

Comptes nationaux de la santé 2004 ■

Annie FENINA et Yves GEFFROY

sommaire

Liste des tableaux du Compte de la santé 2004	5
Introduction	
PRÉSENTATION DES COMPTES DE LA SANTÉ	7
I Vue d'ensemble	9
II Le passage du Compte de la santé en base 2000	12
<i>II.1 Les modifications conceptuelles</i>	<i>13</i>
• Les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public	13
• Les soins dispensés dans les maisons de retraite	13
<i>II.2 La révision de certaines évaluations</i>	<i>13</i>
• L'élargissement du champ du Snir	13
• Le calage du poste « médicaments »	13
• La ventilation du poste « prothèses »	14
• L'hébergement des personnes fréquentant les établissements thermaux.	14
• La consommation de services de prévention	14
• Le coût de gestion de la santé	14
<i>II.3 Incidences des révisions</i>	<i>14</i>
III Les agrégats significatifs des Comptes de la santé	17
<i>III.1 La consommation médicale totale</i>	<i>17</i>
<i>III.2 La dépense courante de santé</i>	<i>17</i>
IV Évaluation et révision des Comptes de la santé	18
Première partie	
LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	21
I La consommation de soins hospitaliers	25
<i>I.1 La consommation de soins</i>	<i>26</i>
<i>I.2 L'activité hospitalière</i>	<i>27</i>
<i>I.3 Les soins aux personnes âgées</i>	<i>30</i>
II La consommation de soins ambulatoires	32
<i>II.1 Les soins de médecins</i>	<i>33</i>
<i>II.2 Les soins de dentistes</i>	<i>35</i>
<i>II.3 Les prescriptions</i>	<i>37</i>
III Les transports sanitaires	40
IV Les médicaments	41
V Les autres biens médicaux	43
VI La consommation de services de prévention	45
<i>VI.1 La prévention individuelle</i>	<i>45</i>
<i>VI.2 La prévention collective</i>	<i>46</i>
LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	48
I Les aides aux malades : les indemnités journalières	50
II La recherche médicale et pharmaceutique	51
III Les dépenses de formation	53
IV Le coût de gestion de la santé	54
V La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE	55

Deuxième partie	LE FINANCEMENT DE LA DÉPENSE DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	57
	I Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux	59
	II Structure de financement de l'hôpital	60
	III Structure de financement des prestataires de soins ambulatoires	61
	IV Structure de financement des distributeurs de biens médicaux en ambulatoire	62
Tableaux détaillés		63

liste des tableaux ■

LISTE DES TABLEAUX DU COMPTE DE LA SANTÉ 2004

Tableau 01 • Écarts sur l'année 2003 entre les bases 1995 et 2000 de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé	15
Tableau 02 • Écarts en millions d'euros entre les bases 1995 et 2000	16
Tableau 03 • Consommation médicale totale	22
Tableau 04 • Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé	22
Tableau 05 • Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur	23
Tableau 06 • Contributions à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur	23
Tableau 07 • Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume	24
Tableau 08 • Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public	26
Tableau 09 • Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé	27
Tableau 10 • Évolution des effectifs médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé	27
Tableau 11 • Évolution de l'activité en nombre de séjours	29
Tableau 12 • Évolution du nombre de journées par spécialité	30
Tableau 13 • Soins aux personnes âgées	31
Tableau 14 • Évolution des soins ambulatoires	33
Tableau 15 • Évolution de la consommation de soins de médecins	33
Tableau 16 • Honoraires moyens des médecins APE	34
Tableau 17 • Dépassements par médecin APE	34
Tableau 18 • Effectifs de médecins par mode conventionnel	35
Tableau 19 • Évolution de la consommation de soins dentaires	35
Tableau 20 • Honoraires moyens des dentistes APE	36
Tableau 21 • Part des dépassements dans les honoraires dentaires	36
Tableau 22 • Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux	36
Tableau 23 • Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux	37
Tableau 24 • Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux	37
Tableau 25 • Évolution de la consommation d'analyses de laboratoires	39
Tableau 26 • Évolution du nombre de laboratoires	39
Tableau 27 • Évolution de la consommation de cures thermales	39
Tableau 28 • Évolution de la consommation de transports de malades	40
Tableau 29 • Évolution de la consommation de médicaments	41
Tableau 30 • Indice des prix des spécialités pharmaceutiques	42
Tableau 31 • Évolution de la consommation des autres biens médicaux	43
Tableau 32 • Consommation de services prévention	47
Tableau 33 • Dépense courante de santé	48
Tableau 34 • Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure	49
Tableau 35 • Recherche médicale et pharmaceutique	52

Tableau 36 • Coût de gestion de la santé	54
Tableau 37 • Part de la dépense nationale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE ...	56
Tableau 38 • Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux.....	59
Tableau 39 • Structure de financement de l'hôpital	60
Tableau 40 • Structure de financement des prestataires de soins ambulatoires	61
Tableau 41 • Structure de financement des distributeurs de biens médicaux	62

introduction ■

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé – entendue, selon la Comptabilité nationale, comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

Ce rapport se distingue dans sa présentation des précédents. Cette introduction s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2004. Puis elle expose les changements dans le champ des Comptes de la santé et dans la méthodologie d'évaluation de la consommation introduits par la nouvelle base des Comptes nationaux, dite « base 2000 », suivant laquelle ces comptes sont pour la première fois présentés. Une troisième partie rappelle la définition des agrégats significatifs des Comptes de la santé. La quatrième partie en explicite les principes d'évaluation et de révision.

En 2004, l'agrégat le plus large des Comptes de la santé, la dépense courante de santé, évaluée pour la première fois selon les concepts et la méthodologie de la « base 2000 » des Comptes nationaux, atteint 183,5 milliards d'euros, soit 11,1 % du Produit intérieur brut (PIB). Ce ratio est en très légère augmentation par rapport à 2003 (exactement 11,13 % en 2004, contre 11,08 % l'année précédente). Le passage en base 2000 a conduit à revaloriser l'estimation de la part de la dépense courante de santé dans le PIB de 0,3 point. La consommation de soins et de biens médicaux, autre agrégat significatif représentatif des seules dépenses afférentes aux soins reçus par les malades, s'élève à 144,8 milliards d'euros, soit 8,8 % du PIB. En termes de dépense nationale de santé, qui représente en 2004 10,5 % du PIB, contre 10,4 % en 2003, la France se situerait ainsi au cinquième rang des pays membres de l'OCDE, après les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande, pour le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale.

Le ratio de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB progresse donc légèrement en 2004 par rapport à 2003, où il atteignait 8,7 %. En effet, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé en valeur un peu plus rapidement que le PIB (+5,1 %, contre +4 %). Toutefois, l'écart de croissance entre dépenses de santé et PIB, qui s'était nettement ouvert depuis 2001, atteignant trois points en 2002 et quatre points en 2003, se réduit fortement en 2004 à 1,1 point.

Cette inflexion tient en premier lieu à l'amélioration de la croissance économique en 2004 (+2,3 % en volume, contre +0,8 % en 2003). Mais elle découle également d'un net ralentissement de l'évolution des dépenses de santé : +5,1 % pour la consommation de soins et de biens médicaux en valeur en 2004, contre +6,4 % en 2003. Ce ralentissement est entièrement dû à une moindre croissance des prix (+1,6 % en 2004, contre +2,9 % en 2003), les volumes de soins et de biens médicaux ayant progressé à des rythmes identiques en 2003 et en 2004 (+3,4 %). L'interruption en 2004 du mouvement de hausse des honoraires de médecins intervenu en 2002 et en 2003, ainsi que la réduction accentuée des prix des médicaments (-1,2 % en 2004, contre -0,4 % en 2003), liée notamment à la part croissante des médicaments génériques dans le marché pharmaceutique, ont apporté une contribution décisive à cette évolution modérée des prix des soins et des biens médicaux.

Le ralentissement des dépenses de santé concerne tous les postes de dépenses, à l'exception des produits inscrits sur la Liste des produits et prestations sanitaires (LPP). Il est particulièrement marqué dans le domaine des soins ambulatoires (+4,4 % en 2004, contre +7,2 % en 2003), notamment en ce qui concerne les honoraires des médecins (+3 % en 2004, contre +6,7 % en 2003), et reflète presque exclusivement, comme indiqué ci-dessus, une faible progression des prix. Le ralentissement est également sensible dans le secteur hospitalier (+4,8 %, contre +5,7 % en 2003). Il est aussi imputable au ralentissement des prix, sous l'effet de l'atténuation progressive des surcoûts salariaux observés en 2002 et en 2003 dans le contexte de la réduction du temps de travail à l'hôpital. L'inflexion est enfin significative dans le domaine des médicaments (+5,7 % en 2004, après +6,4 % en 2003), mais reste associée à une dynamique très forte des volumes consommés (+7 % en 2004, soit presque le même rythme qu'en 2003).

Ces évolutions ne peuvent être directement comparées avec les observations relatives à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prévu dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004, puis révisé dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005. En effet, les Comptes de la santé retracent la dynamique de l'ensemble des dépenses de santé, alors que l'ONDAM correspond seulement à la part des dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie. Ainsi, des variations de la fréquence des actes médicaux donnant lieu à des dépassements tarifaires, des changements dans les comportements de recours à des médicaments non remboursés ou d'autoprescription, ou encore une évolution de la part des dépenses de santé prises en charge par les régimes d'assurance maladie, peuvent expliquer des évolutions contrastées entre les deux agrégats.

Or, la prise en charge des dépenses de santé par les régimes d'assurance est restée stable en 2004, à 76,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. C'est pourquoi, en 2004, les évolutions observées en matière de dépenses totales de santé et en matière de dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie paraissent très cohérentes. Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées, selon une première estimation présentée dans le rapport de la commission des Comptes de la Sécurité sociale du 21 juin 2005, à 128,9 milliards d'euros, en progression de +5 % par rapport à 2003. Il s'agit donc d'un rythme de progression très proche de celui de la consommation de soins et de biens médicaux. Il est à noter que l'ONDAM inclut les dépenses afférentes aux indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, qui n'entrent pas en revanche dans la consommation de soins et de biens médicaux et qui ont diminué en valeur en 2004 (-0,5 % pour les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail du seul Régime général).

L'ensemble des dépenses de santé et les remboursements entrant dans le champ de l'ONDAM présentent donc en 2004 des profils d'évolution similaires, et marquent notamment un ralentissement d'un ordre de grandeur comparable par rapport à 2003. C'est en particulier la croissance très modérée des dépenses de soins de ville à la fin de l'année 2004, qui semble se poursuivre au premier trimestre 2005, qui a contribué de façon décisive au ralentissement de l'ensemble des dépenses de santé observé sur l'ensemble de l'année 2004.

Une analyse économétrique de l'évolution des dépenses de soins de ville remboursés par le Régime général en 2004, réalisée par la Drees¹, suggère en outre que l'année 2004 a été marquée par le très fort ralentissement des dépenses d'indemnisation des arrêts maladie (-0,5 %, après +6,6 % en 2003), qui semble pouvoir être imputé à la réorientation à partir du second semestre 2003 du dispositif de contrôle des arrêts de travail de la Caisse nationale

1. Karim Azizi, Marie Hennion, Marie Podevin, «Les dépenses de soins de ville remboursés par le Régime général en 2004», *Études et Résultats*, n° 414, Drees, juillet 2005.

d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Hormis cette évolution de grande ampleur, les évolutions en volume des principaux postes de dépenses – honoraires et médicaments, notamment – paraissent s'inscrire en phase avec les tendances de leurs principaux facteurs explicatifs dans un modèle économétrique élémentaire qui les relie, d'une part, à la dynamique de la croissance économique et, d'autre part, à celle des tarifs des honoraires des prescripteurs. Alors qu'en 2003, la croissance des volumes d'honoraires avait pu être estimée supérieure d'un point environ à l'évolution plus modeste qui pouvait être attendue du fait de la forte hausse des tarifs des consultations de médecine générale et spécialisée², les évolutions observées en 2004, c'est-à-dire une croissance encore soutenue des dépenses de soins de ville en volume (+3,5 %), semblent être redevenues compatibles avec la reprise de l'activité économique et la progression plus faible des tarifs.

2. Karim Azizi, Marie Podevin, « Les dépenses de soins de ville remboursées par le Régime général en 2003 », *Études et Résultats*, n° 364, Drees, décembre 2004.

■ II • Le passage du Compte de la santé en base 2000

Périodiquement les Comptes nationaux de l'Insee changent de base. La base précédente, mise en œuvre à partir des Comptes de la santé en 1999, était dénommée «base 1995». À l'occasion de cette nouvelle base dite «base 2000», une révision générale a été menée, destinée à revoir les concepts, la méthodologie et l'évaluation des séries, l'année prévue pour le passage d'un système à l'autre ayant été l'année 2000. Cet exercice corrige les erreurs éventuelles intervenues lors de l'élaboration de la base précédente et intègre les sources d'information les plus récentes. De nouvelles séries portant sur les années 1995 à 2004 sont donc établies dans ce rapport.

L'ensemble des révisions de la nouvelle base des Comptes de la santé a été intégré dans le cadre central de la Comptabilité nationale. Le Compte de l'année 2002, qui est le premier compte définitif, est donc identique dans ses totalisations à celui figurant dans les publications de l'Insee, tant dans le secteur non marchand que dans le secteur marchand. Il existe cependant une différence dans la présentation des séries : le rapport présenté à la commission des Comptes de la santé analyse la consommation de soins des malades (soins en hôpital, soins ambulatoires, consommation de médicaments, etc.), alors que les Comptes nationaux privilégient une approche par les producteurs de soins (hôpitaux, médecins, fabricants de produits pharmaceutiques, etc.).

Il s'ensuit, outre des différences de niveau par postes, deux conséquences précises :

- dans le secteur marchand des Comptes nationaux, les services de transport des malades par taxi ou train ne font pas partie du domaine de la santé alors qu'ils sont inclus dans la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) du rapport présenté à la Commission des Comptes de la santé ;
- dans le secteur non marchand défini par l'Insee, la production de soins des hôpitaux militaires n'a pas été prise en compte tant que ces établissements n'étaient pas placés sous le régime de la dotation globale hospitalière, alors que la consommation de soins dispensés par les hôpitaux militaires a toujours été intégrée au rapport sur les Comptes de la santé.

II.1 ■ LES MODIFICATIONS CONCEPTUELLES

Les principales modifications induites par ce changement de base sont liées à une modification du périmètre de la santé non marchande dans la Comptabilité nationale. Désormais les soins de longue durée correspondant à des perturbations durables, sinon définitives, de l'état de santé quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. C'est donc l'ensemble des soins aux personnes âgées en établissements qui sort du champ de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé pour rejoindre ceux dispensés à l'enfance inadaptée et aux adultes handicapés dans le domaine de l'action sociale.

● Les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public

Ces soins, dispensés pour l'essentiel à des personnes âgées dépendantes, sont désormais retranchés de la consommation de soins et biens médicaux. Cependant, les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public figurent «pour mémoire» de manière succincte dans le corps du texte (pages 30 et 31, paragraphe 1.3 : «Les soins aux personnes âgées») et dans les tableaux récapitulatifs concernant la Consommation médicale totale (CMT) de la fin du rapport, pages 63 et suivantes. De plus, ils restent intégrés à la dépense courante de santé qui permet une évaluation de la dépense nationale de santé, concept utilisé par l'OCDE pour établir des comparaisons entre les pays membres.

● Les soins dispensés dans les maisons de retraite

On dénomme également celles-ci Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), éventuellement dépendantes (EHPAD), ou «sections médicalisées» selon une appellation antérieure. Les forfaits afférents aux soins qui y sont dispensés et qui sont à la charge de l'assurance maladie quittent également le domaine de la santé pour rejoindre celui de l'action sociale. Ce transfert concerne aussi bien les maisons de retraite privées que publiques.

Les montants correspondants figureront désormais «pour mémoire» dans le rapport sur les Comptes, dans les mêmes conditions que celles précisées au paragraphe précédent.

II.2 ■ LA RÉVISION DE CERTAINES ÉVALUATIONS

Les changements de base sont également l'occasion de prendre en compte les améliorations apportées aux sources statistiques et de modifier certaines estimations qui avaient été faites antérieurement.

● L'élargissement du champ du Snir

Le Système national interrégimes (SNIR) présenté par la CNAMTS intègre depuis l'année 2000 la totalité des régimes d'assurance maladie et inclut les données des quatre départements d'outre-mer. Ces progrès contribuent à fiabiliser les résultats présentés dans les comptes mais ils ne modifient sensiblement ni le niveau ni le profil des séries déjà élargies auparavant à l'ensemble des régimes et aux Dom.

● Le calage du poste «médicaments»

Le calage du montant du poste «médicaments» avec les données sur la distribution de médicaments produits par l'Insee introduit à l'occasion du passage en base 2000 une nouvelle évaluation de la consommation (diminution de plus d'un milliard d'euros). En outre,

un nouveau partage entre consommation en ambulatoire et consommation en cliniques privées attribue à ces dernières un surcroît de 300 millions d'euros en base 2000.

● La ventilation du poste « prothèses »

La consommation de prothèses internes implantées en hospitalisation privée, qui représente 1 milliard d'euros en 2004, a été intégrée à celle de l'hospitalisation privée dans le cadre de l'application de la tarification à l'activité. Antérieurement, la totalité du poste prothèses était attribuée aux soins ambulatoires : la part de cette rubrique dans les soins ambulatoires passe donc de 1,8 % de la CSBM en base 1995 à 0,9 % en base 2000. Sous l'angle du producteur (fabrication de prothèses) la part reste à 1,8 %.

● L'hébergement des personnes fréquentant les établissements thermaux

En base 1995 les forfaits soins des cures thermales n'intervenaient que pour un tiers (300 millions d'euros) dans les dépenses de thermalisme. Le solde, environ 600 millions d'euros, concernait l'hôtellerie. Ce montant était une estimation basée sur le nombre de curistes, la durée moyenne des cures et un prix « moyen » de la demi-pension.

Dans le cadre d'une harmonisation plus complète avec les Comptes nationaux élaborés par l'Insee, les dépenses d'hébergement des curistes ne sont plus considérées comme des dépenses de santé et ont été supprimées de l'évaluation de la CSBM.

● La révision de la consommation de services de prévention

La consommation et les dépenses de prévention n'avaient pas été revues depuis la base 1980 établie avant 1990. Les séries existantes ont été modifiées tant en niveau qu'en évolution. Le champ de la prévention s'étant élargi depuis vingt ans, de nouveaux opérateurs [Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)] et de nouveaux types de dépenses (sécurité sanitaire de l'alimentation) sont venus s'ajouter à la nomenclature.

Le solde des modifications intervenues entre la base 1995 et la base 2000 augmente, pour l'année 2003 commune aux deux bases, la consommation de services de prévention de 30,1 % soit 1,2 milliard d'euros.

● Le coût de gestion de la santé

Dans la base 1995, les coûts de gestion de la santé n'incluaient pas ceux des institutions de prévoyance, des assurances ni ceux des régimes de base de l'assurance maladie. Dans la base « 2000 », les frais de gestion des institutions de prévoyance, disponibles dans les Comptes de la protection sociale, sont désormais inclus dans l'ensemble des frais de gestion, de même que ceux des régimes d'assurance maladie, pour les risques retenus dans les Comptes de la santé (maladie, maternité, accidents du travail). Pour les assurances, une estimation a été réalisée.

L'introduction des coûts de gestion des régimes de base, des institutions de prévoyance et des assurances multiplie le poste « coût de gestion de la santé » par plus de cinq. Sa place dans la structure de la dépense courante de santé évolue, pour l'année 2003, de 1,7 % en base 1995 à 7,1 % en base 2000.

II.3 ■ INCIDENCES DES RÉVISIONS

Globalement ces modifications de concepts et de niveau de certaines séries se traduisent par deux évolutions contraires (tableaux 01 et 02) :

– une diminution de 5,8 %, en 2003 et à champ constant, de la consommation de soins et de

biens médicaux de la base 2000 par rapport à la base 1995 (tableau 02). Les modifications de concepts et de niveaux ont toutefois peu d'influence sur le profil d'évolution des consommations entre 1995 et 2003 dans chacune des deux bases dans le secteur marchand ;

- une hausse de la dépense courante de santé (dépense totale du secteur santé) et de la dépense nationale de santé (utilisée pour les comparaisons internationales), qui fait passer la première de 10,8 % à 11,1 % du PIB et la deuxième de 10,1 % à 10,4 % du PIB en 2003 notamment suite à la nouvelle évaluation des dépenses de prévention et de l'introduction des frais de gestion au sein des dépenses prises en compte au titre de la santé. Les estimations des niveaux de remboursements de la Sécurité sociale étant peu modifiées, ces changements entraînent une modification de l'évaluation du taux de couverture de la Sécurité sociale qui est majoré de plus de 0,9 point entre les deux bases. Il se situe à 76,7 % pour l'année 2003 en base 2000 contre 75,8 % en base 1995 (tableau 01).

tableau 01 ● **Écarts sur l'année 2003 entre les bases 1995 et 2000 de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé (en %)**

	Écart 2003 entre les deux bases	base 1995	base 2000
Part dans le PIB			
• de la consommation de soins et de biens médicaux	-0,6	9,3	8,7
• de la dépense courante de santé	0,3	10,8	11,1
• de la dépense nationale de santé	0,3	10,1	10,4
Part de la Sécurité sociale dans la dépense courante de soins et de biens médicaux			
	0,9	75,8	76,7

tableau 02 ● Écarts en millions d’euros entre les bases 1995 et 2000

	Écart 2003 entre base 2000 et base 1995	Montants 2003 en millions d’euros en base 2000
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	-6 493	137 801
111 - SOINS HOSPITALIERS	-2 788	61 323
• Publics	-1 687	47 612
• Privés	1 505	13 711
• Soins de longue durée en établissements	-2 606	
112 - SOINS AMBULATOIRES	-806	37 963
• Médecins	-122	17 941
• Auxiliaires médicaux	-203	7 899
• Dentistes	164	8 240
• Analyses	-16	3 593
• Cures thermales	-629	291
113 - TRANSPORTS DE MALADES	52	2 443
114 - MÉDICAMENTS	-1 733	28 645
115 - AUTRES BIENS MÉDICAUX	-1 218	7 426
• Optique	-5	3 901
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP)	-1 033	1 144
• Petits matériels et pansements	-179	2 382
12. SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	3 732	3 732
13. AIDE AUX MALADES (Indemnités journalières)	-182	10 311
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	-50	1 871
1 - DÉPENSES POUR LES MALADES	-3 926	153 715
2 - DÉPENSES DE PRÉVENTION	1 168	5 047
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	42	7 430
4 - COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	9 800	12 734
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	476	-3 282
TOTAL - DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	7 559	175 644

Source : Drees.

III • Les agrégats significatifs des Comptes de la santé ■

Les Comptes de la santé privilégient deux grands agrégats :

- la consommation médicale totale au sein de laquelle la consommation de soins et de biens médicaux constitue le principal agrégat ;
- la dépense courante de santé.

III.1 ■ LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE

Elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les Dom – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie. En défalquant la prévention individuelle de l'agrégat, on obtient le montant de la consommation de soins et de biens médicaux.

III.2 ■ LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. À la consommation médicale totale, elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et les coûts de gestion de la santé.

La dépense nationale de santé (*cf. infra* page 55) est un concept proche de la dépense courante de santé. Il est utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales.

■ IV • Évaluation et révision des Comptes de la santé

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n , on estime un compte provisoire pour l'année $n-1$, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année $n-2$, qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin, un compte définitif de l'année $n-3$ révisé le compte semi-définitif.

Ainsi, en 2005, on estime un compte provisoire pour 2004, un compte semi-définitif pour 2003 et on arrête un compte définitif pour 2002.

Pour 2004, les points techniques suivants méritent d'être soulignés :

- pour les mutuelles, les dernières données disponibles sont relatives à 2002. Les évolutions des années 2003 et 2004 ont donc été estimées ;
- les Comptes de l'hôpital ont été réalisés à partir de données de l'Insee et de données comptables fournies par la Direction générale de la comptabilité publique ;
- le Système national interrégimes (SNIR) fourni par la CNAMTS pour l'année 2004 est provisoire ;
- les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 20 juin 2005.

Ce rapport est présenté de la manière suivante :

- une première partie présente l'évaluation détaillée de la consommation médicale totale et de ses principales composantes sous l'angle des soins aux malades : soins hospitaliers publics et privés, soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux), médicaments et « autres biens médicaux », consommation de prévention. Elle décrit également la dépense courante de santé, sa structure, son évolution et ses principales composantes ;
- une deuxième partie analyse le financement de la dépense de soins et de biens médicaux.

Pour faciliter l'utilisation de certains concepts, les développements suivants présentent de manière simplifiée les différences entre, d'une part, les objectifs de dépenses de santé et d'autre part l'estimation de la consommation finale de soins et biens médicaux présentée dans les Comptes de la santé.

Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Mis en place pour la première fois en 1997, l'Ondam est fixé pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Son montant est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. L'Ondam est décliné par secteur :

- soins de ville ;
- établissements sanitaires sous dotation globale ;
- établissements du secteur médico-social ;
- cliniques privées.

Chaque année les dépenses réelles sont comparées aux objectifs, globalement et par enveloppe. L'Ondam diffère, quant au champ, aux concepts et au mode de comptabilisation des dépenses, des Comptes de la santé.

En premier lieu, ces derniers excluent de leur champ le secteur médico-social, mais incluent toutes les prestations. Au contraire des Comptes de la santé, l'Ondam, par exemple, ne comprend pas les prestations en espèces de l'assurance maternité ni les dépenses de prévention.

En second lieu, les comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé alors que l'Ondam ne comptabilise que les seules dépenses de l'assurance maladie. L'approche des Comptes de la santé est donc plus large. À côté des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale, on y recense celles de l'État et des collectivités locales (dont la CMU), des organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et celles des ménages eux-mêmes. La consommation de soins de santé en est l'exacte contrepartie.

Depuis 2003, l'Ondam est calculé, comme dans les Comptes de la santé, en dates de soins, à la faveur du passage des agrégats de la loi de financement de la Sécurité sociale en comptabilité de droits constatés.

L'Ondam et les Comptes de la santé ont en outre des finalités distinctes. En particulier, l'Ondam présenté dans les lois de financement de la Sécurité sociale est un objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour l'année suivant son adoption par le Parlement. De leur côté, les Comptes de la santé présentent des évaluations des dépenses de santé réalisées lors du dernier exercice clos et des exercices antérieurs, qui donneront lieu à révision pour les deux derniers exercices lors des deux éditions suivantes : ils revêtent donc un caractère rétrospectif.

Une comparaison brute de leurs chiffres, que ce soit en niveau ou en évolution, ne peut donc être effectuée sans rappel de ces différences méthodologiques. Cette remarque vaut autant pour le rapprochement entre l'Ondam global et les agrégats les plus larges des Comptes de la santé, que pour la confrontation de sous-ensembles de ces masses financières : dotations aux hôpitaux associées à l'Ondam et consommation de soins hospitaliers des Comptes de la santé, sous-objectif « soins de ville » de l'Ondam et consommation de soins ambulatoires des Comptes de la santé, objectif quantifié national des cliniques privées et consommation de soins en cliniques privées des Comptes de la santé, etc.

Les établissements publics et privés sous dotation globale

La dotation des établissements de santé sous dotation globale est prise en compte dans les Comptes de la santé. Elle y apparaît lors de l'étude du financement du secteur public hospitalier et de celui des consultations externes dans les hôpitaux publics. Mais les comptes s'attachent avant tout à estimer la consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé, celle-ci est égale à la production (salaires, consommations intermédiaires, impôts, amortissements...) diminuée des ventes. La base 2000 exclut de la production de l'hôpital public celle des unités de long séjour et des maisons de retraite.

Les établissements privés sous Objectif quantifié national (OQN)

Ils représentent plus de 90 % des cliniques. Parmi leurs dépenses, celles qui sont remboursées par la Sécurité sociale sont soumises annuellement à un « Objectif quantifié national (OQN) » fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale. Comme les dépenses de l'Ondam, elles ne peuvent donc pas être comparées directement aux montants des opérations de production et de consommation retracées dans les Comptes de la santé.

LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE

Cet agrégat se compose de la consommation de soins et de biens médicaux (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments, autres biens médicaux) et de la prévention.

■ La consommation médicale totale, qui comprend la consommation de soins, de biens médicaux et de prévention individualisable, s'élève en 2004 à 147,6 milliards d'euros, soit une progression en valeur de +5,1 % par rapport à 2003 (tableau 03). La consommation médicale totale par personne s'élève à 2 373 euros (croissance de +4,4 % par rapport à 2003).

La hausse de la consommation médicale totale en valeur est inférieure à celles enregistrées en 2002 et en 2003 (+6,4 %). Sa part dans le PIB s'accroît de 0,1 point en 2004 pour atteindre 9 % du PIB (tableau 04). En 2003, cette augmentation avait été de 0,4 point. La reprise de la croissance du PIB en 2004 (+4 % en valeur, contre +2,4 % en 2003) joue pour partie dans la moindre augmentation de ce ratio.

tableau 03 ● Consommation médicale totale

	Taux d'évolution en valeur (en %)			Montants 2004 en millions d'euros
	2002	2003	2004	
1 - SOINS HOSPITALIERS	6,0	5,7	4,8	64 279
• Publics	5,9	5,6	4,7	49 862
• Privés	6,0	6,0	5,1	14 417
2 - SOINS AMBULATOIRES	7,4	7,2	4,4	39 617
• Médecins	6,8	6,7	3,0	18 474
• Auxiliaires médicaux	9,6	8,0	6,9	8 445
• Dentistes	5,7	7,1	4,1	8 579
• Analyses	10,2	9,1	6,7	3 833
• Cures thermales	1,1	1,0	-1,4	287
3 - TRANSPORTS DE MALADES	9,2	8,2	7,9	2 637
4 - MÉDICAMENTS	5,6	6,4	5,7	30 279
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX	7,7	7,1	7,9	8 010
• Optique	4,4	4,3	5,3	4 106
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP)	9,2	6,8	8,1	1 236
• Petits matériels et pansements	13,3	12,4	12,0	2 668
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	6,4	6,4	5,1	144 822
6 - PRÉVENTION INDIVIDUELLE	4,5	6,7	4,4	2 798
- Prévention primaire	5,0	5,7	4,4	2 339
- Prévention secondaire	1,7	12,4	4,6	458
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	6,4	6,4	5,1	147 619
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	3,4	2,4	4,0	1 648 369

Source : Drees, Insee.

La consommation de soins et de biens médicaux représente l'essentiel de la consommation médicale totale. Elle atteint, en 2004, 144,8 milliards d'euros, soit 2 328 euros par habitant. Elle progresse, par rapport à 2003, de +5,1 % en valeur et de +3,4 % en volume. La croissance en volume est obtenue en divisant l'évolution en valeur par l'indicateur de hausse des prix correspondant.

La consommation de soins et de biens médicaux représente 8,8 % du PIB en 2004, contre 8,7 % en 2003. Sa part dans la consommation effective des ménages atteint, en 2004, 12,3 %, soit 0,2 point de plus qu'en 2003.

tableau 04 ● Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé (en %)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Part dans le PIB						
• de la consommation de soins et de biens médicaux	8,2	8,0	8,1	8,4	8,7	8,8
• de la consommation médicale totale	8,4	8,1	8,3	8,5	8,9	9,0
Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans la consommation effective des ménages	11,5	11,4	11,6	11,8	12,1	12,3

Source : Drees, Insee.

La structure de la consommation de soins et de biens médicaux évolue peu depuis 2002. On observe cependant un léger recul des soins hospitaliers et la quasi-stabilité de celle des médicaments et des soins ambulatoires. La part des autres postes de consommation, tels les «autres biens médicaux», connaît une progression modeste (tableau 05).

tableau 05 ● Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur (en %)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
1 - SOINS HOSPITALIERS	48,6	45,8	45,0	44,8	44,5	44,4
• Publics	36,2	35,4	35,0	34,8	34,6	34,4
• Privés	12,4	10,3	10,0	10,0	9,9	10,0
2 - SOINS AMBULATOIRES	27,3	27,1	27,1	27,3	27,5	27,4
• Médecins	13,2	13,2	12,9	13,0	13,0	12,8
• Auxiliaires médicaux	5,3	5,5	5,5	5,6	5,7	5,8
• Dentistes	6,1	5,8	6,0	5,9	6,0	5,9
• Analyses	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6
• Cures thermales	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
3 - TRANSPORTS DE MALADES	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8
4 - MÉDICAMENTS	18,8	20,5	20,9	20,8	20,8	20,9
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX	3,8	5,0	5,3	5,3	5,4	5,5
• Optique	2,6	2,8	2,9	2,9	2,8	2,8
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VPH)	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
• Petits matériels et pansements	0,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Drees.

■ La contribution à la croissance de chacun des postes de la consommation de soins est évaluée en pondérant leur taux de croissance par leur poids dans cet agrégat. Ce sont les soins hospitaliers puis les soins ambulatoires et les médicaments qui ont, en 2004, le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux (tableau 06). Les soins hospitaliers ont, quant à eux, contribué à hauteur de 41 % à la croissance de cet agrégat. Cette contribution élevée est due à leur poids important dans la consommation. Au sein des soins hospitaliers, la contribution la plus importante reste celle de l'hôpital public.

tableau 06 ● Contributions à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur (en %)

	2002	2003	2004
1 - SOINS HOSPITALIERS	2,7	2,5	2,1
• Publics	2,1	1,9	1,6
• Privés	0,6	0,6	0,5
2 - SOINS AMBULATOIRES	2,0	2,0	1,2
• Médecins	0,9	0,9	0,4
• Auxiliaires médicaux	0,5	0,5	0,4
• Dentistes	0,3	0,4	0,2
• Analyses	0,3	0,2	0,2
• Cures thermales	0,0	0,0	0,0
3 - TRANSPORTS DE MALADES	0,2	0,1	0,1
4 - MÉDICAMENTS	1,2	1,3	1,2
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX	0,4	0,4	0,4
• Optique	0,1	0,1	0,1
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VPH)	0,1	0,1	0,1
• Petits matériels et pansements	0,2	0,2	0,2
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	6,4	6,4	5,1

Source : Drees.

■ La croissance en volume de la consommation de soins et de biens médicaux est retracée au tableau 07. En 2004, elle est en augmentation de +3,4 % soit un rythme identique à celui de 2003.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est, en 2004, de +1,6 %, en décélération par rapport à 2003 (+2,9 %) et 2002 (+2,5 %). De 1997 à 2001 les hausses annuelles étaient comprises entre +0,7 % et +1,1 %.

Tous les postes de la consommation de soins et de biens médicaux, à l'exception des honoraires en hospitalisation privée et des « autres biens médicaux », connaissent, en 2004, une évolution de prix inférieure à celle de 2003. C'est le cas notamment pour les soins ambulatoires dans leur ensemble.

Dans l'ensemble, le prix des médicaments, comme les années précédentes, est en diminution. L'amplitude de ce tassement est toutefois plus marquée qu'en 2003. Le poids croissant des génériques joue en effet sur le prix moyen des spécialités et incite par ailleurs à une diminution des prix des médicaments princeps.

tableau 07 ● Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume (en %)

	2002	2003	2004
1 - SOINS HOSPITALIERS	1,6	1,3	1,2
• Publics	1,3	0,9	1,0
• Privés	2,7	2,5	2,1
2 - SOINS AMBULATOIRES	4,4	3,6	3,5
• Médecins	0,6	1,3	1,9
• Auxiliaires médicaux	4,9	4,8	5,6
• Dentistes	10,9	6,1	3,8
• Analyses	7,9	7,5	6,7
• Cures thermales	-1,8	-1,5	-2,9
3 - TRANSPORTS DE MALADES	7,0	6,2	7,3
4 - MÉDICAMENTS	6,8	6,9	7,0
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX	6,5	5,5	6,2
• Optique	2,9	1,7	3,0
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VPH)	8,4	6,4	7,3
• Petits matériels et pansements	12,3	11,9	11,0
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	3,8	3,4	3,4
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT en volume (PIB)	1,2	0,8	2,3

Source : Drees, Insee.

I • La consommation de soins hospitaliers

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique mais sur leur mode de financement. On désigne par « secteur hospitalier public » l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés financés pour l'essentiel par la dotation globale versée par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production est une production de services non marchands qui est mesurée, ainsi que la consommation qui en est l'exacte contrepartie, par les coûts. Les établissements regroupés sous ce label sont :

- les établissements publics de santé ;
- les établissements privés participant au service public hospitalier ;
- les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998 mais ne participant pas au service public hospitalier.

Les ressources du « secteur hospitalier privé » proviennent de son activité de soins sous forme de facturations des frais de séjours et des actes médicaux et paramédicaux intervenus à l'occasion de l'hospitalisation et qui sont versés directement aux professionnels. Ce secteur est constitué :

- d'établissements privés non lucratifs ;
- des établissements privés à but lucratif ;
- des établissements à prix de journée préfectoral non concernés par la loi de 1996 (option entre le régime conventionnel au 1^{er} janvier 1997 et la dotation globale au 1^{er} janvier 1998). Ces établissements, d'un poids moindre, se retrouvent notamment dans les moyens et longs séjours.

À partir de l'année 2004, les soins de longue durée dans les Comptes nationaux ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils seront toutefois présentés pour mémoire au paragraphe I.3. qui traite des soins aux personnes âgées ainsi que dans les tableaux détaillés concernant la consommation médicale totale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé ainsi qu'à la dépense nationale de santé, afin de permettre des comparaisons internationales. En 2004, la réforme de la tarification à l'activité entre progressivement en vigueur. Elle est appelée à se substituer aux financements actuels dans les secteurs hospitaliers public et privé. À terme, elle fournira une évaluation directe de la consommation de soins hospitaliers qui sera intégrée aux Comptes de la santé.

I.1 ■ LA CONSOMMATION DE SOINS

Avec 64,3 milliards d’euros, en 2004, le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés) représente 44,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de +4,8 % en valeur et +1,2 % en volume (+5,7 % en valeur et +1,3 % en volume pour l’année 2003).

Dans le secteur public hospitalier (tableau 08), la consommation s’élève à 49,9 milliards d’euros pour une production de 51 milliards d’euros, avec 1,1 milliard d’euros de consultations externes comptabilisées en soins ambulatoires. Elle croît de +4,7 % en valeur par rapport à 2003. Cette évolution marque un fléchissement par rapport à celle enregistrée en 2003 (+5,6 %). Le ralentissement de la croissance tient essentiellement à la moindre progression du coût des facteurs de production qui servent à l’évaluation de la production du secteur hospitalier non marchand (+3,7 % en 2004 et +4,6 % en 2003). Il est notamment lié au ralentissement des salaires et des cotisations sociales (+4,4 % en 2004 et +6,2 % en 2003 à champ constant). Le passage aux 35 heures pèse encore à cet égard pour environ 1,1 % sur l’effet prix estimé pour 2004 (1,4 % en 2003), en raison des mesures prises en application de la réduction du temps de travail (recrutements, heures supplémentaires) qui ont constitué une compensation en termes d’heures de travail, comptabilisée comme une variation des rémunérations unitaires incorporées aux prix.

En volume, le taux de croissance de la consommation de soins de santé dans le secteur hospitalier public augmente donc de +1 % en 2004, très proche de celui observé en 2003 (+0,9 %). Cette progression de la croissance en volume recoupe les résultats en matière d’activité hospitalière tirés de l’enquête de conjoncture hospitalière¹ qui font l’objet de commentaires dans la section suivante.

tableau 08 ● Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public

Taux d'accroissement moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	2,8	5,9	5,6	4,7
Prix*	1,6	4,6	4,6	3,7
Volume	1,2	1,3	0,9	1,0

* Indice du coût des facteurs de production.

Source : Drees.

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s’est élevée à 14,4 milliards d’euros en 2004. Elle se compose de 9,7 milliards d’euros de frais de séjour et de dépenses forfaitaires et de 4,7 milliards d’honoraires de médecins, d’analyses, de médicaments et de prothèses internes implantées dans le cadre d’hospitalisation complète².

L’évolution en valeur de la consommation de soins, +5,1 % en 2004 (tableau 09), est inférieure à celle enregistrée en 2003 (+6 %). Ce fléchissement est dû à la fois à une croissance en volume (+2,1 %) inférieure à celle de 2003 (+2,5 %) et à une augmentation des prix éga-

1. Lauren Trigano, «La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours des trois premiers trimestres 2004», *Études et résultats*, n° 403, Drees, mai 2005, et pour les résultats provisoires de l’ensemble de l’année 2003 les tableaux 10, 11 et 12.

2. L’Insee, suivant une approche de la production de soins, ne comptabilise pas les honoraires de médecins dans la production hospitalière privée. Il les enregistre dans la production de l’ensemble des médecins en activité libérale. L’optique consommation de soins par les malades, retenue dans ce rapport, permet de comparer les hôpitaux des secteurs marchand et non marchand, les salaires des médecins étant inclus dans la production de l’hôpital public.

lement moindre. Cette dernière résulte de l'évolution combinée des honoraires et prescriptions en hospitalisation complète et de celle des frais de séjours, les revalorisations des tarifs des cliniques ayant été moins élevées en 2004 (+3,8 %) qu'en 2003 (+4,8 %).

Les évolutions moyennes négatives en valeur et en volume des années 1995 à 2000 découlent d'un très fort effet de champ survenu en 1998. À cette date, les cliniques soumises à des prix de journée fixés par arrêté préfectoral ont opté dans leur quasi-totalité pour le régime de la participation au service public hospitalier et à son financement par la dotation globale hospitalière. Pour les Comptes de la santé, ces établissements ont dès lors quitté le champ des établissements privés. Cet effet a été important puisqu'il a concerné 320 établissements de soins, et les indicateurs moyens de la période 1995-2000 en sont fortement grevés.

tableau 09 ● **Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé**

Taux d'accroissement moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	-0,5	6,0	6,0	5,1
Prix	0,8	3,2	3,5	3,0
Volume	-1,3	2,7	2,5	2,1

Source : Drees.

I.2 ■ L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

L'activité du secteur hospitalier, tant public que privé, est connue grâce à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En outre, l'enquête de conjoncture, conduite par la Drees, fournit certaines estimations en 2004, notamment pour les hôpitaux publics. L'activité des établissements est retracée dans les tableaux 10 et 11.

Le tableau 10 présente, pour le secteur public, l'évolution des effectifs médicaux (médecins et internes) et non médicaux (personnels soignants, administratifs et d'entretien). Les progressions constatées pour le personnel non médical découlent, à partir de 2002, notamment des recrutements liés à la réduction du temps de travail.

tableau 10 ● **Évolution des effectifs médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé**

en % et en équivalent temps plein

	2001	2002	2003
Effectifs médicaux*	1,2	1,6	1,4
Effectifs non médicaux	2,0	2,7	2,7

* Médecins et internes salariés : effectifs en nombre de personnes physiques.

Source : SAE, PMSI, enquête de conjoncture pour 2004.

Mesurée en nombre de séjours, l'activité des établissements publics et privés en France métropolitaine a connu une reprise en 2003 (+0,6 %). Dans ce contexte, la tendance à une diminution des prises en charge en hospitalisation complète (-1 %) et à une augmentation de celles à temps partiel (+2,3 %) se confirme (tableau 11).

Le recul de l'hospitalisation complète s'observe dans tous les secteurs d'hospitalisation. Parallèlement, le nombre de lits d'hospitalisation qui lui est attribué diminue de 1,5 % en 2003.

L'augmentation de l'hospitalisation à temps partiel est, à l'inverse, sensible dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+5,4 %). Elle est globalement plus marquée

dans les cliniques privées sous OQN (+6,6 %) que dans le secteur privé sous dotation globale (+0,6 %) ou dans le secteur public (+1 %). Les places d'hospitalisation partielle progressent en parallèle au total de 1,2 %.

Après avoir été stable en 2002, le nombre de séjours médicaux augmente de 1,6 % en 2003, notamment dans le secteur privé sous OQN et plus encore en hospitalisation partielle dans l'ensemble des secteurs. En revanche, l'activité de chirurgie reste stable, malgré une diminution dans les établissements privés sous dotation globale, et bien que la chirurgie ambulatoire ait globalement progressé de 1,9 % en 2003.

Les affections du tube digestif, de l'appareil musculo-squelettique ou circulatoires continuent de représenter plus du tiers de l'activité de court séjour des établissements en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)³. L'activité ambulatoire augmente, quant à elle, fortement pour le traitement de la cataracte, les endoscopies et les dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques.

Dans l'ensemble des secteurs, le nombre de journées en hospitalisation complète poursuit sa décélération : -1,7 % en 2003 après -1,5 % en 2002 (tableau 12).

La diminution dans le secteur MCO en 2003 est plus marquée que les années précédentes (-2,1 % après -1,4 % en 2002 et -1,5 % en 2001).

En psychiatrie, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète (-1,2 %) est plus prononcée que les années antérieures. Cela concerne exclusivement la psychiatrie générale, dans la mesure où le nombre de journées progresse dans le secteur infanto-juvénile.

L'activité en soins de suite et de réadaptation, grâce à l'hospitalisation partielle, poursuit globalement sa progression malgré des évolutions annuelles de sens contraire en hospitalisation complète. Enfin, l'activité de soins en longue durée continue à décliner.

Les résultats provisoires fournis pour 2004 par l'enquête de conjoncture indiquent quant à eux la poursuite d'une progression de l'activité dans la quasi-totalité des secteurs. Il en va ainsi pour la plupart des indicateurs, qu'il s'agisse du nombre de séjours, du nombre de journées ou du nombre de venues en hospitalisation partielle. Ces tendances confirment donc globalement la tendance à la reprise de la consommation de soins hospitaliers en volume que retracent les Comptes de la santé en 2004.

En hospitalisation complète, le nombre de journées de court séjour et de psychiatrie diminue en outre moins sensiblement que les années précédentes.

3. Sophie Audric, Valérie Carrasco, Magali Coldefy, Édith Thomson, Lauren Trigano, « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 382, Drees, mars 2005.

tableau 11 ● Évolution de l'activité en nombre de séjours

		Taux d'accroissement annuels en %		
		2002	2003	2004 (p)
Total hospitalisation partielle	Public	0,0	1,0	4,5
	Privé sous DG	-1,1	0,6	1,3
	Privé sous OQN	6,7	6,6	7,7
	Ensemble	1,3	2,3	4,8
Total hospitalisation complète	Public	-1,8	-1,2	0,8
	Privé sous DG	-2,7	-1,2	1,7
	Privé sous OQN	-1,6	-0,5	-0,4
	Ensemble	-1,8	-1,0	0,5
Total hospitalisation		-0,3	0,6	2,5
Dont :				
Médecine chirurgie obstétrique (MCO)				
Hospitalisation de moins de 24 heures (venues en hospitalisation partielle)		2002	2003	2004 (p)
	Public	3,8	4,3	7,7
	Privé sous DG	2,7	3,2	12,8
	Privé sous OQN	5,5	6,4	7,9
	Ensemble	4,5	5,4	8,2
Séjours de plus de 24 heures (entrées en hospitalisation complète)	Public	-2,0	-1,2	0,9
	Privé sous DG	-3,1	-1,6	2,7
	Privé sous OQN	-2,0	-0,8	-0,6
	Ensemble	-2,1	-1,1	0,5
Total hospitalisation	Ensemble	0,0	1,0	3,0
		en jours		
Durée moyenne des séjours en MCO	Public	6,9	6,8	ND
	Privé sous DG	6,5	6,3	ND
	Privé sous OQN	5,0	4,8	ND
	Ensemble	6,2	6,1	ND

Source : SAE, PMSI, enquête de conjoncture pour 2004.

tableau 12 ● Évolution du nombre de journées par spécialité

		Taux d'accroissement annuels en %		
		2002	2003	2004 (p)
Total hospitalisation complète	Public	-1,6	-2,0	0,1
	Privé sous DG	-2,9	-1,4	-0,8
	Privé sous OQN	-0,7	-1,0	0,8
	Ensemble	-1,5	-1,7	0,1
Dont :				
MCO	Public	-0,6	-1,8	-0,7
	Privé sous DG	-4,8	-2,9	0,5
	Privé sous OQN	-2,5	-2,7	-1,2
	Ensemble	-1,4	-2,1	-0,8
Soins de longue durée	Public	-3,6	-3,3	1,0
	Privé sous DG	0,2	-0,4	-0,6
	Privé sous OQN	0,5	-7,0	0,0
	Ensemble	-3,3	-3,1	0,8
Psychiatrie	Public	-0,7	-1,6	0,3
	Privé sous DG	-2,6	-2,6	-3,5
	Privé sous OQN	-0,7	0,9	0,7
	Ensemble	-0,9	-1,2	-0,1
Soins de suite et réadaptation	Public	-1,2	-0,3	0,9
	Privé sous DG	-2,9	-0,5	-0,6
	Privé sous OQN	3,5	2,2	5,2
	Ensemble	-0,4	0,3	1,7

Source : SAE, PMSI, enquête de conjoncture pour 2004.

1.3 ■ LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Les soins aux personnes âgées peuvent être assurés :

- à domicile par des proches ou des infirmiers (en particulier par les services de soins infirmiers à domicile ou SSIAD) ;
- dans le secteur hospitalier public dans des services de soins de longue durée ;
- dans des établissements d’hébergement pour personnes âgées.

La base 2000 des Comptes de la nation a transféré du domaine de la santé vers celui de l’action médico-sociale les soins des personnes âgées en établissements. C’est donc pour présenter un panorama complet de la consommation de soins que les Comptes de la santé retracent ici de façon concise les soins de longs séjours hospitaliers et ceux des établissements d’hébergement pour personnes âgées dénommés aussi « sections médicalisées ».

Ces sections médicalisées sont réparties depuis 2002 entre les Établissements d’hébergement pour personnes âgées (EHPA) et ceux destinés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les premiers sont en diminution alors que les seconds sont en très forte expansion.

En 2004, 2,9 milliards d’euros (en augmentation de 11,4 % sur 2003) ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD (tableau 13).

Ce montant, qui a plus que doublé depuis 1995, est à mettre en relation avec l’augmentation du nombre de personnes âgées affectées de dépendances plus ou moins prononcées.

Malgré la croissance plus rapide du secteur privé, les établissements d'hébergement publics pour personnes âgées restent largement majoritaires.

Du côté de l'hospitalisation, c'est le secteur hospitalier public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent pour la quasi-totalité des personnes âgées dépendantes. En 2004, on peut estimer à 1,2 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent, soit une augmentation de 8 % par rapport à 2003.

tableau 13 ● Soins aux personnes âgées

	<i>En millions d'euros</i>		
	2002	2003	2004
En établissements de santé			
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 125	1 126	1 216
Évolution en %		0,1	8,0
En maisons de retraite (EHPA et EHPAD)			
• publiques	1 581	1 720	1 848
Évolution en %		8,8	7,5
• privées	710	886	1 054
Évolution en %		24,8	19,0
TOTAL en établissements	3 417	3 732	4 118
Évolution en %		9,2	10,3
Soins infirmiers libéraux à domicile	625	675	750
Évolution en %		8,1	11,0

Source : Division des études de la CNAMTS et Commission nationale de répartition de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Les Services de soins à domicile (SSIAD), qui contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution, ont bénéficié pour l'année 2004 à 78 657 personnes (+7 % par rapport à 2003). Les soins dispensés dans ce cadre par du personnel médical et paramédical libéral sont pris en compte dans le secteur ambulatoire, alors que ceux rattachés à l'hôpital public le sont dans les comptes de l'hôpital. Globalement la valeur de ces soins est de 837 millions d'euros en 2004 soit une progression de 9,7 % par rapport à 2003 et une multiplication par 1,8 depuis 1995. Les soins dispensés par les SSIAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte. Ces derniers ont assuré 13 % des visites en 2002⁴.

4. Sophie Bressé, « Les services des soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002 », *Études et Résultats*, Drees, n° 350, novembre 2004.

■ II • La consommation de soins ambulatoires

Elle comprend les soins de médecins, de dentistes, d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), les analyses médicales et les soins des cures thermales.

Cette consommation s'est élevée à 39,6 milliards d'euros en 2004, soit une augmentation annuelle de +4,4 % en valeur, et de +3,5 % en volume, contre, respectivement, +7,2 % et +3,6 % en 2003 (tableau 14). La dépense de soins ambulatoires atteint ainsi 637 euros par habitant en 2004, soit une progression en valeur de +3,7 % par rapport à 2003.

L'évolution du prix des actes des professionnels de santé repose sur trois éléments. Le premier est la variation des tarifs (lettres clés correspondant aux prestations remboursées par l'assurance maladie). Le deuxième est l'influence sur les prix de la variation des dépassements des professionnels libéraux autorisés. Le dernier découle d'éventuels effets de structure (changements de nomenclature, reports d'activité des praticiens sur certains actes).

Ajoutons que la variation des tarifs ou lettres clés ne prend pas non plus en compte les réformes de nomenclature de l'année en cours. Celles-ci sont donc comptées, par convention, dans les variations de volume. Il faut donc éviter d'assimiler des variations de tarif à des évolution du prix des actes.

Enfin, depuis quelques années sont signés avec les professionnels libéraux de santé, les laboratoires d'analyse et les transporteurs sanitaires différents accords de bon usage, des contrats de pratique professionnelle, des engagements sur les démarches de soins. Ces contrats qui ont pour but d'homogénéiser les pratiques professionnelles afin de les rendre plus efficaces sont assortis d'incitations financières forfaitaires.

Le succès de ces accords est variable selon les professions. Environ 5 % seulement des auxiliaires médicaux se sont ainsi engagés à modifier leurs pratiques en contrepartie d'avantages financiers, tandis que 35 % des biologistes adhèrent à ce type de convention. Seuls les chirurgiens et certains spécialistes liés à la chirurgie ont signé en 2004 des contrats de pratique professionnelle pour un montant significatif: 13 millions d'euros pour le Régime général, ce qui amène à 15 millions pour l'ensemble des régimes.

tableau 14 ● Évolution des soins ambulatoires

Taux d'accroissement moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	3,1	7,4	7,2	4,4
Prix	0,6	2,9	3,5	0,8
Volume	2,5	4,4	3,6	3,5

Source : Drees.

II.1 ■ LES SOINS DE MÉDECINS

La consommation de soins de médecins s'est élevée à 18,5 milliards d'euros en 2004, en hausse de +3 % par rapport à 2003. Rappelons qu'elle n'inclut pas les honoraires des médecins des cliniques privées en hospitalisation complète. En volume, la hausse a été de +1,9 % en 2004 contre +1,3 % en 2003 (tableau 15).

tableau 15 ● Évolution de la consommation de soins de médecins

Taux de croissance moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	3,2	6,8	6,7	3,0
Prix	0,8	6,2	5,4	1,1
Volume	2,4	0,6	1,3	1,9

Source : Drees.

Le tarif des consultations des médecins est resté inchangé en 2004, après les fortes hausses intervenues en 2002 (généralistes) et 2003 (spécialistes). Certes, des rémunérations forfaitaires ont été introduites pour ce qui concerne différentes échographies et les interruptions volontaires de grossesse, et certaines spécialités ont bénéficié d'incitations financières dans le cadres des contrats de pratique professionnelle (chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, échographes obstétriciens). De plus, des lettres clés nouvelles ont été créées comme la lettre clé KFD qui rémunère des actes de radiographie et d'échographie pratiqués par des médecins généralistes. Pour la chirurgie et l'anesthésie réanimation ainsi que pour les échographies obstétricales, des contrats de pratiques professionnelles ainsi que des contrats de bonne pratique ont été signés, comme on vient de le voir, courant 2004.

Au total, la hausse du prix des actes des médecins a été limitée à 1,1 % en 2004, en retrait net par rapport à celle des deux années précédentes (+6,2 % en 2002 puis 5,4 % en 2003)⁵.

Selon les données du Snir provisoire pour 2004, l'évolution des honoraires moyens des médecins à activité complète et exclusivement libérale est très contrastée selon la spécialité. Tandis que les honoraires moyens des médecins généralistes diminuent de -1,9 %, ceux des médecins spécialistes progressent globalement de +4,3 %.

L'évolution des revenus moyens des médecins n'est toutefois pas identique à celle de leurs honoraires dans la mesure où il convient de soustraire de ces derniers les charges acquittées par les praticiens.

5. Pour une analyse sur moyenne période des revenus des médecins, cf. Nadine Legendre, «L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins», *Études et Résultats*, Drees, n° 412, juillet 2005.

tableau 16 ● Honoraires moyens des médecins APE*

	En milliers d'euros par an		
	2002	2003	2004**
• OMNIPRATICIENS	115,2	122,5	120,1
Évolution en %		6,3	-1,9
• SPÉCIALISTES	204,1	212,0	221,1
Évolution en %		3,9	4,3

* Activité à part entière, c'est-à-dire ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année.

** Snir 2004 provisoire.

Source : CNAMTS, Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

Le montant des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer (secteur II et droit permanent au dépassement-DP) progresse chaque année. Leur rythme de croissance en valeur (+5,5 % en 2004, tableau 17), marque toutefois une décélération par rapport à 2003 et surtout 2002. De fait, en, 2004, la part des omnipraticiens en secteur 2 diminue, tandis qu'elle augmente pour les spécialistes. Ceci peut expliquer la divergence des honoraires moyens entre les deux catégories de médecins.

tableau 17 ● Dépassements par médecin APE* (secteur 1DP et secteur 2)

	En milliers d'euros par an		
	2002	2003	2004**
• DÉPASSEMENT PAR MÉDECIN	54,9	59,0	62,2
Évolution en %	15,1	7,5	5,5

* Activité à part entière, c'est-à-dire ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année.

** Snir 2004 provisoire.

Source : CNAMTS, Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

En 2004, parmi les omnipraticiens, 12,5 % sont en secteur 2 ou ont le droit de pratiquer des dépassements permanents ; cette proportion atteint 38,2 % chez les spécialistes (tableau 18). Au total 24,5 % des médecins pratiquent des dépassements, soit une proportion presque identique à celle observée en 2003 (24,4 %). En tendance de moyen terme, les dépassements tendent à se concentrer sur les médecins spécialistes.

La répartition entre omnipraticiens et spécialistes dans le total des effectifs de médecins libéraux reste stable au cours des trois années observées : 53,5 % d'omnipraticiens et 46,5 % de spécialistes.

En 2004, parmi les médecins de secteur I, le nombre d'omnipraticiens a progressé de 0,4 %, alors que le nombre de spécialistes régressait légèrement de -0,2 %. En secteur II, alors que l'effectif des omnipraticiens diminue de -2 %, celui des spécialistes progresse de 2 %. Au total, l'effectif des médecins libéraux croît légèrement en 2004 de +0,3 %.

tableau 18 ● Effectifs de médecins par mode conventionnel

	2002	2003	2004
OMNIPRATICIENS	62 292	62 082	62 182
Évolution en %		-0,3	0,2
• Secteur 1	53 357	53 405	53 626
Évolution en %		0,1	0,4
• Secteur 2	8 191	7 909	7 751
Évolution en %		-3,4	-2,0
• DP	41	36	32
Évolution en %		-12,2	-11,1
• Non conventionnés	703	732	773
Évolution en %		4,1	5,6
SPÉCIALISTES	54 106	53 950	54 180
Évolution en %		-0,3	0,4
• Secteur 1	33 774	33 465	33 394
Évolution en %		-0,9	-0,2
• Secteur 2	19 377	19 646	20 041
Évolution en %		1,4	2,0
• DP	870	737	630
Évolution en %		-15,3	-14,5
• Non conventionnés	85	102	115
Évolution en %		20,0	12,7
TOTAL DES MÉDECINS LIBÉRAUX	116 398	116 032	116 362
Évolution en %		-0,3	0,3
ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALARIÉS (1)	202 612	205 437	207 736
Évolution en %		1,4	1,1

Source : CNAMTS, Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

(1) Source : Drees.

II.2 ■ LES SOINS DE DENTISTES

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 8,6 milliards d'euros en 2004, soit une croissance de +4,1 % en valeur par rapport à 2003. L'évolution en volume (+3,8 %) est inférieure à celle des années précédentes (tableau 19).

En 2004 le tarif de la consultation des chirurgiens-dentistes a été portée à 23 euros le 16 octobre, soit une augmentation des tarifs sur l'ensemble de l'année de +0,2 %, pratiquement équivalente à celle du prix des actes (+0,3 %).

tableau 19 ● Évolution de la consommation de soins dentaires

Taux d'accroissement moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	2,3	5,7	7,1	4,1
Prix	0,5	-4,6	0,9	0,3
Volume	1,8	10,9	6,1	3,8

Source : Drees.

tableau 20 ● Honoraires moyens des dentistes APE*

En milliers d'euros par an

	2002	2003	2004**
• HONORAIRE MOYEN	190,8	200,7	208,8
Évolution en %		5,2	4,0

* Activité à part entière, c'est-à-dire ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année.

** Snir 2004 provisoire.

Source : CNAMTS, Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

Les honoraires moyens des dentistes ont augmenté de +4 % en 2004 (+5,2 % en 2003).

Comme dans le cas des médecins, le montant des dépassements des chirurgiens-dentistes a évolué beaucoup moins rapidement (+2,6 %) en 2004 qu'en 2003 (+5,7 %) et surtout qu'en 2002 (+12,0 %). De ce fait la part des dépassements dans les honoraires dentaires totaux (47,5 %) est en recul par rapport à l'année précédente (tableau 21). Cela marque une inflexion par rapport à la tendance à la progression de la part des dépassements constatée depuis de nombreuses années.

tableau 21 ● Part des dépassements dans les honoraires dentaires

En milliers d'euros par an

	2002	2003	2004*
• HONORAIRES TOTAUX	6 839,9	7 215,1	7 453,5
Évolution en %		5,5	3,3
• DÉPASSEMENTS	3 266,3	3 453,6	3 543,8
Évolution en %	12,0	5,7	2,6
Part des dépassements en %	47,8	47,9	47,5

* Snir 2004 provisoire.

Source : CNAMTS, Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

En 2004, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux (tableau 22) diminue de près d'un point (-0,9 %). Dans le même temps, le nombre des chirurgiens-dentistes salariés augmente de 15,4 %.

Les chirurgiens-dentistes conventionnés représentent 98,8 % des dentistes libéraux.

tableau 22 ● Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux

	2002	2003	2004
• Conventionnés	36 430	36 873	36 558
Évolution en %		1,2	-0,9
• DP	62	399	378
Évolution en %		543,5	-5,3
• Non conventionnés	87	80	76
Évolution en %		-8,0	-5,0
TOTAL LIBÉRAUX	36 579	37 352	37 012
Évolution en %		2,1	-0,9
ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALARIÉS (1)	40 481	41 375	41 653
Évolution en %		2,2	0,7

(1) Source : Drees.

Source : CNAMTS.Snir. Calculs Drees.

II.3 ■ LES PRESCRIPTIONS

Les auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 8,4 milliards d'euros en 2004, en augmentation de +6,9 % en valeur par rapport à 2003. La hausse en volume est de +5,6 % (tableau 23).

tableau 23 ● Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux

	Taux d'évolution moyens et annuels (en %)				Montants 2004 (en millions d'euros)
	1995-2000	2002	2003	2004	
INFIRMIERS					
• Valeur	3,8	9,4	10,1	7,6	4 328
• Prix	0,7	6,3	6,6	2,7	
• Volume	3,1	2,9	3,3	4,7	
KINÉSITHÉRAPEUTES					
• Valeur	3,9	9,5	5,4	6,4	3 431
• Prix	1,4	2,8	0,2	0,2	
• Volume	2,4	6,5	5,2	6,2	
AUTRES*					
• Valeur	5,8	11,9	9,1	5,7	687
• Prix	0,7	4,9	1,4	0,0	
• Volume	5,1	6,7	7,6	5,7	
ENSEMBLE					
• Valeur	4,0	9,6	8,0	6,9	8 445
• Prix	0,9	4,5	3,1	1,2	
• Volume	3,1	4,9	4,8	5,6	

* Orthophonistes et orthoptistes.

Source : Drees.

En 2004, les effectifs d'auxiliaires médicaux libéraux croissent à un rythme plus soutenu que l'année précédente (+2,8 %) (tableau 24).

Les infirmiers libéraux représentent 11,5 % de l'ensemble des effectifs infirmiers, libéraux et salariés. L'essentiel de ces derniers est employé dans le secteur hospitalier. Les effectifs d'infirmiers libéraux qui avaient augmenté de +4,1 % en 2003 progressent de +2,3 % en 2004.

tableau 24 ● Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux (suite du tableau page suivante)

PROFESSIONS LIBÉRALES	2002	2003	2004
• INFIRMIERS	48 254	50 231	51 400
Évolution en %		4,1	2,3
• KINÉSITHÉRAPEUTES	40 434	42 609	43 892
Évolution en %		5,4	3,0
• ORTHOPHONISTES	10 834	11 504	11 910
Évolution en %		6,2	3,5
• ORTHOPTISTES	1 447	1 525	1 580
Évolution en %		5,4	3,6
ENSEMBLE LIBÉRAUX	100 969	105 869	108 782
Évolution en %		4,9	2,8

Source : Snir France métropolitaine.

tableau 24 ● Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux (suite)

ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALARIÉS	2002	2003	2004
• INFIRMIERS	410 859	431 565	446 100
Évolution en %		5,0	3,4
• KINÉSITHÉRAPEUTES	55 348	58 109	59 895
Évolution en %		5,0	3,1

Source : Drees.

Les soins infirmiers

Les soins infirmiers, dans les Comptes de la santé, intègrent les Services de soins à domicile (SSIAD) et s’élèvent à 4,3 milliards d’euros en 2004 (tableau 25), en augmentation de +7,6 % en valeur par rapport à 2003. L’augmentation en volume est de +4,7 %. La progression des prix (+2,7 %) ralentit sensiblement par rapport aux années précédentes (+6,6 % en 2003 et +6,3 % en 2002). Une part croissante de ces soins concerne l’activité des SSIAD qui illustre, comme on l’a vu page 30-31, le développement des soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes.

En 2004, des mesures ont eu pour objectif de revaloriser le rôle des infirmiers dans un cadre contractuel rénové : aménagement de la Démarche de soins infirmiers (DSI), engagements individuels en contrepartie de rémunérations forfaitaires (CSP – contrats de santé publique – soins palliatifs à domicile par exemple). Ces incitations n’ont toutefois eu que des incidences financières minimales, contribuant de façon très modérée au ralentissement des évolutions de prix.

Les soins des masseurs kinésithérapeutes

Ils s’élèvent à 3,4 milliards d’euros en 2004 et progressent par rapport à 2003 de +6,4 % en valeur et de +6,2 % en volume (tableau 23).

À compter de janvier 2004, des mesures spécifiques de revalorisation tarifaire sont intervenues pour les actes concernant la rééducation des maladies respiratoires. En août, un contrat de pratique professionnelle a en outre créé une rémunération forfaitaire unique en contrepartie d’engagements individuels. Comme dans le cas des infirmiers, ces mesures ont eu un impact faible sur les prix.

Les effectifs de masseurs kinésithérapeutes libéraux ont crû en 2004 au rythme de +3 %.

Les soins d’orthophonistes et d’orthoptistes

En 2004, cette catégorie de soins augmente de +5,7 % en valeur et en volume (tableau 23). Les tarifs des honoraires des orthophonistes et des orthoptistes n’ont pas été revalorisés en 2004. Le prix moyen de leurs actes est resté constant.

La croissance des effectifs d’orthophonistes et d’orthoptistes en 2004 est estimée respectivement à +3,5 % et +3,6 % (tableau 24).

Les laboratoires d’analyses

En 2004, la consommation d’analyses et de prélèvements en laboratoires s’élève à 3,8 milliards d’euros, en augmentation de +6,7 % en valeur par rapport à 2003, soit un taux de croissance inférieur de 2,4 points à celui enregistré en 2003 (+9,1 %) et de 3,5 points à celui de 2002 (+10,2 %, tableau 25).

tableau 25 ● Évolution de la consommation d’analyses de laboratoires

Taux d’évolution moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	3,2	10,2	9,1	6,7
Prix	-0,4	2,1	1,5	0,0
Volume	3,7	7,9	7,5	6,7

Source : Drees.

En 2004, les prix sont restés stables alors qu'ils avaient augmenté de +1,5 % en 2003. Dans le même temps le volume des analyses et prélèvements s'accroît de +6,7 %.

La lettre clé B n'a pas été revalorisée en 2004, mais une actualisation de la nomenclature des actes est intervenue en janvier 2004, sans entraîner d'effet prix.

En 2004, la diminution du nombre des laboratoires observée depuis plusieurs années se poursuit (tableau 26). Toutefois, en s'en tenant aux seules données de la Métropole, leur nombre reste en 2004, malgré cette diminution entamée en 1997, supérieur à ce qu'il était en 1990.

tableau 26 ● Évolution du nombre de laboratoires

	2000	2001	2002	2003	2004
• NOMBRE	4 084	4 012	3 981	3 949	3 913
Évolution en %		-1,8	-0,8	-0,8	-0,9

Source : Snir France métropolitaine - Calculs Drees.

Les cures thermales

La fréquentation des cures thermales engendre une consommation de soins de 287 millions d'euros (hors hébergement). Celle-ci diminue de -1,4 % en valeur par rapport à 2003 (tableau 27) et de -2,9 % en volume. Cela correspond, depuis 2002, au tassement des effectifs de curistes dû pour l'essentiel à une diminution des prescriptions.

Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. La rhumatologie et les soins des voies respiratoires représentent environ 80 % de la fréquentation.

Par souci de conformité avec le cadre central de la Comptabilité nationale, l'hébergement des curistes n'est désormais plus pris en compte dans les Comptes de la santé en base 2000.

tableau 27 ● Évolution de la consommation de cures thermales

Taux d'évolution moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	1,3	1,1	1,0	-1,4
Prix	0,7	3,0	2,5	1,5
Volume	0,6	-1,8	-1,5	-2,9

Source : Drees.

■ III • Les transports sanitaires

En 2004, la consommation de transports sanitaires s'élève à 2,6 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de +7,9 % inférieure à celle de l'année précédente (tableau 28). L'effet prix étant de +0,5 %, la croissance en volume atteint donc +7,3 %.

Les transports sanitaires, hors services médicaux d'urgence, sont assurés à hauteur de 39 % par des ambulances, 36 % par des Véhicules sanitaires légers (VSL), 21 % par des taxis, 4 % par d'autres moyens de transport (en train principalement).

Des contrats de bonne pratique ont été instaurés en 2004, comportant des avantages financiers forfaitaires en contrepartie d'engagements individuels sur la qualité du service. Par ailleurs le dispositif concernant les conditions de rémunération des gardes ambulancières instauré en 2003 a été prorogé pour l'année 2004. Ces incitations n'ont pas eu de conséquences financières notables en 2004.

tableau 28 ● **Évolution de la consommation de transports de malades**
Taux d'évolution moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	5,0	9,2	8,2	7,9
Prix	1,8	2,1	1,9	0,5
Volume	3,1	7,0	6,2	7,3

Source : Drees.

IV • Les médicaments

En 2004, la consommation de médicaments atteint 30,3 milliards d'euros, soit une progression en valeur de +5,7 % contre +6,4 % en 2003 (tableau 29). Par tête, son montant est de 486 euros, soit une progression de +4,7 % par rapport à 2003.

Plusieurs mesures concernant le médicament sont entrées en vigueur en 2004. On citera :

- la baisse du taux de remboursement de 65 % à 35 % des médicaments homéopathiques (décret du 18 décembre 2003);
- le nouveau barème des marges des grossistes et des officines (à compter du 21 février);
- la modification des tarifs forfaitaires de responsabilité (remboursement du médicament princeps sur la base du prix du générique);
- l'élargissement du droit de substitution et l'entrée, dans le répertoire générique, de nouvelles molécules majeures (mai 2004).

tableau 29 ● Évolution de la consommation de médicaments

Taux d'évolution moyens et annuels en %

	1995-2000	2002	2003	2004
Valeur	5,1	5,6	6,4	5,7
Prix	0,0	-1,1	-0,4	-1,2
Volume	5,1	6,8	6,9	7,0

Source : Drees.

L'Insee publie séparément l'indice des prix des spécialités remboursables et celui des spécialités non remboursables, en moyenne annuelle et base 100 en 1998. L'analyse du prix des médicaments à partir de ces indices fait ressortir nettement (tableau 30) que ce sont les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, qui ont été à l'origine de l'évolution négative des prix observée depuis 1999. Ainsi, en 2004, les spécialités remboursables ont vu leur prix baisser de -1,7 %, alors que le prix des spécialités non remboursables progresse de +3,5 %.

Chaque année, les renouvellements de molécules interviennent pour près de 50 % dans la croissance du marché des médicaments remboursables. Cela explique aussi la faiblesse des évolutions des prix. En effet les indices correspondants sont calculés à structure constante d'une année sur l'autre.

tableau 30 ● Indice des prix des spécialités pharmaceutiques⁶

Base 100 = 1998

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
• SPÉCIALITÉS REMBOURSABLES	100,0	99,5	98,8	97,5	96,0	95,2	93,6
Évolution annuelle en %		-0,5	-0,7	-1,3	-1,5	-0,8	-1,7
• SPÉCIALITÉS NON REMBOURSABLES	100,0	102,4	104,7	106,3	109,4	113,3	117,3
Évolution annuelle en %		2,4	2,2	1,5	2,9	3,6	3,5
• ENSEMBLE	100,0	99,8	99,4	98,3	97,2	96,8	95,7
Évolution annuelle en %		-0,2	-0,4	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2

Source : Insee.

En 2004, les ventes de médicaments génériques poursuivent leur forte progression (+39,5 % par rapport à 2003), soit une croissance près de sept fois supérieure à celle du marché global. Leurs prix sont inférieurs de 15 % environ en moyenne à ceux des médicaments de référence. Cet écart est toutefois en diminution sensible par rapport aux années précédentes sous l'effet des réactions de l'industrie pharmaceutique en matière de prix des princeps. L'introduction des génériques incite en effet à une diminution du prix des princeps, contribuant ainsi à modérer la croissance globale du marché. Cet effet s'ajoute à l'impact mécanique de l'introduction d'un générique qui contribue à faire baisser le prix de la classe thérapeutique correspondante. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 75 en 2004, sur un total de 345 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques sont choisis dans 50 % des cas en 2004, contre 39 % en 2003. Au total, la part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables progresse régulièrement : 6,9 % en 2004, après 5,4 % en 2003 et 4,1 % en 2002.

Au sein de la consommation de médicaments, il faut distinguer les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (ces ventes sont appelées «rétrocession hospitalière») à des patients non hospitalisés. La valeur de ces dernières a plus que doublé pour le Régime général de 2000 à 2004 (+116 %). Dans le même temps la valeur d'ensemble des médicaments remboursés augmentait de 32,4 %. La place occupée par la rétrocession hospitalière dans la dépense totale de médicaments, si elle est encore faible, croît donc à vive allure : de 5,3 % en 2000 à 8,7 % en 2004. Cela n'est pas sans importance puisque les prix de vente des «rétrocessions» sont actuellement négociés librement dans le circuit hospitalier et le resteront jusqu'à la fin 2005, alors que les prix pratiqués en officines sont administrés. Les uns et les autres donnent cependant lieu à des remboursements par l'assurance maladie (1,4 milliard d'euros en 2004 pour la rétrocession dans le seul Régime général). Cependant, un décret du 15 juin 2004 organise une nouvelle réglementation de la rétrocession qui entrera en vigueur à partir de 2006. Seuls les médicaments inscrits sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la Santé pourront faire l'objet d'une dispensation par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, à des prix fixés par les pouvoirs publics.

6. Élise Amar, «Les dépenses de médicaments remboursables en 2004», *Études et Résultats*, Drees, n° 404, juin 2005.

V • Les autres biens médicaux

Il y a lieu au préalable de rappeler que la consommation d'autres biens médicaux – optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements – désigne désormais, du fait du passage à la « base 2000 » des Comptes nationaux, la consommation prescrite exclusivement dans le cadre de consultations de médecine ambulatoire. Les dépenses de prothèses notamment, intervenant à l'occasion de soins reçus en cliniques privées, sont désormais imputées en dépenses de soins hospitaliers privés.

Leur consommation totale s'élève à 8 milliards d'euros en 2004, soit 4,1 milliards d'euros pour l'optique, 1,2 milliard d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques, et 2,7 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

La consommation des « autres biens médicaux en ambulatoire » a évolué en valeur de +7,9 % en 2004, soit une progression par rapport à 2003 (+7,1 %).

L'ensemble « autres biens médicaux » est très hétérogène puisque sa nomenclature (LPP: Liste des produits et prestations) contient 6000 lignes.

tableau 31 ● Évolution de la consommation des autres biens médicaux
Taux d'évolution moyens et annuels en %

	95-2000	2002	2003	2004
OPTIQUE				
• Valeur	5,0	4,4	4,3	5,3
• Prix	0,9	1,4	2,5	2,2
• Volume	4,0	2,9	1,7	3,0
PROTHÈSES, ORTHÈSES, VHP*				
• Valeur	2,8	9,2	6,8	8,1
• Prix	0,5	0,7	0,3	0,8
• Volume	2,2	8,4	6,4	7,3
PETITS MATÉRIELS ET PANSEMENTS				
• Valeur	31,4	13,3	12,4	12,0
• Prix	0,7	0,9	0,5	0,9
• Volume	30,5	12,3	11,9	11,0

* Véhicules pour handicapés physiques.

Source : Drees.

Optique

Le taux de croissance de la consommation d'optique, que ce soit en valeur ou en volume, s'était infléchi fortement depuis

l'année 2000. Cette tendance s'inverse en 2004, le taux d'évolution en valeur étant supérieur à celui de 2003 (+5,3 % contre +4,3 % en 2003, tableau 31).

Aucune mesure n'a été prise en 2004 en matière de tarification ou de conditions de prise en charge qui puisse influencer l'évolution de la consommation.

Prothèses, orthèses, VHP en ambulatoire

L'évolution de la consommation de prothèses (incluant les orthèses – articles de contention – et les VHP – véhicules pour handicapés physiques) avait connu une décélération au début des années 1990. Depuis 2000 la croissance se maintient à un rythme élevé. L'année 2004 enregistre un taux de croissance de +8,1 % en valeur et de +7,3 % en volume (tableau 31).

Ce poste regroupe des produits très divers : des prothèses internes, parfois sophistiquées, aux fauteuils roulants, en passant par les appareils pour la surdité. Ces produits sont délivrés par des professionnels de santé, eux aussi diversifiés : orthésistes, audioprothésistes, ortho-prothésistes, podo-orthésistes (anciens « bottiers sur mesure »).

C'est sur les « dispositifs implantables », environ 40 % de la valeur du poste, qu'il y a eu en 2004 des évolutions de nomenclature, notamment avec l'inscription pour le secteur privé des défibrillateurs cardiaques et des neurostimulateurs. Du point de vue des tarifs, seuls ceux des stimulateurs cardiaques ont évolué (à la baisse).

Notons enfin une réforme de la nomenclature des audioprothèses pour enfants, qui n'a entraîné qu'une faible hausse de cette consommation.

Petits matériels et pansements

Cette dernière catégorie de biens médicaux est également d'une grande hétérogénéité. Cependant leur circuit de distribution est plus homogène passant par les pharmaciens et des fournisseurs de dispositifs médicaux.

De tous les soins et biens médicaux, ce sont les dépenses de petits matériels et pansements (ces derniers représentent 20 % du poste) qui connaissent la plus forte progression : depuis 1995, leur valeur a été multipliée par plus de six. Dans la deuxième moitié des années 1990, leur taux de progression s'est situé autour de 30 % par an. Depuis l'année 2000, ce taux de croissance diminue pour atteindre, en 2004, +12 % en valeur (tableau 31).

L'année 2004, du point de vue des tarifs, n'a pas apporté de changements. Il n'y a eu aucune inscription nouvelle à la nomenclature.

Cependant l'augmentation, tant du nombre de patients que du volume de matériels mis à leur disposition, renforce le poids de l'assistance respiratoire (environ 500 lignes de nomenclature et de tarifs dans cette seule catégorie). De même, la progression du nombre des personnes âgées dépendantes bénéficiant d'un maintien à domicile entraîne celle de l'ensemble des dispositifs médicalisés : lits, matelas, VHP, potences, etc., comme elle développe, on l'a vu, les Services infirmiers de soins à domicile (SSIAD).

VI • La consommation de services de prévention

La consommation de services de prévention s'élève à 5,0 milliards d'euros en 2004, dont 2,8 milliards pour la prévention individuelle et 2,2 milliards pour la prévention collective (tableau 32).

La prévention individuelle ne prend en compte que les dépenses statistiquement isolables. Cela en minore l'importance réelle car la majorité des actes de prévention est réalisée à l'occasion de consultations médicales ordinaires dont la valeur est retracée dans la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette sous-estimation a été mise en évidence par une étude spécifique conduite par l'Irdes et la Drees⁷. Ces travaux qui, selon une première estimation pour l'année 1998, avaient conduit à tripler le poids de la prévention dans la dépense courante de santé, sont actuellement repris pour l'année 2002 à partir des données de la base 2000 des Comptes de la santé.

À l'occasion de l'élaboration de la base 2000 des Comptes, une nouvelle nomenclature de la prévention a été suggérée par les travaux d'un groupe d'experts réuni en 2004 par l'Irdes. Elle a été rendue compatible avec les agrégats des Comptes de la santé.

Les actions de prévention peuvent être individuelles ou collectives.

VI.1 ■ LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE

Il s'agit d'actions dont ont bénéficié individuellement des personnes, et dont la totalisation ne contient pas de double compte avec la consommation de soins et de biens médicaux. Pour ces raisons la prévention individuelle peut être classée dans la Consommation médicale totale (CMT). On distingue :

La prévention individuelle primaire

Selon une définition communément admise, elle vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La vaccination⁸ en

7. Philippe Le Fur, Valérie Paris, Céline Pereira, Thomas Renaud, Catherine Sermet, «Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé», *Études et résultats*, Drees, n° 247, juillet 2003.

8. La vaccination comporte les vaccins et leur administration. Cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (91 millions d'euros en 2004) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé. Le solde, 324 millions d'euros, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM. Au total, la consommation de vaccins se monte à 415 millions d'euros, en augmentation de +13,1 % par rapport à 2003 (données Afssaps).

est l'exemple type. Il faut y ajouter : les actions de la PMI et du Planning, la médecine scolaire et la médecine du travail.

La prévention individuelle secondaire

Elle tend à repérer les maladies avant leur développement. Le dépistage en est la pratique par excellence. Il concerne principalement les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le Sida et les hépatites. Les examens de santé et les bilans bucco-dentaires font également partie de la prévention secondaire.

VI.2 ■ LA PRÉVENTION COLLECTIVE

Elle est classée dans la Dépense courante de santé (DCS) mais hors de la Consommation médicale totale (CMT). En effet, les dépenses correspondantes ne sont pas individualisables. Elle est toutefois présentée immédiatement après la prévention individuelle dans la première partie de ce rapport qui ne traite que de la CMT afin de favoriser une vision continue et globale de l'ensemble de la prévention. La prévention collective comporte deux parties.

La prévention collective en direction des comportements

Elle comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages ainsi que l'éducation à la santé.

La prévention collective visant l'environnement

Elle inclut l'hygiène du milieu et la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, la recherche en prévention sanitaire, les dispositifs et organismes de « surveillance, veille, alerte » ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d' « urgences et crises », la sécurité sanitaire de l'alimentation et la production et la mise en œuvre de dispositifs (rédaction et application de règlements et recommandations concernant la veille et la sécurité sanitaire).

En 2004, les dépenses de prévention ainsi retenues dans les Comptes de la santé s'élèvent à 5,0 milliards d'euros, soit 80 euros par habitant. Après avoir augmenté de 6,4 % en 2003, elles sont en recul en 2004 de 1,5 %.

Cette diminution est liée au fait que, dans le programme de sécurité sanitaire de l'alimentation, la campagne d'élimination des farines animales a touché à sa fin en 2004. Les dépenses correspondantes étaient de 380 millions d'euros en 2003 et ne sont plus que de 82 millions d'euros en 2004. En excluant la diminution de ce poste, l'évolution globale des dépenses de prévention entre 2003 et 2004 aurait été de +5,2 %.

L'État et les collectivités locales financent environ 60 % de la prévention, la Sécurité sociale et le secteur privé (médecine du travail et prévention des accidents du travail) autour de 20 % chacun. Depuis 1995 cette structure est dans l'ensemble stable.

En 2004 les dépenses totales de prévention ainsi retenues au sens des Comptes représentent 2,7 % de la dépense courante de santé (cf. page 48). La consommation de services de prévention individuelle constitue 1,8 % de la Consommation médicale totale (cf. tableau 3 p. 22).

tableau 32 ● Consommation de services de prévention

En millions d'euros

	2002	2003	2004
PRÉVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 121	2 242	2 339
Vaccins	88	100	91
PMI Planning	552	610	686
Médecine du travail	1 224	1 267	1 312
Médecine scolaire	257	265	250
PRÉVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	390	438	459
Dépistage des tumeurs	53	92	113
Dépistage IST, tuberculose	71	80	88
Dépistage Sida, hépatites	80	66	57
Dépistage autres pathologies	15	16	14
Examens de santé	154	166	166
Bilans bucco-dentaires	17	19	21
PRÉVENTION COLLECTIVE	2 233	2 368	2 171
A) En direction des comportements			
Campagne en faveur des vaccinations	21	24	26
Lutte contre l'addiction	77	71	77
Information, promotion, éducation à la santé	263	338	411
B) À visée environnementale			
Hygiène du milieu	354	399	448
Prévention des risques professionnels	352	362	369
Prévention et lutte contre la pollution	255	250	245
Recherches en prévention sanitaire	1	1	1
Observation veille alerte	59	72	85
Urgences et crises	4	4	7
Sécurité sanitaire de l'alimentation	816	814	471
Production et mise en œuvre de dispositifs (1)	30	31	32
ENSEMBLE PRÉVENTION	4 744	5 048	4 969
Évolution en %		6,4	-1,5

Sources et calculs Drees.

(1) Rédaction et mise en application des règlements et recommandations concernant la veille et la sécurité sanitaire.

1^{re} partie

LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

La dépense courante de santé récapitule l'ensemble des versements intervenus chaque année en faveur de la santé (dépenses en capital exclues).

Elle regroupe :

- la consommation de soins et de biens médicaux ;
- les dépenses d'aides aux malades (indemnités journalières) ;
- les subventions au système de soins (prise en charge des cotisations sociales des médecins du secteur 1 et des autres praticiens conventionnés) ;
- les dépenses de prévention individuelles et collectives ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des professionnels de la santé ;
- les coûts de gestion de la santé.

En 2004, le montant de la dépense courante de santé s'élève à 183,5 milliards d'euros. Il représente 11,13 % du PIB, soit une légère augmentation par rapport à 2003 (11,08 %).

tableau 33 ● Dépense courante de santé

	Montants 2004 (en millions d'euros)	Structure (en %)
DÉPENSES POUR LES MALADES	161 173	87,9
• Soins et biens médicaux	144 822	78,9
• Soins aux personnes âgées en établissements	4 118	2,2
• Aide aux malades	10 360	5,6
• Subventions au système de soins	1 873	1,0
DÉPENSES DE PRÉVENTION	4 969	2,7
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	7 681	4,2
• Recherche	6 667	3,6
• Formation	1 014	0,6
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	13 075	7,1
DOUBLE COMPTE*	-3 440	-1,9
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	183 458	100,0
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	1 648 369	

* Dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente des médicaments et par les dépenses de recherche clinique des hôpitaux financées par la dotation globale.

Source : Drees, Insee.

Le tableau 34 présente l'évolution et la structure de la dépense courante de santé depuis 2002. Sa hausse en valeur est de +4,4 % en 2004, soit un rythme inférieur à celui de 2003 (+6,3 %). Ces évolutions sont liées à celles de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui en représente la majeure part : 78,9 %.

tableau 34 ● Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure

	Évolution annuelle (en %)			Évolution de la structure (en %)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
DÉPENSES POUR LES MALADES	6,7	6,5	4,9	87,3	87,5	87,9
• Soins et biens médicaux	6,4	6,4	5,1	78,4	78,5	78,9
DÉPENSES DE PRÉVENTION	12,3	6,4	-1,6	2,9	2,9	2,7
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	8,6	3,6	3,4	4,3	4,2	4,2
• Recherche	8,9	2,6	3,6	3,8	3,7	3,6
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	3,2	5,2	2,7	7,3	7,2	7,1
DOUBLE COMPTE	-	-	-	-1,9	-1,9	-1,9
DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	6,6	6,3	4,4	100,0	100,0	100,0
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	3,4	2,4	4,0			

Source : Drees, Insee.

Au-delà de la CSBM, différents postes constituent la dépense courante de santé (tableau 33). Les dépenses de prévention ont été étudiées précédemment (pages 45 et suivantes). S'y ajoutent, en suivant la nomenclature des Comptes, les aides aux malades, les dépenses de recherche et de formation et les coûts de gestion de la santé.

Enfin, grâce aux travaux de l'OCDE, il sera possible de comparer la part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans les différents pays membres.

■ I • Les aides aux malades les indemnités journalières

En 2004, les prestations en espèces se montent à 10,4 milliards d'euros. Par rapport à l'année 2003, l'augmentation est de +0,5 % après plusieurs années de forte hausse (+7,2 % en 2003, +9,7 % en 2002). Au sein de cette évolution modérée d'ensemble (risques maladie, maternité, accidents du travail), l'évolution du risque maladie est même négative (-0,5 %). Comme le relève l'avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie en date du 31 mai 2005, ce repli très important semble pouvoir être expliqué par les efforts entrepris en matière de maîtrise des arrêts travail par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à partir du second semestre de l'année 2003.

II • La recherche médicale et pharmaceutique

Le bureau des études statistiques sur la recherche du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche évalue pour le compte du ministère de la Santé :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits au budget civil de recherche et développement. Il s'agit notamment des principaux organismes concernés comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), les Instituts Pasteur dont celui de Paris, l'Institut Curie, le Centre national de recherche scientifique (CNRS), etc. ;
- la part liée à la santé dans les financements incitatifs inscrits au budget civil de recherche et développement des différents ministères, notamment celui de la recherche (exemple : le fonds national de la science) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche dans les universités, notamment pour les personnels à double statut (universitaire et hospitalier) ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires et qui figurent déjà dans la dépense de soins publics hospitaliers ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique qui figurent déjà dans la dépense de médicaments. C'est pour cette raison que l'avant-dernière ligne des tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur (pages 72 et suivantes) est intitulée « double compte ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche pharmaceutique qui seraient sinon comptés deux fois ;
- la part liée à la santé des dépenses de recherche du secteur associatif, qui couvre en particulier la contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives.

tableau 35 ● Recherche médicale et pharmaceutique

En millions d'euros

	2002	2003	2004
FINANCEMENTS BUDGÉTAIRES	3 049	3 016	3 086
dont budget civil de R et D	1 994	1 946	2 001
dont autres : universités et hôpitaux	1 055	1 070	1 085
AUTRES FINANCEMENTS	3 226	3 420	3 581
dont industries pharmaceutiques	3 108	3 282	3 440
dont secteur associatif	118	138	142
TOTAL	6 275	6 436	6 667
Évolution en %		2,6	3,6

Source : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique ainsi recensées s'élèvent en 2004 à 6,7 milliards d'euros, soit 107 euros par habitant. Entre 2003 et 2004, elles progressent de 3,6 %.

En 2001, les financements publics et privés étaient à peu près équivalents. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a progressé de quatre points dans la structure du financement de la dépense de recherche médicale et pharmaceutique.

III • Les dépenses de formation

Elles concernent les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire mais aussi les Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses initiales s'ajoutent celles de la formation continue.

L'État assure l'essentiel du financement de la formation (près de 90 %). La Sécurité sociale finance la formation continue des médecins. Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

En 2004, les dépenses de formation ont dépassé un milliard d'euros. Elles ont augmenté de 2 % par rapport à celles de l'année précédente.

■ IV • Le coût de gestion de la santé

Le coût de gestion de la santé comprend les frais de gestion des organismes suivants :

- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l’assurance maladie ;
- les mutuelles ;
- les assurances ;
- le ministère chargé de la Santé ;
- les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

tableau 36 ● Coût de gestion de la santé

	Montants en valeur (en millions d’euros)		
	2002	2003	2004
COUTS DE GESTION			
• des principaux organismes gérant le risque maladie (1)	6 891	7 312	7 495
• des organismes complémentaires (2)	4 024	4 208	4 353
• du ministère de la Santé	987	1 002	1 010
• des Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	206	212	217
TOTAL GESTION	12 108	12 734	13 075
Évolution en %		5,2	2,7

(1) CNAMTS, Canam, MSA, Mines, Camac, Enim (marins), SNCF, CNMSS (militaires).

(2) Mutuelles, Assurances, Instituts de prévoyance.

Sources : Comptes de la protection sociale et comptabilité des organismes.

V • La dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE

La dépense nationale de santé est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) : pour la France, elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

Dans ce cadre harmonisé, et sur des données provisoires, l'OCDE évalue pour 2003 à 10,1 % la part de la dépense nationale de santé dans le PIB en France. Il s'agit d'une évaluation selon les concepts et la méthodologie de la « base 1995 » des Comptes nationaux, qui place la France au sixième rang derrière les États-Unis (15 %), la Suisse (11,5 %), l'Allemagne (11,1 %), l'Islande (10,5 %) et la Norvège (10,3 %). La part des dépenses de santé dans le PIB croît en France au total de 0,6 point de PIB entre 1995 et 2003. De ce point de vue, la France se place au treizième rang des dix-neuf pays de l'OCDE recensés aux deux dates, soit au même niveau que le Mexique, l'Allemagne ou le Canada et assez loin derrière la Norvège (hausse de 2,4 points), l'Islande (hausse de 2,1 points) ou les États-Unis (hausse de 1,7 point).

Cependant le ratio de la dépense nationale de santé au PIB de la France sera nécessairement révisé par l'OCDE lorsque lui seront transmises les évaluations pour 2003 et les années antérieures dans la nouvelle « base 2000 ». Selon des calculs provisoires réalisés par la Drees, ce ratio atteindrait en 2003, selon les nouveaux concepts et la nouvelle méthodologie, 10,4 % du PIB, situant la France en cinquième position après les États-Unis, la Suisse l'Allemagne et l'Islande. L'essentiel de l'écart entre « ancienne » et « nouvelle » évaluation est dû, comme expliqué précédemment, à la prise en compte de l'ensemble des coûts de gestion du système de santé et d'assurance maladie.

Une estimation provisoire pour 2004 donne une valeur de 10,5 % pour le ratio de la dépense nationale de santé par rapport au PIB.

tableau 37 ● Part de la dépense nationale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE

En %

	1995	2000	2001	2002	2003
Allemagne	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1
Australie	8,2	9,0	9,1	9,3	ND
Autriche	8,2	7,7	7,6	7,6	ND
Belgique	8,7	8,8	9,0	9,1	9,6
Canada	9,2	8,9	9,4	9,6	9,9
Corée	4,4	5,1	5,9	5,3	5,6
Danemark	8,2	8,4	8,6	8,8	9,0
Espagne	7,6	7,5	7,5	7,6	7,7
États-Unis	13,3	13,1	13,9	14,6	15,0
Finlande	7,5	6,7	7,0	7,2	7,4
France	9,5	9,3	9,4	9,7	10,1* - 10,4**
Grèce	9,6	9,7	9,4	9,8	9,9
Hongrie	7,5	7,1	7,4	7,8	ND
Irlande	6,8	6,4	6,9	7,3	ND
Islande	8,4	9,2	9,2	10,0	10,5
Italie	7,4	8,1	8,3	8,4	8,4
Japon	6,8	7,6	7,8	7,9	ND
Luxembourg	6,4	5,5	5,9	6,1	ND
Mexique	5,6	5,6	6,0	6,0	6,2
Norvège	7,9	7,7	8,1	9,9	10,3
Nouvelle-Zélande	7,2	7,9	8,0	8,2	8,1
Pays-Bas	8,4	8,2	8,5	9,3	9,8
Pologne	5,6	5,7	6,0	6,0	ND
Portugal	8,2	9,2	9,3	9,3	9,6
Royaume-Uni	7,0	7,3	7,5	7,7	ND
République slovaque	ND	5,5	5,6	5,7	5,9
République tchèque	7,3	7,1	7,3	7,2	7,5
Suisse	9,7	10,4	10,9	11,1	11,5
Suède	8,1	8,4	8,8	9,2	ND
Turquie	3,4	6,6	ND	ND	ND

* Évaluation en ancienne base des Comptes nationaux (« base 1995 »).

** Évaluation en nouvelle base des Comptes nationaux (« base 2000 »).

Copyright Éco-Santé OCDE 2005, 1^{re} édition.

LE FINANCEMENT DE LA DÉPENSE DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

La consommation de soins et de biens médicaux se traduit par des ressources pour les prestataires de soins¹ et les distributeurs de biens médicaux². Elle comprend les dépenses de l'assurance maladie, de l'État et des collectivités locales, des mutuelles, des institutions de prévoyance et sociétés d'assurance ainsi que celles des ménages.

Le taux de couverture des dépenses par la Sécurité sociale se mesure par le rapport entre les remboursements des régimes sociaux et l'ensemble de la dépense pour chaque catégorie de soins et de biens médicaux (remboursables et non remboursables).

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE DANS LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

La Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie.

La CMU complémentaire s'est substituée à l'aide médicale gratuite financée par les conseils généraux. Son fonctionnement associe les régimes d'assurance maladie et les organismes dispensant des couvertures complémentaires maladie.

Le « fonds CMU » assure le financement de la protection complémentaire en cas de maladie. Son traitement dans les tableaux de financement des Comptes de la santé est décrit ci-dessous.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent recevoir leurs remboursements, sur option de leur part, soit de leur caisse primaire d'assurance maladie, soit d'un organisme de couverture complémentaire maladie participant à la CMU.

1. Hôpitaux, cabinets libéraux, laboratoires d'analyses.

2. Offices pharmaceutiques et autres distributeurs de biens médicaux.

Le fonds CMU est chargé de financer ces organismes à hauteur des coûts engendrés par la CMU. Il dispose à cette fin de deux ressources :

- une dotation du budget de l’État ;
- le produit d’une contribution au taux de 1,75 % sur l’ensemble des contrats de couverture complémentaire maladie.

En 2004, le fonds CMU rembourse les organismes du coût de la CMU complémentaire selon les modalités suivantes : les dépenses des régimes et celles des organismes complémentaires sont couvertes, sur une base forfaitaire, à raison de 300 euros par an et par bénéficiaire. Les régimes de base assurent la charge d’un éventuel surcoût. Pour les organismes de couverture complémentaire, ce montant de 300 euros vient en déduction de celui dû au titre de la contribution de 1,75 %.

Cependant, quelques organismes complémentaires ont un montant total de contribution de 1,75 % inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 300 euros en 2004). Dans ce cas, le fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés.

Le tableau suivant donne le compte économique simplifié du fonds CMU pour l’année 2004.

Charges		Produits	
Versements aux régimes de base	1 222	Dotation de l’État	1 037
Remboursements aux organismes complémentaires	197	Contribution des organismes complémentaires	395
Gestion administrative	1		
Correction économique/comptable	-63		
Résultat	75		
TOTAL CHARGES	1 432	TOTAL PRODUITS	1 432

Source : Rapport 2004 du fonds CMU.

Le traitement de la CMU complémentaire dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l’ensemble de ces circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses liées à la CMU complémentaire sont incluses dans deux colonnes du tableau de financement des Comptes de la santé (cf. tableaux détaillés pages 72 et suivantes) :

- les remboursements du fonds CMU aux organismes de base d’assurance maladie figurent dans la colonne « État, collectivités locales et CMU », soit 1 222 millions d’euros en 2004.
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d’assurance » et « institutions de prévoyance ». Elles ne peuvent être isolées du montant total de leurs prestations. Celui-ci est, en effet, estimé globalement à l’aide de l’enquête « État statistique annuel relatif aux groupements mutualistes ayant plus de 3 500 personnes protégées et/ou gérant une œuvre sociale ».

I • Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux

tableau 38 ● **Structure de financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux**

En %

	2002	2003	2004
• Sécurité sociale	76,5	76,7	76,7
• État et collectivités locales	1,4	1,4	1,3
• Mutuelles	7,3	7,2	7,3
• Sociétés d'assurance	2,8	2,9	3,0
• Institutions de prévoyance	2,6	2,6	2,6
• Ménages	9,4	9,3	9,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Drees.

En 2004, la part de la Sécurité sociale dans la couverture de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux reste inchangée par rapport à 2003 (76,7 %) et ne progresse que de 0,2 point par rapport à 2002. Cette stabilité est la résultante de deux tendances opposées : d'une part, une place croissante dans la consommation des biens médicaux les moins remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, optique et prothèses dentaires), d'autre part, la progression toujours rapide de la part des dépenses prises en charge à 100 %, correspondant notamment au cas des assurés atteints d'une affection de longue durée. En effet, en 2004, dans le champ des prestations d'assurance maladie du Régime général, les dépenses prises en charge à 100 % ont progressé de +7,3 %, contre +2,5 % pour les dépenses assorties d'un ticket modérateur.

La part du financement laissée à la charge directe des ménages continue de diminuer, étant désormais de 9,1 %. Cette tendance est bien affirmée depuis 1995. La part des mutuelles consolide les progrès acquis antérieurement. Celle des institutions de prévoyance se stabilise, la contribution des assurances est en progrès après avoir connu un déclin entre 1995 et 2001.

■ II • Structure de financement de l'hôpital

tableau 39 • Structure de financement de l'hôpital

	En %		
	2002	2003	2004
• Sécurité sociale	92,3	92,5	92,5
• État, collectivités locales ou CMU	1,3	1,3	1,2
• Mutuelles	2,2	2,1	2,0
• Sociétés d'assurance	0,9	0,9	1,0
• Institutions de prévoyance	1,0	0,9	0,9
• Ménages	2,4	2,4	2,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Drees.

Parmi tous les soins et biens médicaux, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée.

Elle augmente de 0,2 point en 2003 puis se stabilise en 2004. Dans le secteur public hospitalier et le secteur privé, la valeur des produits liés à la tarification hospitalière évolue plus faiblement que, d'une part, la dotation globale hospitalière et que, d'autre part, les frais de séjour. Cela découle de la diminution générale du nombre de journées d'hospitalisation retracée plus haut. Par contre, le montant du forfait journalier a été fortement revalorisé en 2004, ce qui explique la stabilisation de la part de la Sécurité sociale en 2004 malgré la diminution générale du nombre de journées.

Hormis la place prépondérante de la Sécurité sociale dans le financement de ce secteur, une deuxième remarque doit être faite sur le financement des établissements hospitaliers. La place de tous les contributeurs est très stable depuis le milieu des années 1990. La Sécurité sociale, étant donné le type de soins dispensés en milieu hospitalier, contribue, depuis dix ans, à plus de 90 % des dépenses. Le solde est faible, ce qui laisse peu de place aux évolutions de structure entre les autres financeurs.

III • Structure de financement des prestataires de soins ambulatoires

tableau 40 ● **Structure de financement des prestataires de soins ambulatoires** (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et cures thermales)

	2002	2003	2004
• Sécurité sociale	64,2	64,3	64,1
• État, collectivités locales et CMU	1,5	1,6	1,6
• Mutuelles	11,5	11,2	11,3
• Sociétés d'assurance	4,8	5,1	5,3
• Institutions de prévoyance	4,3	4,2	4,2
• Ménages	13,7	13,6	13,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Drees.

La part versée par la Sécurité sociale dans le financement des soins ambulatoires augmente d'un dixième de point en 2003, mais régresse de 0,2 point en 2004.

Pour chaque catégorie d'honoraires ou de prestations, l'influence du nombre d'actes, les variations de tarifs, l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires totaux des médecins et dentistes, jouent sur le taux de couverture de la Sécurité sociale. Sauf événement majeur, il n'est pas toujours possible de démêler l'écheveau des causes de telles évolutions. Toutefois, une décision prise en 2004 a pu contribuer à la réduction du taux de couverture de la Sécurité sociale. Depuis le 1^{er} janvier 2004, les actes et prestations des infirmiers, des laboratoires ou des transports sanitaires ne sont en effet plus remboursés à 100 % mais au tarif de droit commun quand ils viennent à la suite d'un acte (KC, KCC, DC, KE, Z, Zn, TO) supérieur ou égal à 50.

Entre 2002 et 2004, la part restant à la charge des ménages a diminué chaque année de 0,1 point. Il s'agit, une fois encore, d'une tendance bien établie depuis une dizaine d'années. La place des mutuelles dans le financement des soins ambulatoires se stabilise tout comme, mais dans une moindre mesure, celle des institutions de prévoyance. À l'inverse, la position des sociétés d'assurance progresse de 0,5 point en deux ans.

■ IV • Structure de financement des distributeurs de biens médicaux en ambulatoire

tableau 41 ● **Structure de financement des distributeurs de biens médicaux** (médicaments, optiques, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés, petits matériels et pansements)

	2002	2003	2004
• Sécurité sociale	61,2	61,5	62,0
• État et collectivités locales	1,4	1,4	1,3
• Mutuelles	12,1	12,2	12,4
• Sociétés d'assurance	4,0	4,0	4,3
• Institutions de prévoyance	3,8	3,9	3,9
• Ménages	17,5	16,9	16,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Drees.

Des remarques du même type que celles qui précèdent peuvent être avancées à propos du financement des distributeurs de biens médicaux. On y ajoutera le rôle prépondérant des effets de structure qui, d'une année à l'autre modifient dans la consommation la place respective des biens médicaux les mieux ou les moins bien remboursés.

Le taux de remboursement moyen des biens médicaux par la Sécurité sociale augmente ainsi de façon continue depuis 1995. Entre 2002 et 2004, la progression est de 0,8 point.

Cette évolution peut s'expliquer par un facteur principal : l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel aux Affections de longue durée (ALD). Ces remboursements représentent plus de la moitié des médicaments remboursés par les régimes de base (52,9 % en 2003 et 55,4 % en 2004).

Enfin, en ce qui concerne les autres biens médicaux, seule la part du poste «petits matériels et pansements» augmente dans l'ensemble des dépenses. Son taux moyen de couverture par la Sécurité sociale est de 91,4 % contre 58 % pour les prothèses distribuées en ambulatoire et 4,2 % pour l'optique. C'est donc un effet de structure qui porte le taux de remboursement de l'ensemble du poste «autres biens médicaux» de 39,1 % à 41,7 %, la part de la Sécurité sociale augmentant ainsi de 2,6 points entre 2002 et 2004.

tableaux détaillés ■

●	CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	64
●	CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	66
●	DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	68
●	DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR	70

■ CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995-2004

En millions d'euros

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 323	64 279
• Publics	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 612	49 862
• Privés	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 711	14 417
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	8 041	8 264	8 539	7 718	7 497	7 648	7 977	8 478	9 118	9 697
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	4 117	4 211	4 148	4 340	4 236	4 218	4 220	4 451	4 593	4 720
• Pour mémoire : soins aux personnes âgées en établissements	2 270	2 381	2 476	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 732	4 118
- publiques	1 927	2 003	2 069	2 141	2 228	2 382	2 484	2 707	2 846	3 064
- privées	343	378	407	454	491	549	613	710	886	1 054
2. SOINS AMBULATOIRES	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 617
• Médecins	12 984	13 185	13 483	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 474
• Auxiliaires médicaux	5 177	5 344	5 303	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 445
- infirmiers	2 697	2 766	2 762	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 328
- masseurs kinésithérapeutes	2 105	2 176	2 131	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 431
- autres	375	402	410	429	469	497	532	595	649	687
• Dentistes	5 950	6 147	6 261	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 579
• Analyses	2 387	2 367	2 411	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833
• Cures thermales (forfait soins)	258	256	271	279	286	275	285	288	291	287
3. TRANSPORT DE MALADES	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 637
4. MÉDICAMENTS	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 645	30 279
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 426	8 010
• Optique	2 540	2 593	2 606	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106
• Prothèses, orthèses, VHP*	776	789	736	761	814	890	981	1 071	1 144	1 236
• Petits matériels et pansements	405	542	751	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 668
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 680	2 798
• Prévention individuelle primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 242	2 339
• Prévention individuelle secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	438	458
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	100 006	102 467	104 301	108 105	112 080	117 437	124 132	132 059	140 481	147 619

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995-2004

Indices de valeur : base 100 année précédente

	1995-2000	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,0	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	105,7	104,8
• Publics	102,8	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	105,6	104,7
• Privés	99,5	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	106,0	105,1
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	99,0	102,8	103,3	90,4	97,1	102,0	104,3	106,3	107,5	106,3
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	100,5	102,3	98,5	104,6	97,6	99,6	100,0	105,5	103,2	102,8
• Pour mémoire : soins aux personnes âgées en établissements	105,2	104,9	104,0	104,8	104,8	107,8	105,6	110,3	109,2	110,3
- publiques	104,3	104,0	103,3	103,5	104,1	106,9	104,3	109,0	105,1	107,7
- privées	109,8	110,2	107,7	111,5	108,3	111,7	111,6	115,9	124,8	119,0
2. SOINS AMBULATOIRES	103,1	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4
• Médecins	103,2	101,5	102,3	103,7	103,7	104,8	103,6	106,8	106,7	103,0
• Auxiliaires médicaux	104,0	103,2	99,2	104,6	106,7	106,4	106,0	109,6	108,0	106,9
- infirmiers	103,8	102,5	99,9	103,8	106,6	106,3	102,8	109,4	110,1	107,6
- masseurs kinésithérapeutes	103,9	103,4	97,9	105,6	106,3	106,5	109,8	109,5	105,4	106,4
- autres	105,8	107,2	102,1	104,5	109,3	106,2	106,9	111,9	109,1	105,7
• Dentistes	102,3	103,3	101,9	102,4	100,7	103,2	109,1	105,7	107,1	104,1
• Analyses	103,2	99,2	101,9	105,2	104,8	105,1	107,0	110,2	109,1	106,7
• Cures thermales (forfait soins)	101,3	99,2	105,8	102,8	102,5	96,3	103,5	101,1	101,0	98,6
3. TRANSPORT DE MALADES	105,0	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	107,9
4. MÉDICAMENTS	105,1	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,4	105,7
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	109,0	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9
• Optique	105,0	102,1	100,5	103,5	105,2	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3
• Prothèses, orthèses, VHP*	102,8	101,7	93,2	103,4	107,0	109,3	110,2	109,2	106,8	108,1
• Petits matériels et pansements	131,4	133,9	138,5	134,4	139,1	113,1	117,8	113,3	112,4	112,0
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	103,3	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	103,2	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	106,7	104,4
• Prévention individuelle primaire	102,7	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,7	104,4
• Prévention individuelle secondaire	106,3	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	112,4	104,6
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	103,3	102,5	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2004

Indices des prix : base 100 année précédente

	1995-2000	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,5	101,8	100,9	101,1	101,4	102,2	102,5	104,3	104,4	103,6
- publics	101,6	101,7	100,8	101,2	101,9	102,7	102,6	104,6	104,6	103,7
- privés	100,8	102,1	101,2	100,7	99,6	100,5	101,9	103,2	103,5	103,0
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	100,9	102,7	101,5	100,6	99,2	100,7	103,3	103,9	105,2	104,2
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	100,6	101,0	100,5	100,9	100,4	100,3	99,3	101,8	100,2	100,7
2. SOINS AMBULATOIRES	100,6	101,0	100,7	100,6	100,5	100,4	99,0	102,9	103,5	100,8
• Médecins	100,8	101,1	100,5	101,0	100,6	100,6	100,6	106,2	105,4	101,1
• Auxiliaires médicaux	100,8	101,0	101,0	100,5	101,5	100,2	99,2	104,5	103,1	101,2
• Dentistes	100,5	101,0	100,9	99,9	99,7	101,2	95,6	95,4	100,9	100,3
• Analyses	99,6	100,2	100,1	100,0	99,2	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0
• Cures thermales (forfait soins)	100,7	100,8	100,7	100,8	101,0	100,2	99,6	103,0	102,5	101,5
3. TRANSPORT DE MALADES	101,8	101,6	102,3	100,8	102,9	101,6	103,3	102,1	101,9	100,5
4. MÉDICAMENTS	100,0	100,7	100,1	100,0	99,8	99,6	98,9	98,9	99,6	98,8
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,7	101,7	100,1	100,7	100,5	100,7	101,1	101,1	101,5	101,5
• Optique	100,9	102,1	99,7	100,9	101,5	100,5	101,1	101,4	102,5	102,2
• Prothèses, orthèses, VHP*	100,5	100,7	100,7	100,4	100,0	100,8	100,9	100,7	100,3	100,8
• Petits matériels et pansements	100,7	101,1	100,8	100,5	100,2	101,1	101,0	100,9	100,5	100,9
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	100,9	101,4	100,7	100,7	100,8	101,1	100,7	102,5	102,9	101,6

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2004

Indices de volume : base 100 année précédente

	1995-2000	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,6	101,0	100,2	101,0	100,1	100,5	101,5	101,6	101,3	101,2
- publics	101,2	101,2	100,2	103,2	100,8	100,4	101,7	101,3	100,9	101,0
- privés	98,7	100,5	100,5	94,4	97,7	100,6	100,9	102,7	102,5	102,1
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	98,1	100,1	101,8	89,8	97,9	101,3	100,9	102,3	102,2	102,1
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	99,9	101,3	98,0	103,7	97,2	99,3	100,7	103,6	103,0	102,0
2. SOINS AMBULATOIRES	102,5	101,0	100,9	103,1	103,2	104,3	106,7	104,4	103,6	103,5
• Médecins	102,4	100,4	101,7	102,6	103,1	104,1	103,0	100,6	101,3	101,9
• Auxiliaires médicaux	103,1	102,2	98,3	104,1	105,1	106,2	106,8	104,9	104,8	105,6
• Dentistes	101,8	102,3	100,9	102,6	101,0	102,0	114,1	110,9	106,1	103,8
• Analyses	103,7	99,0	101,8	105,2	105,6	106,9	108,7	107,9	107,5	106,7
• Cures thermales (forfait soins)	100,6	98,4	105,1	102,0	101,5	96,1	104,0	98,2	98,5	97,1
3. TRANSPORT DE MALADES	103,1	97,7	98,4	108,2	105,2	106,6	106,1	107,0	106,2	107,3
4. MÉDICAMENTS	105,0	100,8	103,2	106,0	107,0	108,3	109,1	106,8	106,9	107,0
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	108,2	103,7	104,2	108,3	112,7	112,2	111,5	106,5	105,5	106,2
• Optique	104,0	100,0	100,8	102,5	103,7	113,5	109,6	102,9	101,7	103,0
• Prothèses, orthèses, VHP*	102,2	101,0	92,6	103,0	107,0	108,4	109,2	108,4	106,4	107,3
• Petits matériels et pansements	130,5	132,4	137,4	133,7	138,8	111,9	116,6	112,3	111,9	111,0
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	102,3	101,1	101,1	102,9	102,9	103,7	105,0	103,8	103,4	103,4

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2004

En millions d'euros 2000

	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS									
• Publics	51 692	51 818	52 370	52 427	52 668	53 451	54 324	55 022	55 694
	38 963	39 024	40 290	40 630	40 802	41 482	42 027	42 418	42 827
• Privés	12 729	12 794	12 080	11 797	11 866	11 969	12 297	12 604	12 867
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	8 430	8 581	7 710	7 549	7 648	7 720	7 895	8 071	8 241
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	4 299	4 213	4 370	4 248	4 218	4 249	4 402	4 533	4 626
2. SOINS AMBULATOIRES									
• Médecins	27 886	28 140	29 015	29 950	31 223	33 307	34 790	36 081	37 361
	13 544	13 781	14 146	14 587	15 191	15 649	15 739	15 936	16 231
• Auxiliaires médicaux	5 517	5 420	5 641	5 927	6 294	6 723	7 052	7 388	7 804
• Dentistes	6 252	6 311	6 472	6 536	6 688	7 611	8 440	8 957	9 299
• Analyses	2 310	2 351	2 474	2 614	2 795	3 038	3 278	3 524	3 759
• Cures thermales (forfait soins)	263	277	282	286	275	286	281	276	268
3. TRANSPORT DE MALADES									
	1 579	1 553	1 681	1 768	1 886	2 001	2 141	2 275	2 442
4. MÉDICAMENTS									
	18 646	19 244	20 400	21 820	23 631	25 780	27 535	29 423	31 474
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX									
• Optique	4 022	4 192	4 540	5 091	5 714	6 369	6 781	7 158	7 608
	2 661	2 683	2 751	2 851	3 236	3 546	3 648	3 710	3 822
• Prothèses, orthèses, VHP*	805	745	767	821	890	972	1 054	1 122	1 204
• Petits matériels et pansements	556	764	1 022	1 419	1 588	1 851	2 079	2 326	2 582
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)									
	103 825	104 947	108 006	111 056	115 122	120 908	125 571	129 959	134 579

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2004

Indices de volume: base 100 en 2000

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS									
• Publics	98,1	98,4	99,4	99,5	100,0	101,5	103,1	104,5	105,7
• Privés	95,5	95,6	98,7	99,6	100,0	101,7	103,0	104,0	105,0
dont frais de séjour et dépenses forfaitaires	107,3	107,8	101,8	99,4	100,0	100,9	103,6	106,2	108,4
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	110,2	112,2	100,8	98,7	100,0	100,9	103,2	105,5	107,8
101,9		99,9	103,6	100,7	100,0	100,7	104,4	107,5	109,7
2. SOINS AMBULATOIRES	89,3	90,1	92,9	95,9	100,0	106,7	111,4	115,6	119,7
• Médecins	89,2	90,7	93,1	96,0	100,0	103,0	103,6	104,9	106,8
• Auxiliaires médicaux	87,7	86,1	89,6	94,2	100,0	106,8	112,0	117,4	124,0
• Dentistes	93,8	94,6	97,1	98,0	100,0	114,1	126,6	134,3	139,5
• Analyses	82,6	84,1	88,5	93,5	100,0	108,7	117,3	126,1	134,5
• Cures thermales (forfait soins)	95,6	100,7	102,5	104,0	100,0	104,0	102,2	100,4	97,5
3. TRANSPORT DE MALADES	83,7	82,3	89,1	93,7	100,0	106,1	113,5	120,6	129,5
4. MÉDICAMENTS	78,9	81,4	86,3	92,3	100,0	109,1	116,5	124,5	133,2
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	70,4	73,4	79,5	89,1	100,0	111,5	118,7	125,3	133,1
• Optique	82,2	82,9	85,0	88,1	100,0	109,6	112,7	114,6	118,1
• Prothèses, orthèses, VHP*	90,4	83,7	86,2	92,2	100,0	109,2	118,4	126,1	135,3
• Petits matériels et pansements	35,0	48,1	64,4	89,4	100,0	116,6	130,9	146,5	162,6
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	90,2	91,2	93,8	96,5	100,0	105,0	109,1	112,9	116,9

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995-2004

En millions d'euros

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
• Soins aux particuliers	75 857	77 753	78 754	80 937	82 871	85 777	89 792	95 689	101 730	106 533
- soins hospitaliers	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 323	64 279
publics	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 612	49 862
privés	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 711	14 417
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	4 117	4 211	4 148	4 340	4 236	4 218	4 220	4 451	4 593	4 720
- soins ambulatoires	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 617
- transports de malades	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 637
• Médicaments	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 645	30 279
• Autres biens médicaux	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 426	8 010
12. SOINS AUX PERSONNES AGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	2 270	2 381	2 476	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 732	4 118
13. AIDE AUX MALADES (indemnités journalières)	6 651	6 694	6 649	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 311	10 360
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	1 465	1 415	1 481	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 871	1 873
1. SOUS-TOTAL - DÉPENSES POUR LES MALADES	108 418	110 908	112 814	117 128	121 656	127 828	135 237	144 300	153 715	161 173
21 - Prévention individuelle	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 680	2 798
- Prévention primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 242	2 339
- Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	438	458
22 - Prévention collective	1 482	1 511	1 557	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 367	2 171
2. SOUS-TOTAL - DÉPENSES DE PRÉVENTION	3 456	3 560	3 650	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	5 047	4 969
31 . DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	4 092	4 125	4 121	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 436	6 667
32 . DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	994	1 014
3. SOUS-TOTAL DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	4 779	4 826	4 845	5 000	5 765	6 239	6 599	7 170	7 430	7 681
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	9 616	9 922	10 152	10 435	10 912	11 372	11 736	12 108	12 734	13 075
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-1 967	-1 982	-1 975	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 282	-3 440
TOTAL GÉNÉRAL - DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	124 301	127 234	129 487	134 316	139 791	146 893	155 025	165 214	175 644	183 458

■ DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995-2004

Indices de valeur : base 100 année précédente

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1
• Soins aux particuliers	102,5	101,3	102,8	102,4	103,5	104,7	106,6	106,3	104,7
- soins hospitaliers	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	105,7	104,8
publics	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	105,6	104,7
privés	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	106,0	105,1
dont honoraires médecins, analyses, prothèses, pharmacie	102,3	98,5	104,6	97,6	99,6	100,0	105,5	103,2	102,8
- soins ambulatoires	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4
- transports de malades	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	107,9
• Médicaments	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,4	105,7
• Autres biens médicaux	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9
12. SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	104,9	104,0	104,8	104,8	107,8	105,6	110,3	109,2	110,3
13. AIDE AUX MALADES (indemnités journalières)	100,7	99,3	106,3	106,0	109,0	107,4	109,7	107,2	100,5
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	96,6	104,6	104,2	104,8	99,8	102,2	104,3	108,9	100,1
1. SOUS-TOTAL - DÉPENSES POUR LES MALADES	102,3	101,7	103,8	103,9	105,1	105,8	106,7	106,5	104,9
21 - Prévention individuelle	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	106,7	104,4
- Prévention primaire	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,7	104,4
- Prévention secondaire	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	112,4	104,6
22 - Prévention collective	102,0	103,0	104,5	104,0	105,1	102,5	122,5	106,0	91,7
2. SOUS-TOTAL - DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,0	102,5	104,3	103,5	104,0	103,2	112,3	106,4	98,4
31. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	100,8	99,9	103,0	117,3	108,9	106,3	108,9	102,6	103,6
32. DÉPENSES DE FORMATION	102,1	103,3	104,0	104,0	104,3	102,5	106,7	111,1	102,0
3. SOUS-TOTAL DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	101,0	100,4	103,2	115,3	108,2	105,8	108,6	103,6	103,4
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	103,2	102,3	102,8	104,6	104,2	103,2	103,2	105,2	102,7
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	100,8	99,6	103,9	120,9	106,5	105,0	112,1	105,6	104,8
TOTAL GÉNÉRAL - DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	102,4	101,8	103,7	104,1	105,1	105,5	106,6	106,3	104,4

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2002

En millions d'euros

Financements	Prestations de Sécurité sociale	État, col-lectivités locales et CMU	Transferts et subvent. de Séc. sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assu-rances	Institution de pré-voyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Mutuelles	Autres					
Dépenses												
Hôpitaux sous dotation globale	42 621	629						564	296	290	695	45 095
Hôpitaux privés	10 912	149						684	234	267	684	12 929
Sous-total : soins hospitaliers	53 533	778						1 248	530	557	1 379	58 024
- Médecins	11 713	269						1 757	716	642	1 779	16 877
- Auxiliaires	5 950	64						518	174	89	747	7 542
- Dentistes	2 559	154						1 373	644	689	2 275	7 694
Laboratoires d'analyses	2 492	56						420	181	112	33	3 294
Sous-total : soins ambulatoires	22 714	543						4 069	1 715	1 532	4 833	35 407
Transport de malades	2 146	12						41	11	5	43	2 258
Total : prestataires de soins	78 392	1 334						5 358	2 257	2 094	6 255	95 689
Officines pharmaceutiques	18 007	414						3 135	986	738	3 646	26 928
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP*, petits matériels et pansements)	2 711	59						975	374	542	2 270	6 931
Total : biens médicaux	20 718	473						4 110	1 360	1 281	5 916	33 859
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	99 110	1 807						9 468	3 617	3 374	12 171	129 548
Soins aux personnes âgées en établissements	3 417											3 417
Aide aux malades (indemnités journalières)	9 617											9 617
Aide indirecte (subventions)			1 719									1 719
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	112 144	1 807	1 719					9 468	3 617	3 374	12 171	144 300
Prévention individuelle	384				1 034		1 093					2 511
Prévention collective				371	1 829		33					2 233
TOTAL : PRÉVENTION	384			371	2 863		1 126					4 744
RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE					3 049		3 226					6 275
FORMATION				11	790		50				44	894
COUT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 891	987	2 611	1 619					12 108
DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE							-3 108					-3 108
TOTAL : DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	112 528	1 807	1 719	7 273	7 689	2 611	2 913	9 468	3 617	3 374	12 215	165 214

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2003

En millions d'euros

Financements	Prestations de Sécurité sociale	État, col-lectivités locales et CMU	Transferts et subvent. de Séc. sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assu-rances	Institution de pré-voynage	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Mutuelles	Autres					
Dépenses												
Hôpitaux sous dotation globale	45 120	625						573	310	296	689	47 612
Hôpitaux privés	11 578	164						694	245	273	757	13 711
Sous-total : soins hospitaliers	56 698	790						1 266	555	569	1 445	61 323
- Médecins	12 499	284						1 777	790	684	1 965	17 999
- Auxiliaires	6 469	75						559	190	88	750	8 131
- Dentistes	2 740	178						1 476	743	692	2 411	8 240
Laboratoires d'analyses	2 719	63						455	205	119	31	3 593
Sous-total : soins ambulatoires	24 427	599						4 266	1 928	1 584	5 158	37 963
Transports de malades	2 319	16						43	12	6	47	2 443
Total : prestataires de soins	83 444	1 405						5 575	2 496	2 159	6 651	101 730
Officines pharmaceutiques	19 190	434						3 360	994	798	3 870	28 645
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP*, petits matériels et pansements)	3 010	63						1 055	460	612	2 226	7 426
Total : biens médicaux	22 200	497						4 415	1 453	1 411	6 096	36 071
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	105 644	1 901						9 990	3 949	3 570	12 747	137 801
Soins aux personnes âgées en établissements	3 732											3 732
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 311											10 311
Aide indirecte (subventions)			1 871									1 871
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	119 687	1 901	1 871					9 990	3 949	3 570	12 747	153 715
Prévention individuelle	387			1 153			1 139					2 680
Prévention collective				419	1 914		34					2 367
TOTAL : PRÉVENTION	387			419	3 068		1 173					5 047
RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE					3 016		3 420					6 436
FORMATION				12	877		55				49	994
COUT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 312	1 002	2 755	1 665					12 734
DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE							-3 282					-3 282
TOTAL : DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	120 074	1 901	1 871	7 744	7 963	2 755	3 031	9 990	3 949	3 570	12 796	175 644

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2004

En millions d'euros

Financements	Prestations de Sécurité sociale	État, collectivités locales et CMU	Transferts et subvent. de Séc. sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Mutuelles	Autres					
Dépenses												
Hôpitaux sous dotation globale	47 319	610						579	349	296	709	49 862
Hôpitaux privés	12 147	163						701	276	272	857	14 417
Sous-total : soins hospitaliers	59 466	773						1 280	625	568	1 566	64 279
- Médecins	12 877	291						1 797	847	715	2 004	18 531
- Auxiliaires	6 791	68						601	230	102	882	8 674
- Dentistes	2 832	194						1 582	815	727	2 430	8 579
Laboratoires d'analyses	2 902	69						482	225	128	27	3 833
Sous-total : soins ambulatoires	25 401	621						4 462	2 117	1 671	5 344	39 617
Transports de malades	2 475	18						45	22	8	69	2 637
Total : prestataires de soins	87 342	1 413						5 788	2 764	2 247	6 979	106 533
Officines pharmaceutiques	20 408	428						3 593	1 101	838	3 911	30 279
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP*, petits matériels et pansements)	3 339	67						1 139	550	672	2 243	8 010
Total : biens médicaux	23 747	495						4 731	1 651	1 511	6 154	38 289
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	111 088	1 908						10 519	4 415	3 758	13 133	144 822
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118											4 118
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 360											10 360
Aide indirecte (subventions)			1 873									1 873
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	125 567	1 908	1 873					10 519	4 415	3 758	13 133	161 173
Prévention individuelle	377			1 233			1 188					2 798
Prévention collective				464	1 674		34					2 171
TOTAL : PRÉVENTION	377			464	2 907		1 221					4 969
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique				0	3 086		3 581					6 667
FORMATION				13	895		56				50	1 014
COUT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 495	1 010	2 864	1 705					13 075
DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE							-3 440					-3 440
TOTAL : DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	125 944	1 908	1 873	7 972	7 897	2 864	3 125	10 519	4 415	3 758	13 183	183 458

* Véhicules pour handicapés physiques.