



# Erétudes et Résultats

N° 655 • septembre 2008

## Les Comptes nationaux de la santé en 2007

En 2007, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 206,5 milliards d'euros, soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 163,8 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB. Elle a progressé en valeur plus rapidement qu'en 2006 (+4,7 % après +3,5 %), mais connaît toutefois une évolution inférieure à celle observée au début de la décennie (plus de 6 % en moyenne par an de 2001 à 2003).

Cette accélération est due essentiellement à l'évolution des volumes (+3,7 % après +2,7 % en 2006), qui concerne tous les postes de dépenses hormis les transports de malades. Les médicaments progressent toujours à un rythme soutenu (+7,1 % en 2007 après +5,4 %) et les honoraires des médecins croissent à nouveau en volume après avoir diminué de 2006. La variation des prix de la CSBM reste quand à elle limitée (+1,0 % après +0,8 % en 2006), en raison notamment de la diminution des prix des médicaments.

La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 76,6 % en 2007. Le reste à charge des ménages, qui est orienté à la baisse sur longue période, évolue peu depuis 2005, tout en restant inférieur à son niveau de 2000 (8,5 % en 2007 contre 9,0 % en 2000).

La dépense totale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, qui représentait 11,0 % du PIB en 2006, place la France en troisième position des pays membres de l'OCDE.

**Annie FENINA, Yves GEFFROY et Michel DUÉE**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**L**ES COMPTES NATIONAUX de la santé, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année le montant des différents postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et son mode de financement. Ils décrivent aussi la dépense courante de santé qui comprend l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé (encadré 1).

En 2007, 206,5 milliards d'euros ont été dépensés pour la santé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cette dépense courante de santé – qui exclut les dépenses en capital – est l'agrégat le plus large des Comptes. Il représente 10,9 % du PIB en 2007 (11,0 % en 2006). Ce sont 163,8 milliards d'euros de cette dépense qui sont affectés à la CSBM.

#### **La consommation de soins et de biens médicaux progresse de 4,7 % en valeur et de 3,7 % en volume**

Au cours de la période 1995-2007, la croissance de la CSBM en valeur a atteint ses plus hauts niveaux entre 2001 et 2003 (+6 % par an en moyenne, graphique 1). D'une part, c'est en 2001 que la croissance des volumes a été la plus forte (+4,7 %). D'autre part, c'est en 2002 et 2003 que les prix ont été les plus dynamiques, sous l'effet notamment des augmentations de tarifs des médecins et de la hausse des coûts salariaux à l'hôpital, liée à la réduction du temps de travail. Les années 2004 à 2006 ont ensuite connu un net ralentissement des dépenses : en 2006, la croissance en valeur a ainsi été de seulement 3,5 %, soit un niveau proche de ceux observés à la fin des années 1990.

L'année 2007 renoue avec des évolutions plus dynamiques, proches de celles observées en 2000, tant en valeur qu'en volume. La CSBM progresse ainsi de 4,7 % en valeur et de 3,7 % en volume (tableau 1). La progression du prix de la CSBM reste en revanche de faible ampleur (+1,0 %

après +0,8 % en 2006). Comme c'est le cas depuis 2004, ce sont surtout les médicaments qui sont à l'origine de cette modération des prix.

La part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) dans le PIB mesure la part de la richesse nationale consacrée à cette dépense. Cette proportion était de 8,2 % en 1995. Stabilisée à ce niveau jusqu'en 2000, elle progresse jusqu'en 2003 et se stabilise alors autour de 8,7 % (graphique 2). La forte croissance de 2000 à 2003 résulte au premier chef de l'accélération de la croissance de la CSBM, mais aussi d'une moindre augmentation du PIB. Ainsi, en douze ans, la part de la richesse nationale consacrée à la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté d'un demi-point de PIB, soit de près de dix milliards d'euros de 2007. La part de la CSBM dans la consommation effective des ménages suit un profil analogue, avec une stabilisation autour de 12,1 % depuis 2003.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,7 point) et les soins ambulatoires (1,5 point) qui ont, en 2007, le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux (graphique 3), ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Parmi les soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,4 point). Viennent ensuite, avec une contribution nettement inférieure, les médicaments.

En revanche, pour ce qui concerne la croissance en volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à la croissance en 2007 (1,5 point), comme c'est le cas depuis 1997. Viennent ensuite à un niveau équivalent les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, soit 3,2 points pour ces trois postes sur un total de 3,7 points<sup>1</sup>. De 1997 à 2004, la contribution des soins ambulatoires à la croissance en volume de la CSBM a été supérieure à celle de l'hôpital ; cette configuration s'est inversée en 2005 et 2006 (graphique 4).

<sup>1</sup> Le solde correspond au transport de malades et aux autres biens médicaux.

## ENCADRÉ 1

### Consommation et dépenses de santé

Les Comptes de la santé présentent différents agrégats.

**La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 163,8 milliards d'euros en 2007**

Elle 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 dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Sont ainsi exclues les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement.

La consommation médicale totale (167,1 milliards) ajoute à la CSBM la prévention individuelle (3,3 milliards).

**La dépense courante de santé : 206,5 milliards d'euros en 2007**

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

**La dépense totale de santé : 199,0 milliards d'euros en 2006**

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'OMS utilisent un concept commun pour comparer les dépenses de santé de leurs membres : la dépense totale de santé. En France, elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en retirant les IJ, 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 sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

## TABLEAU 1

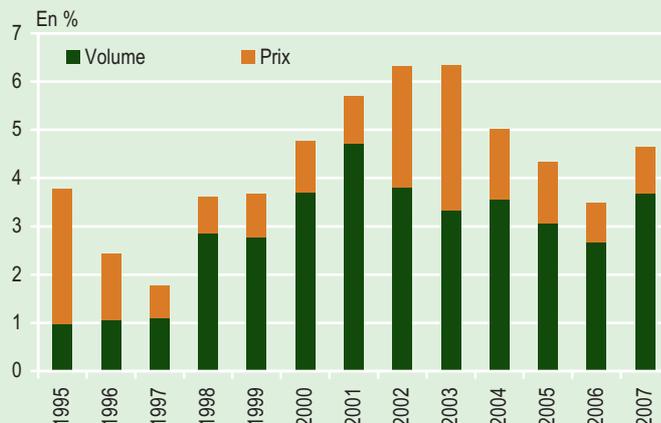
### Consommation de soins et de biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2007	Taux d'évolution annuels moyens									
		en valeur (en %)					en volume (en %)				
		1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
<b>1- Soins hospitaliers</b>	<b>72,7</b>	<b>2,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0</b>	<b>3,5</b>	<b>3,9</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>
publics	56,4	2,8	5,1	4,6	3,4	3,9	1,1	1,4	2,3	1,2	1,8
privés	16,3	-0,5	5,0	6,0	3,7	3,8	-1,3	2,1	3,2	2,6	2,1
<b>2- Soins ambulatoires</b>	<b>45,1</b>	<b>3,1</b>	<b>5,6</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>5,5</b>	<b>2,5</b>	<b>4,0</b>	<b>1,7</b>	<b>1,9</b>	<b>3,3</b>
Dont médecins	20,9	3,2	4,7	3,2	4,2	5,3	2,4	1,4	0,5	-0,4	1,8
dentistes	9,4	2,3	5,5	1,1	3,4	3,8	1,8	7,0	0,1	1,6	2,4
auxiliaires médicaux	10,2	4,0	7,1	5,2	6,8	8,4	3,1	5,3	5,2	6,8	7,4
analyses	4,2	3,2	7,3	3,7	3,2	3,5	3,7	6,9	3,7	3,2	3,5
<b>3- Transports de malades</b>	<b>3,2</b>	<b>5,0</b>	<b>8,4</b>	<b>7,0</b>	<b>9,2</b>	<b>5,1</b>	<b>3,1</b>	<b>6,3</b>	<b>4,9</b>	<b>5,8</b>	<b>3,8</b>
<b>4- Médicaments</b>	<b>33,4</b>	<b>5,1</b>	<b>5,9</b>	<b>4,2</b>	<b>1,5</b>	<b>4,4</b>	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,4</b>	<b>7,1</b>
<b>5- Autres biens médicaux</b>	<b>9,5</b>	<b>9,0</b>	<b>8,1</b>	<b>5,4</b>	<b>4,7</b>	<b>8,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,8</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5</b>	<b>7,4</b>
<b>Consommation de soins et de biens médicaux (1 à 5)</b>	<b>163,8</b>	<b>3,3</b>	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4,7</b>	<b>2,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>	<b>3,7</b>

Sources : DREES, Comptes de la santé.

## GRAPHIQUE 1

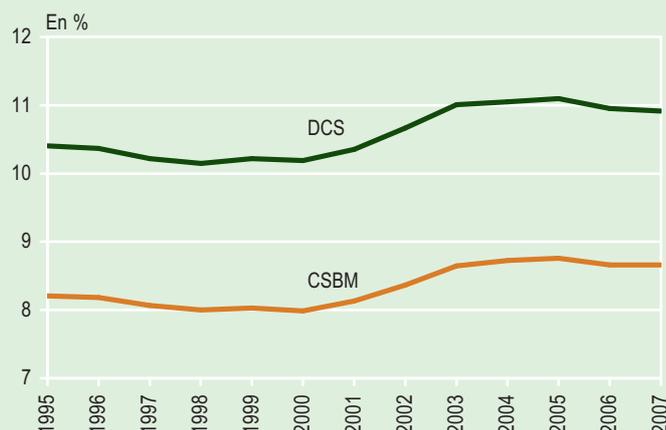
### Taux de croissance en valeur, prix et volume, de la consommation de soins et biens médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

## GRAPHIQUE 2

### Part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la dépense courante de santé (DCS) dans le PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé ; INSEE, Comptes nationaux.

■ GRAPHIQUE 3

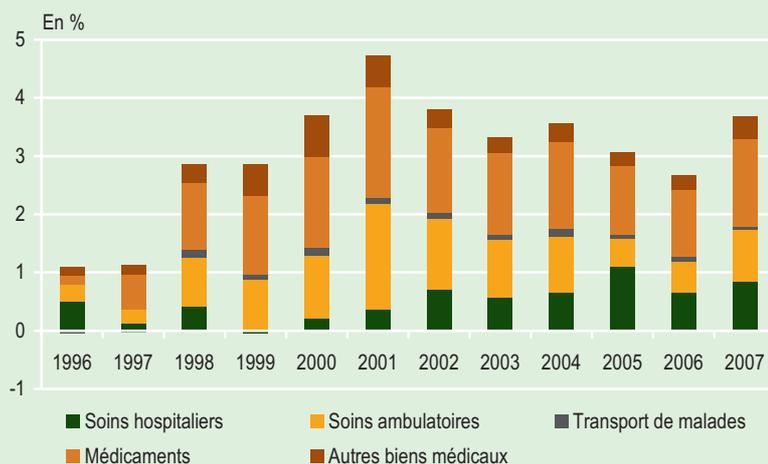
**Contributions à la croissance de la CSBM en valeur**



Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 4

**Contributions à la croissance de la CSBM en volume**



Sources • DREES, Comptes de la santé.

2. Dans leur distinction entre hospitalisation publique et hospitalisation privée, les Comptes de la santé privilégient le critère économique. Font ainsi partie du secteur public les établissements publics hospitaliers et tous les établissements privés financés auparavant par la dotation globale. Le secteur hospitalier privé est constitué de l'ensemble des autres établissements. Le passage à la tarification à l'activité (T2A), qui suit des calendriers d'application différents pour les deux secteurs, ne remet pas en cause ce principe de distinction entre secteur public et secteur privé.

**La consommation de soins hospitaliers en 2007 augmente de 3,9 % en valeur et de 1,9 % en volume**

Avec 72,7 milliards d'euros en 2007, le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés<sup>2</sup>) représente 44,3 % de la CSBM. La croissance des dépenses de ce secteur est de 3,9 % en valeur et 1,9 % en volume ce qui constitue une accélération par rapport à 2006 (tableau 1).

Dans le secteur public, la consommation de soins s'élève à 56,4 milliards d'euros. Elle croît de 3,9 % en valeur, ce qui marque une légère accélération par rapport à l'évolution

de 2006 ; la progression reste toutefois en retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000 (+5,3 % par an en moyenne de 2001 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 2007.

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2007 à 16,3 milliards d'euros. L'évolution en valeur de la consommation de soins est de +3,8 % en 2007, soit un niveau proche de celui de 2006 (+3,7 %). Là encore, cette

progression reste nettement inférieure à celles enregistrées les années précédentes (+5,6 % par an en moyenne de 2002 à 2005). En 2007, la croissance en volume prolonge le ralentissement observé en 2006, tandis que les prix progressent à un rythme un peu plus soutenu (+1,6 % après +1,0 %) sous l'effet des augmentations combinées des tarifs des cliniques (+1,1 %, après une diminution de l'ordre de 1 % en 2006), des honoraires de médecins spécialistes et du forfait journalier.

**La consommation de soins ambulatoires croît de 5,5 % en valeur et de 3,3 % en volume**

En 2007 la consommation de soins ambulatoires est de 45,1 milliards d'euros, soit 27,5 % de la CSBM. Sa croissance en valeur (+5,5 %) poursuit l'accélération observée en 2006, après la faible progression de 2005 (+3,2 %) ; elle retrouve des niveaux proches de ceux observés de 2000 à 2004 (tableau 1). Les volumes rebondissent quant à eux en 2007 (+3,3 %) après les faibles progressions de 2005 et 2006. La hausse des prix reste dynamique (+2,1 %), bien qu'en retrait par rapport à 2006 (+2,5 %).

La consommation de soins de médecins s'accroît de 5,3 % en valeur, ce qui accentue le mouvement à la hausse entamé dès 2004 (tableau 1). Les soins de médecins progressent à nouveau en volume (+1,8 %) après la légère baisse observée en 2006 (-0,4 %) ; la progression de 2007 est essentiellement imputable aux spécialistes, les honoraires des généralistes étant stables en volume. La variation des prix des soins de médecins en 2007 (+3,4 %) est moins prononcée que celle de l'année précédente (+4,6%). Les fortes augmentations de l'année 2002, dues à la revalorisation des tarifs des généralistes, et dans une moindre mesure de 2003 (hausse des tarifs des spécialistes) avaient été suivies en 2004 par une quasi-stabilisation des prix. Les années 2005 et 2006 ont été caractérisées par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), d'un montant de 40 euros par patient souffrant d'une

affection de longue durée, mais aussi par le remplacement progressif de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par celle de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; ces dispositions se sont traduites par une augmentation de l'indice des prix des actes de médecins. En 2007, la progression des prix est un peu moins rapide qu'en 2006. Elle s'explique principalement par la hausse des tarifs des généralistes le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (22 euros) et par l'effet en année pleine des hausses intervenues en 2006 : en août, le tarif de la consultation des généralistes avait augmenté de 20 à 21 euros et en octobre le tarif des visites est passé à 22 euros pour les généralistes et à 23 euros pour les spécialistes. D'autres modifications tarifaires sont également intervenues en 2007 pour certaines spécialités (neuropsychiatres, psychiatres, pédiatres).

La consommation de soins de dentistes progresse de 3,8 % en valeur, soit un rythme légèrement supérieur à celui de 2006, après la faible progression observée en 2005 (+1,1 %, tableau 1) ; cette évolution reste cependant en retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie (+6 % par an en moyenne de 2000 à 2004). Les prix progressent de 1,3 % ; l'année 2007 enregistre l'effet en année pleine des revalorisations de juillet 2006, notamment des lettres C (consultation) et SC (soins conservateurs et chirurgicaux).

Les soins d'auxiliaires médicaux et les analyses de laboratoire progressent respectivement de 8,4 % et 3,5 %, en valeur, et de 7,4 % et 3,5 % en volume. La croissance du poste des soins d'auxiliaires médicaux est ainsi essentiellement tirée par celle des volumes, dont la progression est de plus en plus dynamique : de +3,1 % par an en moyenne entre 1995 et 2000, elle est passée à +5,3 % par an entre 2000 et 2005 pour atteindre +7,4 % en 2007. Les prix des soins d'auxiliaires médicaux progressent de 0,9 %, en raison de mesures tarifaires concernant les infirmiers, alors que les prix avaient été stables en 2005 et 2006. Le 26 juillet 2007, en

effet, est entrée en vigueur la première étape de la revalorisation tarifaire des actes infirmiers (la seconde étant prévue en 2009). Le tarif des actes en AMI (soins courants) qui représentent 66 % des actes a été porté de 2,90 euros à 3 euros. Celui des actes en AIS (plans de soins infirmiers, garde à domicile) est passé de 2,40 euros à 2,50 euros. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2,00 euros à 2,20 euros et la majoration du dimanche de 7,62 euros à 7,80 euros.

### **Augmentation de la consommation de médicaments de 4,4 % en valeur et de 7,1 % en volume**

En 2007, les médicaments représentent 20,4 % de la CSBM, soit 33,4 milliards d'euros.

La croissance du volume de la consommation de médicaments est, en 2007, de 7,1 %, ce qui marque une accélération par rapport aux années 2005 et 2006 (respectivement +5,5 % et +5,4 %) ; elle retrouve ainsi des niveaux proches de ceux observés de 1999 à 2004 (+7,4 % par an en moyenne). Ceci, couplé à leur poids important, continue de faire du médicament le plus important contributeur à la croissance en volume de la CSBM. Cette forte progression des volumes s'explique principalement par la mise sur le marché de nouvelles spécialités, qui contribuent pour une part essentielle à la croissance annuelle du marché.

Les prix, dont l'évolution suit celle des médicaments remboursables, sont en diminution continue, sous l'effet notamment du développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 87 en 2007, sur un total de 360 classes thérapeutiques<sup>3</sup>. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques représentent plus de 50 % des ventes en 2007, contre 43 % en 2003. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables progresse, passant de 4,1 % en valeur en 2002 à 10,1 % en 2007. Néanmoins, la part des génériques dans le total

des ventes reste encore modeste en comparaison avec 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<sup>4</sup>. 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, par exemple, elle s'appuie sur la notion plus large d'équivalent thérapeutique<sup>5</sup>. Les prix des génériques étant inférieurs à ceux des médicaments princeps, leur place croissante sur le marché tend à faire baisser les prix. Cette baisse peut être accentuée par la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) qui conduit l'assurance maladie à rembourser le princeps sur la base du prix du médicament générique.

Au-delà de cette tendance à long terme, le tassement des prix de l'année 2007 (-2,5 %), qui prolonge celui particulièrement marqué de 2006 (-3,7 %), est imputable aux mesures du plan médicament qui intervient sur le montant des dépenses essentiellement par des baisses de prix.

Les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les médicaments, représentent 92,3 % de la CSBM. D'autres évolutions sont significatives, même si le poids des postes concernés est moindre. Ainsi, en 2007, l'augmentation des dépenses liées aux « autres biens médicaux » est de 8,0 % en valeur et de 7,4 % en volume. L'optique progresse de 4,6 % en valeur et les « petits matériels et pansements » de 12,5 %. La croissance de ce dernier poste ralentit depuis 2000 : le taux d'évolution en valeur était en moyenne de 31 % par an entre 1995 et 2000.

### **La structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux**

Les comptes de la santé permettent de décrire le financement des dépenses de santé ; la structure de financement présentée dans ce document est assez

3. Clerc M.-É., 2008, « Les ventes des médicaments remboursables en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 634, mai.

4. Sources : European Generic Medicines Association.

5. De Mazières C., Paris V., 2004, « La régulation de l'industrie pharmaceutique », *Revue d'économie financière*, n° 76.

différente de celle présentée en 2007, en raison notamment d'une révision des séries des prestations versées par les mutuelles de 2002 à 2006 (encadré 2).

Depuis 1995, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est globalement stable, autour de 77 % (tableau 2 et graphique 5). Cette stabilité est le résultat de deux évolutions 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, optique) mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) est en nette progression. Le reste à charge des ménages est quant à lui orienté à la baisse, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires (en particulier les institutions de prévoyance) et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Ce reste à charge est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (moins de 3 %), mais demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique ou les soins dentaires.

En 2007, la part financée par la Sécurité sociale est de 76,6 %. La part prise en charge par les organismes complémentaires est en légère progression, en particulier pour les soins hospitaliers en raison de la hausse d'un euro par an du forfait journalier et des hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public.

Le reste à charge des ménages varie peu depuis 2005 tout en restant inférieur à son niveau de 2000 (8,5 % en 2007 contre 9,0 % en 2000). Cette stabilité s'explique par diverses mesures conjoncturelles d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale, qui sont venues compenser les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base. L'année 2005 avait ainsi vu la mise en place

de la participation forfaitaire d'un euro déduite, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. Les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement avaient été atténués par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'assurance maladie.

En 2006, a été introduite une modulation des taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins, selon qu'ils sont ou non dans le parcours de soins. Ainsi, le taux de remboursement passe de 70 % dans le cadre du parcours de soins, à 60 % pour une consultation hors parcours de soins

(ou pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant) et les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale ; cette mesure s'est traduite par une économie estimée à 150 millions d'euros pour la CNAMTS. À l'inverse, la montée en charge de la rémunération médecin traitant (dont le montant double entre 2005 et 2006, passant de 109 à 213 millions d'euros selon les données de la CNAMTS) et la forte augmentation de la rémunération des astreintes des médecins dans le cadre de la permanence des soins, qui sont toutes deux financées entièrement par la Sécurité sociale, ont modéré la baisse du financement par la Sécurité sociale.

■ TABLEAU 2

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

	En %					
	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Sécurité sociale (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6
CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4
Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,4	8,5
<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>

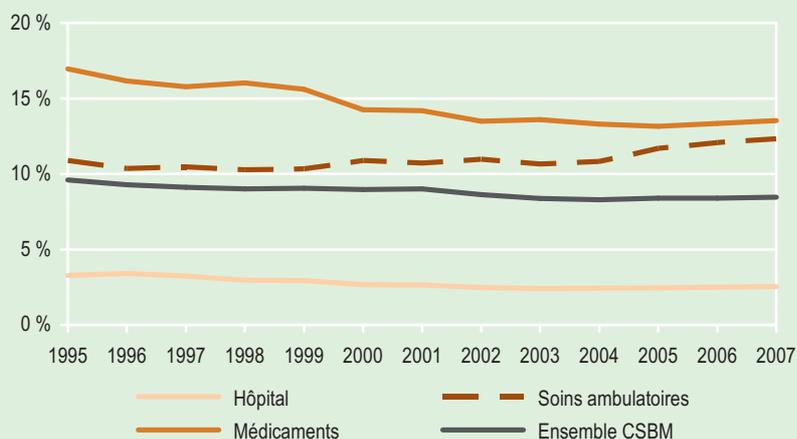
(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU complémentaire versées par ces organismes.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

■ GRAPHIQUE 5

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



Sources • DREES, Comptes de la santé.

## ENCADRÉ 2

### Révision des prestations versées par les mutuelles

Les données présentées dans ce document comportent une réestimation des prestations versées par les mutuelles par rapport aux données publiées en 2007, avec un impact sur le reste à charge des ménages. En effet, les données des Comptes de la santé concernant ces prestations étaient rendues fragiles depuis 2002 par un manque d'informations disponibles sur le montant total des prestations, ainsi que sur leur ventilation selon les différents types de soins (la seule source d'information concernait le total des prestations des mutuelles, fourni par l'INSEE sur un champ plus large que celui des Comptes de la santé, incluant notamment des prestations liées à l'invalidité ou à la dépendance).

En 2008, l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) a fourni des informations issues des données collectées auprès des mutuelles.

Malgré l'absence de réponse de la part de certaines mutuelles, ces informations permettent de préciser le montant total et la structure des prestations des mutuelles pour l'année 2006 :

- le montant total des prestations sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est ainsi évalué à 12,3 milliards d'euros (au lieu de 11,6 milliards dans les données publiées en 2007) ;
- la ventilation entre les différents types de soins est revue, avec une part plus importante des prestations liées à l'hospitalisation.

L'ampleur de cette réévaluation a nécessité de revoir également le profil des prestations des mutuelles pour la période 2002-2005, l'année 2001 étant la dernière année pour laquelle des données détaillées étaient disponibles (enquête DREES).

La révision des prestations des mutuelles s'est traduite par une révision des prestations de Sécurité sociale à l'hôpital public et une diminution du reste à charge des ménages, qui se monte maintenant, en 2006, à 8,4 % de la CSBM, contre 8,6 % selon l'évaluation provisoire publiée l'année dernière. Le profil général d'évolution du reste à charge n'est cependant pas remis en cause : il enregistre une diminution significative jusqu'en 2004, puis une stabilisation de 2005 à 2007.

Les données publiées cette année, si elles sont plus robustes que celles publiées les années précédentes, pourront cependant être ultérieurement révisées, avec l'amélioration attendue de l'exhaustivité des données collectées par l'ACAM auprès des mutuelles.

## TABLEAU 3

### Dépense courante de santé

	Montants 2007 (en millions d'euros)	Évolution 2006-2007 (en %)	Structure (en %)
<b>Dépenses pour les malades</b>	<b>182 209</b>	<b>4,6</b>	<b>88,2</b>
• Soins et biens médicaux	163 840	4,7	79,3
• Soins aux personnes âgées en établissements	5 651	8,7	2,7
• Aide aux malades (IJ)	10 712	3,0	5,2
• Subventions au système de soins	2 007	0,5	1,0
<b>Dépenses de prévention</b>	<b>5 737</b>	<b>0,1</b>	<b>2,8</b>
<b>Dépenses en faveur du système de soins</b>	<b>8 163</b>	<b>2,9</b>	<b>4,0</b>
• Recherche	7 003	1,8	3,4
• Formation	1 160	9,7	0,6
<b>Coûts de gestion de la santé</b>	<b>14 328</b>	<b>3,0</b>	<b>6,9</b>
<b>Double compte*</b>	<b>-3 942</b>	<b>-4,4</b>	<b>-1,9</b>
<b>Dépense courante de santé</b>	<b>206 495</b>	<b>4,3</b>	<b>100,0</b>

\* Dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente des médicaments et par les dépenses de recherche clinique des hôpitaux du secteur public.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

En 2007, plusieurs nouvelles mesures ont été mises en place par le plan d'économies déclenché à la suite de la procédure d'alerte. Ainsi, la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins a été augmentée à partir du mois de septembre, passant à 20 % au lieu de 10 % précédemment : le taux de remboursement passe ainsi de 60 % à 50 % en ce cas, au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné. Ceci s'est traduit, pour le régime général, par une économie de 75 millions d'euros en année pleine en 2007, sommes qui sont essentiellement reportées sur le reste à charge des ménages. Par ailleurs, la participation forfaitaire d'un euro a été aménagée, ce qui devrait rapporter une économie de 140 millions d'euros en année pleine, et de 80 millions en 2007 : cette participation forfaitaire a été étendue aux consultations externes des hôpitaux et le plafond journalier, qui était fixé à un euro par jour, a été porté à quatre euros.

Enfin, la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) a rapporté environ 50 millions d'euros à la CNAMTS, essentiellement au titre des dépenses en cliniques privées. En effet, cette participation s'applique également aux soins ambulatoires, mais n'est entrée réellement en vigueur qu'en décembre et n'a donc eu que peu d'effets pour 2007. Ce montant a essentiellement été pris en charge par les organismes complémentaires.

L'impact de ces nouvelles mesures a cependant été partiellement compensé par d'autres facteurs. Tout d'abord, l'effet des facteurs de baisse tendancielle du reste à charge des ménages évoqués précédemment (notamment la progression toujours vive des dépenses au titre des affections de longue durée) se poursuit. Par ailleurs, les augmentations de tarif, notamment pour les généralistes, ont essentiellement été financées par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires, tendant ainsi à diminuer la part du reste à charge des ménages. Finalement, le reste à charge des ménages varie peu depuis 2005.

## La dépense courante de santé représente 10,9 % du PIB

En 2007, la dépense courante de santé – DCS – (encadré 1 ; graphique 2 et tableau 3) est de 206,5 milliards d'euros (+4,3 % par rapport à 2006). Elle représente 10,9 % du PIB contre 11,0 % en 2006, sa croissance ayant été moins forte que celle du PIB. L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM, qui en représente les quatre cinquièmes. Outre la CSBM, la dépense courante de santé inclut : les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelles ou collectives), de recherche et de formation médicales, ainsi que les coûts de gestion de la santé.

Les dépenses de prévention que l'on peut isoler dans les comptes de la santé stagnent en 2007 (+0,1%) et se montent à 5,7 milliards d'euros en 2007. Elles incluent les dépenses de prévention individuelle (vaccination, médecine du travail, dépistage, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.). Cette rubrique ne comprend toutefois qu'une partie des dépenses de prévention, elle ne peut saisir les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense courante de santé<sup>6</sup> ; les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros.

L'année 2007 a été marquée par une nette progression des indemnités journalières (+3,0 %), qui se montent

à 10,7 milliards d'euros. Elle intervient après trois années de stabilité, en raison notamment de l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et des engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Le dynamisme des créations d'emploi de 2006, puis de 2007, a mécaniquement induit une reprise des indemnités journalières de maladie, dont les premiers signes avaient été observés dès la seconde moitié de l'année 2006. Toutefois rapporté à l'emploi, le volume des indemnités journalières

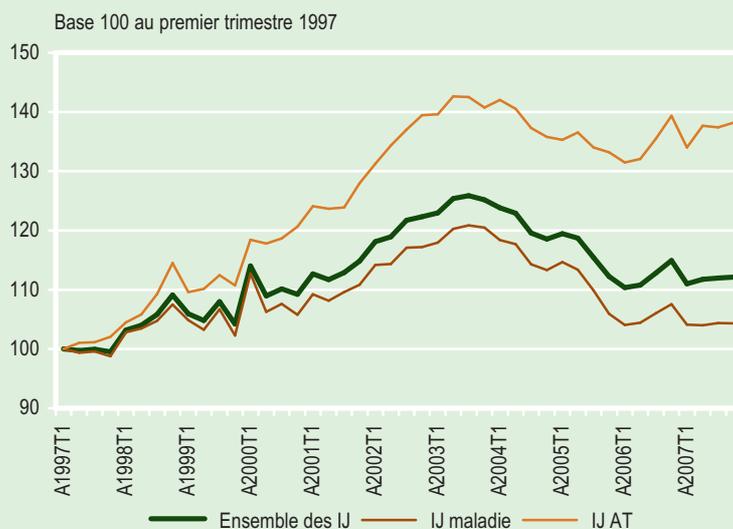
de maladie et d'accident du travail reste quasi stable depuis 2006 (graphique 6).

## La dépense totale de santé s'élève à 11,0 % du PIB en 2006

La dépense totale de santé évaluée par l'OCDE (encadré 1) s'élève à 11,0 % du PIB en 2006<sup>7</sup>, après 11,1 % en 2005. Cette évaluation place la France au troisième rang des pays membres de l'OCDE, après les États-Unis (15,3 %), et à un niveau proche de la Suisse (11,3 %) et de l'Allemagne (10,6 %).

GRAPHIQUE 6

### Évolution du volume d'indemnités journalières (maladie et accidents du travail), rapporté à l'emploi



Sources • CNAMTS ; INSEE - calculs DREES.

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

7. Dernière année pour laquelle les comparaisons sont possibles.