consommation de soins et de biens médicaux	100,0	100,0	141,7

Source : Drees

L'analyse de ce champ montre la primauté du secteur hospitalier (1), ainsi que deux ensembles grossièrement équivalents : les soins ambulatoires (2) et les biens médicaux (4).

Deux remarques : tout d'abord, il faut se rendre compte de la complexité de l'analyse économique et savoir que les médicaments se situent bien sûr dans les biens mais aussi dans les soins hospitaliers pour ceux distribués à l'hôpital. Ensuite, le mode de financement et la prise en charge des soins par l'assurance maladie peuvent entraîner des modifications importantes dans la structure CSBM.

en « U » : pendant les cinq premières années de la vie, forte consommation (branche descendante du U) puis une consommation plus faible jusqu'à l'âge de 20 ans, puis une augmentation progressive jusqu'au grand âge. Cela implique que l'espérance de vie à la naissance et l'évolution de la structure par âge de la population vont accroître la demande ;

- le développement des pathologies chroniques, des maladies dites de civilisation ; l'incidence croissante des cancers entraînent des soins longs et coûteux.

Les facteurs d'offre :

L'offre subit deux influences contradictoires : d'une part, une rationalisation de l'offre (organisation et planification du système de soins) orientée vers une régulation des dépenses, d'autre part, le progrès technique qui va accroître fortement le potentiel de soins et de biens offerts.

Les dépenses de la consommation de soins et biens médicaux augmenteront vraisemblablement toujours plus vite sur le long terme que le PIB.

Certaines estimations laissent présager que dans les années 2040-2050, la part des dépenses de santé serait de l'ordre de 13 % du PIB, mais ces prévisions plausibles ont des limites : quelle croissance économique pour le PIB ? quelle population active ? quelle structure démographique future ? quelle espérance de vie ? quels risques médicaux ? quels progrès techniques futurs pour quels gains de dépenses : éradication

de pathologies, amélioration de la prise en charge, émergence de nouvelles pathologies avec quelles conséquences socio-sanitaires... Encore beaucoup d'incertitudes !

La concentration des dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux par personne et par an s'élève en 2004 à environ 2 350 euros.

Cette moyenne est soumise à de grandes variations. On estime que 1 % de la population consomme environ 40 % des prestations en nature de l'assurance maladie (remboursement de soins). Cette forte concentration des soins de santé est la conséquence des ressources très importantes mises en œuvre pour traiter soit des accidents aigus, soit des pathologies lourdes et coûteuses (mais aussi courte durée d'hospitalisation pour un accident aigu et durée plus longue pour des pathologies chroniques ayant des phases de soins lourds). Ces pathologies lourdes, par exemple les affections de longue durée (ALD), sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. À côté des ALD, il existe d'autres critères, ou médicaux ou de situations administratives, qui permettent d'obtenir le 100 %.

Financement des dépenses de santé

Les soins et les biens médicaux directement utilisés par les individus sont financés par quatre types d'acteurs :

- les ménages, c'est-à-dire le consommateur lui-même ;
- l'assistance, c'est-à-dire l'État et collectivités locales prenant en charge les personnes non couvertes par l'assurance maladie. Il s'agit essentiellement de la CMU (couverture maladie universelle) et de l'AME (aide médicale gratuite) ;
- l'assurance, qu'il s'agisse des mutuelles (donc sans but lucratif), des assurances privées et les institutions de prévoyance ;
- la solidarité, pour la branche maladie de la Sécurité sociale.

Le financement de la CSBM globale

De façon globale, la sécurité sociale, tous régimes confondus, couvre 76 % des dépenses de santé. Le taux est constant depuis plus de dix ans, mais en raison de la croissance des dépenses de santé et de l'augmentation moins forte des recettes (essentiellement basées sur les cotisations et la contribution sociale généralisée affectée à la santé, proches de la croissance économique), le déséquilibre financier de l'assurance maladie s'accroît. La part des ménages baisse d'un point environ sur dix ans et passe à 9,1 % en 2004.

La part de l'État est stable sur dix ans.

La part des assurances est de 12,9, en constante augmentation dans le temps (les ménages s'assurant pour se prémunir d'une participation trop importante) (tableau 2).

Le financement par secteur

En 2002, la CSBM est financée à 75 % par l'assurance maladie, mais chaque secteur de soins a une structure de prise en charge très différente. Les patients hospitalisés sont le plus souvent pris en charge à 100 % en raison des soins coûteux, ce qui explique une participation de l'assurance maladie de 92,5 % dans le secteur hospitalier. La médecine ambulatoire est moins remboursée par l'assurance maladie. Les ménages augmentent une stratégie de couverture complémentaire (mutuelles et assurances privées...) sur le long terme. Par contre, les biens médicaux offrent un fort contraste entre des remboursements à 100 % pour les médicaments indispensables et des médicaments de confort remboursés à 35 % ou même non remboursés. Cette différence de remboursement tient compte du service médical rendu. En 2005, plus d'une centaine de médicaments passent temporairement à un taux de remboursement de 15 %, en raison d'un service médical rendu particulièrement faible. Les soins dentaires ne sont remboursés qu'à 34 % par la Sécurité sociale.

Conclusion

En plus des prestations en nature, l'assurance maladie propose des prestations en espèces. La répartition étant à peu près de 93 % (prestations en nature) — 7 % (prestations en espèces), l'ensemble de ces prestations correspondent aux dépenses de l'assurance maladie,

hors gestion. Les dépenses croissent plus vite que les recettes. Ces dépenses doivent donc être efficaces, efficaces et utiles pour le patient, chaque professionnel travaillant sur son noyau de compétence, et l'ensemble du système de soins se complétant par des formules de type réseaux qui permettent de fournir de façon appropriée la stratégie de soins et de prévention la meilleure et la moins coûteuse.

Mais la répartition entre les financeurs peut aussi varier dans le temps, selon le service médical rendu ou, plus prosaïquement, l'utilité des soins. Ces points font l'objet de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. ■

tableau 2

Financement de la CSBM globale en 2004 (en %)

Sécurité sociale	76,7
État	1,3
Mutuelles	7,3
Sociétés d'assurance	3,2
Institutions de prévoyance	2,6
Ménages	9,1
Total	100,0

Source : Drees

tableau 3

Financement de la CSBM par secteur en 2004 (en %)

	Hôpital	Médecine ambulatoire	Biens médicaux
Sécurité sociale	92,5	64,1	62,0
État	1,2	1,6	1,3
Mutuelles	2,0	11,3	12,4
Sociétés d'assurance	1,0	5,3	4,3
Institutions de prévoyance	0,9	4,2	3,9
Ménages	2,4	13,5	16,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : Drees

À noter que la France est au 13^e rang des pays développés pour son niveau de prise en charge par la Sécurité sociale.