



Comptes nationaux de la santé 2006 ■

Annie FENINA et Yves GEFFROY

sommaire

Liste des tableaux du Compte de la santé 2006	5
Introduction	PRÉSENTATION DES COMPTES DE LA SANTÉ
	I. Vue d'ensemble
	II. Les agrégats des Comptes de la santé
	III. Évaluation et révision des Comptes de la santé
Première partie	LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM) ...
	I. La consommation de soins hospitaliers.
	<i>I.1. La consommation de soins.</i>
	<i>I.2. L'activité hospitalière.</i>
	II. La consommation de soins ambulatoires
	<i>II.1. Les soins de médecins</i>
	<i>II.2. Les soins de chirurgiens-dentistes</i>
	<i>II.3. Les prescriptions</i>
	III. Les transports sanitaires
	IV. Les médicaments
	V. Les autres biens médicaux consommés en ambulatoire
	LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ
	I. Les soins de longue durée aux personnes âgées
	en établissements
	II. Les aides aux malades : les indemnités journalières
	III. Les subventions au système de soins
	IV. La consommation de services de prévention
	<i>IV.1. La prévention individuelle.</i>
	<i>IV.2. La prévention collective</i>
	<i>IV.3. La prévention en 2006</i>
	<i>IV.4. La consommation médicale totale</i>
	V. La recherche médicale et pharmaceutique
	VI. Les dépenses de formation
	VII. Le coût de gestion de la santé
	VIII. La dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE
Deuxième partie	LE FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DE SOINS
	ET DE BIENS MÉDICAUX
	I. Structure de financement de la consommation de soins
	et de biens médicaux
	II. Structure de financement des soins hospitaliers
	III. Structure de financement des soins ambulatoires
	IV. Structure de financement des médicaments (en officine)

TABLEAUX DÉTAILLÉS 1995-2006 69
I. Consommation médicale totale 70
II. Consommation des soins et de biens médicaux 72
III. Dépenses courantes de santé 74
IV. Dépenses de santé par type de financeur 76

liste des tableaux

LISTE DES ILLUSTRATIONS DU COMPTE DE LA SANTÉ 2006

Tableau 01	• Consommation de soins et de biens médicaux	17
Tableau 02	• Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé.....	18
Tableau 03	• Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur	18
Tableau 04	• Contributions à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur.....	19
Tableau 05	• Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume	20
Tableau 06	• Consommation de soins et de biens médicaux : évolution des prix	20
Tableau 07	• Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public.....	22
Tableau 08	• Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé.....	24
Tableau 09	• Évolution des effectifs médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé	24
Tableau 10	• Évolution de l'activité en nombre de séjours	25
Tableau 11	• Évolution du nombre de journées par spécialité	26
Tableau 12	• Évolution des soins ambulatoires.....	27
Tableau 13	• Évolution de la consommation de soins de médecins	28
Tableau 14	• Effectifs de médecins par mode conventionnel	30
Tableau 15	• Honoraires moyens des médecins APE	30
Tableau 16	• Dépassements par médecin APE	31
Tableau 17	• Évolution de la consommation de soins dentaires	31
Tableau 18	• Honoraires moyens des chirurgiens-dentistes APE	31
Tableau 19	• Part des dépassements dans les honoraires dentaires	32
Tableau 20	• Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux	32
Tableau 21	• Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux	33
Tableau 22	• Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux	33
Tableau 23	• Évolution de la consommation d'analyses de laboratoires	35
Tableau 24	• Évolution du nombre de laboratoires	35
Tableau 25	• Évolution de la consommation de cures thermales.....	35
Tableau 26	• Évolution de la consommation de transports de malades.....	36
Tableau 27	• Évolution de la consommation de médicaments	38
Tableau 28	• Indice des prix des spécialités pharmaceutiques	38
Tableau 29	• Évolution de la consommation des autres biens médicaux	41

Tableau 30	•	Dépense courante de santé	45
Tableau 31	•	Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure	46
Tableau 32	•	Soins de longue durée aux personnes âgées	48
Tableau 33	•	Consommation de services de prévention	53
Tableau 34	•	Consommation médicale totale.....	53
Tableau 35	•	Recherche médicale et pharmaceutique	55
Tableau 36	•	Coût de gestion de la santé	57
Tableau 37	•	Part de la dépense nationale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE.....	59
Graphique 1	•	Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2005	60
Tableau 38	•	Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux.....	64
Graphique 2	•	Évolution du reste à charge des ménages pour les trois principaux postes de la CSBM	65
Tableau 39	•	Structure de financement des soins hospitaliers.....	66
Tableau 40	•	Structure de financement des soins ambulatoires	67
Tableau 41	•	Structure de financement des médicaments en officine	68

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. Ils sont présentés dans la « base 2000 » de la Comptabilité nationale qui s'est substituée en 2004 à la précédente « base 95¹ » .

Cette introduction s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2006. Une deuxième partie rappelle la définition des principaux agrégats des Comptes de la santé. La troisième partie précise enfin les principes suivis pour l'estimation des dépenses de santé en 2006 et pour la révision des données relatives aux exercices antérieurs.

1. Pour une présentation des changements méthodologiques apportés par la « base 2000 », cf. Fenina A., Geffroy Y., « Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé », *Document de travail - Série Statistiques*, n° 99, Drees, juillet 2006.

I • Vue d'ensemble

En 2006, l'agrégat le plus large des Comptes de la santé, la dépense courante de santé, atteint 198,3 milliards d'euros, soit 11,07 % du produit intérieur brut (PIB). Ce ratio est légèrement inférieur au niveau atteint en 2005 (11,16 %). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), autre agrégat significatif représentant les dépenses afférentes aux soins reçus et aux biens médicaux consommés par les malades, s'élève à 156,6 milliards d'euros, soit 8,74 % du PIB (8,80 % en 2005). La dépense totale de santé, agrégat utilisé par l'OCDE pour mener des comparaisons internationales, représente pour la France 11,1 % du PIB en 2005 (dernière année connue pour la majorité des pays membres), contre 11,0 % en 2004. La France se situerait ainsi au troisième rang des pays membres de l'OCDE pour le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale, après les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,6 %) et à un niveau proche de l'Allemagne (10,7 %).

La consommation de soins et de biens médicaux a donc progressé en valeur un peu moins rapidement que le PIB en 2006 (+3,5 % contre +4,3 %), ce qui n'était pas arrivé depuis 1998. On assiste ainsi au resserrement d'un écart de croissance entre dépenses de santé et PIB, qui s'était nettement ouvert depuis 2001, atteignant plus de trois points en 2002 et 2003, et avait commencé à se réduire à partir de 2004.

Le taux de croissance en valeur des dépenses de santé observé en 2006 (+3,5 %) est le plus faible enregistré depuis 1997. Cela tient à titre principal à une moindre progression des prix de la santé (+1,5 % en 2005, +0,8 % en 2006), et secondairement à un ralentissement simultané des volumes (+2,9 % en 2005, +2,7 % en 2006). S'agissant des prix, le ralentissement est essentiellement dû à la forte baisse des prix des médicaments (-3,7 %), en conséquence de la nouvelle progression de la part des génériques sur le marché du médicament, et de baisse de prix concernant un certain nombre de spécialités. Le ralentissement des prix dans les cliniques privées (+2,7 % en 2005 et +1,0 % en 2006), lié à une baisse des tarifs des séjours intervenue en cours d'année, a également contribué au ralentissement d'ensemble. À l'inverse, les prix des actes de médecine ambulatoire ont progressé plus vivement en conséquence, notamment, de diverses revalorisations et de l'introduction de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

En ce qui concerne les volumes, c'est l'hôpital (+1,0 % en 2006, +1,7 % en 2005) qui contribue le plus au ralentissement

d'ensemble, tandis que la croissance de la consommation de médicaments est stabilisée par rapport à 2005 mais à un haut niveau (+5,4 % après +5,5 % en 2005), et que la consommation de soins en ambulatoire connaît une légère accélération (+2,1 % après +1,7 % en 2005). Cette répartition inégale du ralentissement entre prix et volumes, notamment dans le cas des médicaments, laisse penser que l'inflexion du rythme de progression des dépenses de santé observé depuis 2004 ne s'est pas encore traduite par des changements structurels de la demande de soins ou des prescriptions. Son caractère durable ne peut donc encore être assuré, et de fait les évolutions dynamiques observées des statistiques mensuelles des dépenses d'assurance-maladie depuis la mi-2006 ajoutent à ces doutes.

L'année 2006 a également été marquée par une diminution des indemnités journalières (-0,6 % en valeur), qui ne sont pas incluses dans la CSBM mais font partie de la dépense courante de santé. Cette diminution, concentrée sur les indemnités journalières maladie, fait suite au fort ralentissement observé en 2005 (-1,1 %) et confirme le net retournement de tendance initié en 2004 après plusieurs années de forte hausse. On peut voir dans cette évolution l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Une autre explication peut se trouver dans la possibilité, depuis le 1^{er} janvier 2004, de départ en retraite anticipée pour carrière longue, instituée par la réforme des retraites. Selon une évaluation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, ces départs en retraite ont concerné au total 370 000 personnes entre 2004 et 2006, et ont donc entraîné une contraction de la population active âgée, plus exposée à des problèmes de santé nécessitant des arrêts de travail de longue durée. Cependant, le dynamisme des créations d'emploi en 2006 – l'emploi total étant supérieur à fin décembre 2006 de 230 000 personnes à son niveau de fin 2005 –, porte en germe une reprise à la hausse des indemnités journalières de maladie, dont les premiers signes s'observaient en deuxième partie de l'année.

L'année 2005 avait été marquée par une inflexion dans l'évolution du financement des dépenses de santé de la CSBM. En effet, la part des dépenses restant à la charge des ménages, qui est sur le moyen terme orientée à la baisse (9,6 % en 1995, 8,3 % en 2004), était passée de 8,3 % à 8,5 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. En 2006, ce ratio progresse à nouveau mais de façon nettement atténuée (+0,08 point à 8,6 %), tout en restant à un niveau inférieur à celui de 2002 (8,8 %). Ceci laisse penser que le mouvement tendanciel de baisse du reste à charge des ménages sur leurs dépenses de santé, qui tient à la progression de la part de la population qui dispose d'une couverture complémentaire maladie et à l'augmentation du nombre des prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée, n'est pas remis en cause. Les variations entre 2005 et 2006 de la part des autres financeurs de la consommation de soins et de biens médicaux sont de faible ampleur : légère baisse de la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé (77,0 % en 2006), principalement sous l'effet de la baisse des remboursements des soins reçus hors du parcours de soins ; la croissance des dépenses de CMU complémentaire entraîne une très légère hausse de la part de l'État (+0,03 point), qui reste cependant très minoritaire (1,4 %) ; légère hausse de la part des organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie (+0,05 point, à 13,1 %).

II • Les agrégats des Comptes de la santé

Les Comptes de la santé comprennent plusieurs agrégats, qui sont examinés successivement au cours de ce rapport.

● La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM est l'agrégat central des Comptes de la santé. Elle regroupe les consommations de soins hospitaliers publics et privés y compris les honoraires des médecins spécialistes libéraux pour les actes qu'ils accomplissent en hospitalisation privée complète, de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins pratiqués en dispensaire...), de transports de malades, de médicaments et autres biens médicaux [optique, prothèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), petits matériels et pansements].

La CSBM représente donc la valeur totale des soins, 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 de santé individuels. La valeur de la CSBM est égale aux dépenses d'origine publique ou privée qui en assurent le financement.

La présentation des différentes fonctions de soins composant la CSBM s'accompagne de l'analyse de leur production (intégrée aux Comptes de la nation) et de la structure de leur financement (soit la part respective de la Sécurité sociale, de l'État, des organismes complémentaires et des ménages).

● Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention individuelles peuvent être primaires (éviter les maladies) ou secondaires (dépistage). Ces dépenses sont dites « individualisables » parce qu'elles peuvent être rattachées à des individus.

Il n'en est pas de même des dépenses de prévention collective, qu'elles soient menées en direction des comportements ou qu'elles aient une visée environnementale.

● La Consommation médicale totale (CMT)

Elle regroupe la CSBM et les dépenses de prévention individualisables.

● Les autres dépenses pour les malades

Il s'agit des soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, des indemnités journalières maladies, accidents du travail et maternité, et des subventions au système de soins.

Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement concernent les personnes âgées hospitalisées en services de soins de longue durée et des personnes qui sont placées en EHPA ou EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non). Dans la base 2000 des Comptes nationaux, les soins de long séjour aux personnes âgées en établissement quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur d'action sociale. Ces dépenses, désormais exclues de la CSBM, restent toutefois incluses dans la dépense courante de santé des comptes afin, outre leur nature sanitaire, de conserver un concept proche de celui utilisé pour les comparaisons internationales (la dépense totale de santé).

● Les dépenses en faveur du système de soins

Elles comprennent d'abord les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique et les dépenses de formation des personnels de santé.

Les coûts de gestion de la santé représentent l'ensemble des coûts du ministère chargé de la santé, ceux des organismes de base de la Sécurité sociale, des organismes complémentaires qui interviennent dans le domaine de la santé, ainsi que ceux des institutions privées sans but lucratif (ISBLSM).

La prise en compte des dépenses de recherche pharmaceutique induit un double compte avec le poste médicament de la CSBM dans la mesure où les dépenses de recherche sont financées par le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Elles sont incorporées au prix des médicaments et donc au montant de la consommation de médicaments. Une ligne double compte, dans le calcul de la dépense courante de santé, vient éliminer cet effet.

● La dépense courante de santé

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les autres agrégats et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les autres dépenses pour les malades, les dépenses de prévention (qu'elles soient individuelles ou collectives), et les dépenses en faveur du système de soins.

● La dépense totale de santé

Depuis 2006, la transmission des données à l'OCDE se fait grâce à un questionnaire commun avec Eurostat et l'OMS. À cette occasion, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépenses totales de santé/PIB ». La dépense totale est définie comme la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention, du coût de la formation et de la recherche médicales et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés ainsi que des dépenses de santé liées à la dépendance et au handicap.

III • 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 2007, on estime un compte provisoire pour 2006, un compte semi-définitif pour 2005 et on arrête un compte définitif pour 2004.

En 2006, les points techniques suivants méritent d'être soulignés :

- pour les mutuelles, les dernières données détaillées disponibles sont relatives à 2001. Les évolutions des années postérieures ont été estimées à partir de données émanant de l'Insee et d'informations globales fournies pour 2005 par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) ;
- l'évaluation des soins hospitaliers publics a été réalisée à partir de données de l'Insee et de données comptables fournies par la Direction générale de la comptabilité publique ;
- les données du Système national interrégimes (SNIR) fournies par la Cnamts n'étant pas disponibles pour 2006, des données moins exhaustives tirées du système « Erasme national » également produit par la Cnamts y ont été substituées ;
- l'interprétation des données des secteurs hospitaliers public et privé doit intégrer la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). En 2006, dans le secteur public, elle représente 35 % du financement des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Dans le secteur privé, depuis le 1^{er} mars 2005, elle forme l'intégralité du financement des dépenses de MCO. Ces réformes ont modifié le codage de l'activité des établissements et par suite le partage entre effets volume et effets prix des évolutions de leurs dépenses. Ceci rend délicat l'appréciation des évolutions entre 2005 et 2006 ;
- l'introduction de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) à la mi-2005 aboutit à la coexistence de cette nouvelle nomenclature avec l'ancienne Nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) basée sur

les lettres clés. D'éventuels effets de structure découlent de ces changements de nomenclature. Ceci n'est pas sans effet sur l'évolution des prix des actes des médecins entre 2005 et 2006 ;

- les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 3 juillet 2007.

Ce rapport est présenté de la manière suivante :

- une première partie fournit l'évaluation détaillée de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) 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 ». En y ajoutant la consommation de prévention individuelle on obtient la consommation médicale totale. Elle décrit également la dépense courante de santé, sa structure, son évolution et ses principales composantes ;
- une deuxième partie analyse le financement de la consommation de soins et de biens médicaux ;
- des tableaux détaillés décrivant les comptes des années 1995 à 2006 sont présentés à la fin du rapport.

Pour faciliter l'utilisation de certains concepts, les développements suivants présentent de manière simplifiée les différences entre, d'une part, les objectifs nationaux de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) et d'autre part les estimations de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de la dépense courante de santé présentes dans les Comptes de la santé.

1. L'Ondam

L'Ondam a été mis en place pour la première fois en 1997. Il 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.

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2006, l'Ondam est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville constituées de l'ensemble des remboursements d'honoraires des professionnels de santé, des dépenses de médicaments, des dispositifs médicaux et des indemnités journalières (hors maternité) ; les dépenses de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance-maladie et les aides à la télétransmission sont également prises en compte, de même que les dépenses afférentes aux exonérations de ticket modérateur des ALD 31 et 32 (maladies orphelines), ainsi que la dotation de l'assurance-maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, à l'exception des hôpitaux locaux, et la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les autres dépenses de soins en établissement de santé : activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de soins de longue durée, ainsi que d'autres dépenses spécifiques. L'Ondam englobe ainsi la dotation de l'assurance-maladie au FMESPP (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) ;
- les soins en établissements et services pour personnes âgées ;
- les soins en établissements et services pour personnes handicapées ;

- le dernier objectif concerne d'autres dépenses de soins : les soins pour les ressortissants français à l'étranger, la dotation nationale en faveur des réseaux, et les dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA (centres de soins pour toxicomanes, centres de cure en alcoologie...).

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, la CSBM exclut de son champ la part du secteur médico-social qui concerne les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement et les soins aux personnes handicapées. Si les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en institution sont cependant inclus dans la dépense courante de santé, il n'en va pas de même pour les dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées. En revanche, la CSBM prend en compte tous les risques (maladie, maternité et accidents du travail). Au contraire, l'Ondam prend en compte l'ensemble du secteur médico-social, mais ne comprend ni les indemnités journalières du risque maternité, ni les dépenses de prévention qui sont incluses dans la dépense courante de santé. Une part minoritaire mais croissante des dépenses de l'Ondam n'ont pas le caractère de prestation et ne font pas partie de la CSBM : les dotations aux fonds (FAQSV, FMESPP), la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et les aides à la télétransmission.

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

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 : 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 « dépenses de soins de ville » de l'Ondam et consommation de soins ambulatoires des Comptes de la santé, etc.

Dans ces conditions, en gardant à l'esprit les réserves énoncées ci-dessus, seules les réalisations constatées de l'Ondam en matière de santé (hors médico-social), peuvent être rapprochées de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé. Schématiquement, l'Ondam correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins procurés aux personnes âgées hébergées en institution ;

- des dépenses médico-sociales correspondant aux soins des personnes handicapées ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers...

Il faut noter qu'à l'exception des dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé des comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut également les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

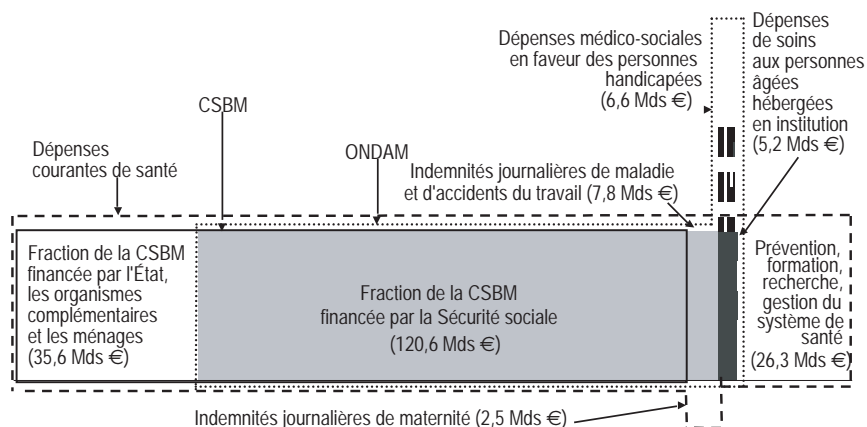
2. Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quelque soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la Tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'étendra progressivement jusqu'en 2012. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006) est complété par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), sont créées plusieurs dotations différenciées.

Les comptes, quant à eux, s'attachent avant tout à estimer la consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts, amortissements...) diminuée des ventes. Par ailleurs, la base 2000 des comptes exclut de la production de l'hôpital public les unités de long séjour et les maisons de retraite.

3. Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, dans ce document, le terme « secteur privé » désigne en quasi totalité les établissements de soins privés à but lucratif. La réforme de la tarification à l'activité leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.



première partie

LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)

La CSBM, s'élève en 2006 à 156,6 milliards d'euros, soit une progression en valeur² de +3,5 % par rapport à 2005 (tableau 01). La CSBM par habitant s'élève à 2 477 euros (croissance de +2,9 % par rapport à 2005).

La hausse de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur est inférieure à celles enregistrées en 2005 et 2004 (respectivement +4,4 % et +5,1 %).

tableau 01 ● Consommation de soins et de biens médicaux

	2004	2005	2006	Montants 2006 en millions d'euros
1 - SOINS HOSPITALIERS	4,7	5,0	3,4	69 858
• Publics	4,7	4,7	3,3	54 151
• Privés	4,7	6,0	3,7	15 707
2 - SOINS AMBULATOIRES	4,4	3,2	4,6	42 785
• Médecins	3,0	3,2	4,0	19 823
• Auxiliaires médicaux	6,5	5,2	6,8	9 457
• Dentistes	4,7	1,1	4,1	9 080
• Analyses	6,7	3,7	4,1	4 135
• Cures thermales	-0,3	0,1	0,0	290
3 - TRANSPORTS DE MALADES	8,0	7,0	9,2	3 083
4 - MÉDICAMENTS	5,7	4,2	1,5	31 942
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX EN AMBULATOIRE	7,9	5,9	4,9	8 898
• Optique	5,3	2,5	2,2	4 298
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (VHP)	7,3	12,0	5,7	1 444
• Petits matériels et pansements	12,4	8,5	8,6	3 156
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...+5)	5,1	4,4	3,5	156 565
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	4,1	3,5	4,3	1 792 000

Sources : Drees, Insee.

La consommation de soins et biens médicaux représente 8,74 % du PIB en 2006, contre 8,80 % en 2005. Sa part dans la consommation effective des ménages est à peu près stable depuis 2004 (tableau 02).

2. Sauf indication contraire, les évolutions en valeurs présentées dans ce document sont en euros courants.

tableau 02 ● Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé (en %)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Part dans le PIB de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB	8,2	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,8	8,7
Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans la consommation effective des ménages	11,4	11,4	11,5	11,8	12,0	12,1	12,2	12,1

Sources : Drees, Insee.

La structure de la consommation de soins et biens médicaux évolue lentement depuis 2000. On observe cependant une légère diminution, en 2006, de la part des soins hospitaliers, et de celle des médicaments et une augmentation de 0,3 point de la part des soins ambulatoires. La part des autres postes de consommation tels que les « autres biens médicaux », connaît une progression modeste (tableau 03).

tableau 03 ● Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur (en %)

	1995	2000	2004	2005	2006
1 - SOINS HOSPITALIERS	46,7	45,8	44,4	44,7	44,6
• Publics	36,2	35,4	34,6	34,7	34,6
• Privés	12,4	10,3	9,9	10,0	10,0
2 - SOINS AMBULATOIRES	27,3	27,1	27,4	27,0	27,3
• Médecins	13,2	13,2	12,8	12,6	12,7
• Auxiliaires médicaux	5,3	5,5	5,8	5,9	6,0
• Dentistes	6,1	5,8	6,0	5,8	5,8
• Analyses	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6
• Cures thermales	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
3 - TRANSPORTS DE MALADES	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0
4 - MÉDICAMENTS	18,8	20,5	20,8	20,8	20,4
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX EN AMBULATOIRE	3,8	5,0	5,5	5,6	5,7
• Optique	2,6	2,8	2,8	2,8	2,7
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (VPH)	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
• Petits matériels et pansements	0,4	1,4	1,8	1,9	2,0
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Drees.

■ La contribution à la croissance en valeur de chacun des postes de la consommation de soins (tableau 04, page suivante) est évaluée en pondérant leur taux de croissance par leur poids dans cet agrégat. Ce sont les soins hospitaliers (1,5 point) et les soins ambulatoires (1,2 point) qui ont, en 2006, le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux. Viennent ensuite, avec une contribution nettement inférieure, les médicaments. Ces contributions élevées sont dues à leur poids important dans la consommation. Parmi les soins hospitaliers, la contribution la plus forte reste celle de l'hôpital du secteur public (1,1 point).

tableau 04 ● Contributions à la croissance de la consommation de soins
et de biens médicaux en valeur (en %)

	2004	2005	2006
1 - SOINS HOSPITALIERS	2,1	2,2	1,5
• Publics	1,6	1,6	1,1
• Privés	0,5	0,6	0,4
2 - SOINS AMBULATOIRES	1,2	0,9	1,2
• Médecins	0,4	0,4	0,5
• Auxiliaires médicaux	0,4	0,3	0,4
• Dentistes	0,3	0,1	0,2
• Analyses	0,2	0,1	0,1
• Cures thermales	0,0	0,0	0,0
3 - TRANSPORTS DE MALADES	0,1	0,1	0,2
4 - MÉDICAMENTS	1,2	0,9	0,3
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX EN AMBULATOIRE	0,4	0,3	0,3
• 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)	5,1	4,4	3,5

Sources : Drees.

■ La croissance en volume de la consommation de soins et de biens médicaux est de +2,7 % en 2006 (tableau 05), ce qui prolonge le ralentissement observé en 2005. Elle est obtenue en divisant pour chaque poste l'évolution en valeur par l'évolution correspondante des prix (tableau 06). Ces prix sont construits pour l'essentiel à partir des indices de prix à la consommation (IPC) de l'Insee, et en reprennent donc les conventions ; les principales exceptions concernent l'hôpital public et, pour les années 2005 et 2006, les soins de médecins.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est, en 2006, de +0,8 %, en décélération par rapport à 2005 et 2004 (tableau 06). La hausse de 2006 est comparable au minimum de la période 1997-2001 pendant laquelle les augmentations annuelles étaient comprises entre +0,7 % et +1,1 %.

L'indice de prix des médicaments est, comme les années précédentes, en diminution. L'amplitude de ce tassement (-3,7 %) est toutefois nettement plus marquée que celles des années précédentes. Le plan médicament et le poids croissant des génériques jouent en effet sur le prix des spécialités pharmaceutiques (voir partie IV, page 37).

tableau 05 ● Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume (en %)

	2004	2005	2006
1 - SOINS HOSPITALIERS	1,5	2,1	1,4
• Publics	1,5	1,7	1,0
• Privés	1,6	3,2	2,6
2 - SOINS AMBULATOIRES	3,5	1,7	2,1
• Médecins	1,9	0,5	-0,5
• Auxiliaires médicaux	5,0	5,2	6,8
• Dentistes	4,4	0,1	2,3
• Analyses	6,7	3,7	4,1
• Cures thermales	-1,8	-1,9	-2,7
3 - TRANSPORTS DE MALADES	7,5	4,9	5,8
4 - MÉDICAMENTS	7,0	5,5	5,4
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX EN AMBULATOIRE	6,2	4,8	4,7
• Optique	3,0	0,8	2,0
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (VPH)	6,4	11,4	5,5
• Petits matériels et pansements	11,4	7,9	8,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	3,6	2,9	2,7
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT en volume (PIB)	2,5	1,7	2,0

Sources : Drees.

tableau 06 ● Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions des prix (en %)

	2004	2005	2006
1 - SOINS HOSPITALIERS	3,1	2,8	2,0
• Publics	3,2	2,9	2,2
• Privés	3,0	2,7	1,0
2 - SOINS AMBULATOIRES	0,9	1,5	2,5
• Médecins	1,1	2,7	4,6
• Auxiliaires médicaux	1,4	0,0	0,0
• Dentistes	0,3	1,0	1,8
• Analyses	0,0	0,0	0,0
• Cures thermales	1,5	2,0	2,7
3 - TRANSPORTS DE MALADES	0,5	1,9	3,2
4 - MÉDICAMENTS	-1,2	-1,2	-3,7
5 - AUTRES BIENS MÉDICAUX EN AMBULATOIRE	1,5	1,1	0,2
• Optique	2,2	1,7	0,2
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (VPH)	0,8	0,6	0,2
• Petits matériels et pansements	0,9	0,5	0,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	1,5	1,5	0,8
PRIX A LA CONSOMMATION	1,7	1,8	1,7

Sources : 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 repose sur leur mode de financement et non sur leur statut juridique.

On désigne par «secteur hospitalier public» l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés qui étaient pour l'essentiel financés par la dotation globale, et qui, depuis 2004, sont financés par diverses dotations versées par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation qui en est l'exacte contrepartie. Les établissements regroupés sous ce terme sont :

- les établissements publics de santé ;
- les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements à but non lucratif) ;
- 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 (également à but non lucratif).

Le «secteur privé» désigne les établissements de soins privés anciennement hors dotation globale. Depuis le 1^{er} mars 2005, ils sont financés par la tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité MCO (Court séjour : Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Ce secteur est constitué :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel. Ces établissements, d'un poids moindre, se spécialisent dans les moyens séjours (Soins de suite et de réadaptation) et longs séjours ;
- de quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Depuis le passage en «base 2000», les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés dans les Comptes nationaux 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 en établissements. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales. En application de la loi d'août 2004 réformant l'assurance-maladie, la tarification à l'activité (T2A) est entrée en vigueur à partir de mars 2005 dans le secteur privé. Dans le secteur hospitalier public elle se substitue progressivement aux financements actuels depuis 2004 (10% de l'activité MCO) et fournira, à terme (2012), une évaluation directe de la consommation de soins hospitaliers qui sera intégrée aux Comptes de la santé.

I.1 ■ LA CONSOMMATION DE SOINS

Avec 69,9 milliards d'euros en 2006, le secteur hospitalier (établissements publics et privés) représente 44,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de +3,4 % en valeur et +1,4 % en volume.

Dans le secteur public hospitalier, la consommation de soins s'élève à 54,2 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les consultations externes (1,4 milliard d'euros) qui sont comptabilisées en soins ambulatoires. La consommation croît de +3,3 % en valeur par rapport à 2005. Cette évolution marque un net fléchissement par rapport à celles enregistrées les années précédentes (tableau 07). Celui-ci 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. Il est notamment lié au ralentissement de la croissance de la masse salariale (+2,7 % en 2006, +4,3 % en 2005). Le passage aux 35 heures ne pèse quasiment plus à cet égard sur l'effet prix estimé pour 2006 (1,1 % en 2004 et 0,1 % en 2005).

En volume (+1,0 %), la croissance de la consommation dans le secteur hospitalier public est en retrait par rapport aux années antérieures.

La série en volume a été révisée à la suite d'une étude conduite en collaboration avec l'Insee³. L'approche par le coût des facteurs est conservée pour le compte provisoire 2006 et le compte semi-définitif 2005. En revanche, le volume est évalué de 1995 à 2004 par une mesure directe de l'activité hospitalière dite « méthode de l'output » (voir encadré).

tableau 07 ● Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public (en %)

	Taux d'accroissements moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	2,8	5,1	4,7	4,7	3,3
Prix*	1,7	3,8	3,2	2,9	2,2
Volume**	1,1	1,3	1,5	1,7	1,0

* Indice du coût des facteurs de production pour 2004 et 2005.

**Indice de volume de 1995 à 2000.

Sources : Drees.

Calcul d'un indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

À l'occasion du lancement des travaux sur la base 2000 de la comptabilité nationale, une réflexion a été entreprise sur la mesure d'un indice de volume concernant la production des hôpitaux du secteur public hospitalier. Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, ces établissements voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume. Avec le passage à la base 2000, et sur la recommandation d'Eurostat, l'Insee souhaite à présent que l'application de l'indice du coût des facteurs de production soit abandonnée au profit d'une méthode de mesure

3. « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2000 », Document de travail - Série Statistiques, n° 99, Drees, juillet 2006.

directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne. La nouvelle approche consiste à élaborer un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistiques annuelles des établissements (SAE) réalisée par la Drees, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. Elle est directement liée à l'activité réelle des établissements qui peut, dans certains cas, s'éloigner du coût des facteurs. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduira à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Sur la période 1997-2004, cette méthode « output » donne chaque année des résultats proches de ceux obtenus par l'ancienne méthode utilisée dans les Comptes nationaux de la santé (coût des facteurs), avec une distribution équilibrée entre écarts positifs et négatifs.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output » (en %)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Méthode output	0,58	0,46	0,80	1,31	1,11	1,49
Méthode input	0,53	0,45	0,82	1,34	0,99	1,48
Écart en output et input (en points)	0,06	0,00	-0,02	-0,04	- 0,13	0,01

La méthode « output » est utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé pour le compte définitif.

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2006 à 15,7 milliards d'euros⁴. L'évolution en valeur de la consommation de soins, +3,7 % en 2006 (tableau 08), est inférieure à celles enregistrées les années précédentes. Ce tassement, particulièrement marqué entre 2005 et 2006, est dû à une augmentation moindre des prix et des volumes.

Des retraitements des données de l'assurance-maladie ont dû être opérés dans les Comptes de la santé afin d'assurer un champ homogène au cours du temps des dépenses de consommation de soins en cliniques privées. En effet la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005 pour le secteur privé, a profondément changé à la fois le mode de fixation des prix et les délimitations du champ des dépenses comptabilisées en établissements privés par l'assurance-maladie. Celles-ci intègrent désormais dans les dépenses de court séjour les médicaments administrés et les prothèses posées à l'occasion d'une hospitalisation complète alors que, jusqu'en 2004, ils étaient intégrés aux soins de ville.

Le net fléchissement de l'évolution des prix résulte de la diminution des tarifs des cliniques en 2006 (-0,8 %) ; à l'inverse, plusieurs facteurs ont tiré les prix à la hausse : les augmentations des honoraires des médecins spécialistes (+5,0 % en 2006), de la consommation d'analyses en hospitalisation complète et du forfait journalier au 1^{er} janvier 2006 (de 10 à 11 euros pour les hospitalisations en psychiatrie, et de 14 à 15 euros dans les autres cas).

4. L'Insee, suivant une approche de la production de soins, ne comptabilise pas les honoraires des 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 comme des cliniques privées.

À terme, la T2A sera le mode de tarification déterminant de l'ensemble des établissements de santé. On disposera alors d'informations permettant d'effectuer le partage entre volume et prix sur une base qui reflétera les interactions entre tarifs (prix) et activité (volume).

tableau 08 ● Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé (en %)

	Taux d'accroissements moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	-0,5	5,0	4,7	6,0	3,7
Prix	0,8	2,9	3,0	2,7	1,0
Volume	-1,3	2,1	1,6	3,2	2,6

Sources : Drees.

1.2 ■ L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

L'activité hospitalière est connue grâce à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les activités de court séjour. Les données sur l'activité hospitalière couvrent un champ plus large que la CSBM, puisqu'elles intègrent les soins de longue durée. Par ailleurs, dans cette partie et contrairement au reste du document, les établissements sont répartis entre publics ou privés selon leur statut juridique. Ces derniers peuvent être des établissements privés non lucratifs (correspondant pour l'essentiel à des établissements privés anciennement sous dotation globale) ou privés à but lucratif.

L'activité des établissements est retracée dans les tableaux 09, 10 et 11. Les données pour l'année 2006 ne sont pas encore disponibles, mais les données sur les années antérieures permettent de retracer les évolutions tendancielles.

Le tableau 09 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 09 ● Évolution des effectifs médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé

	Évolution en %		
	2003	2004	2005
Effectifs médicaux*	0,9	1,8	1,9
Effectifs non médicaux**	2,7	2,4	1,4

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

** Effectifs en équivalent temps plein (ETP).

Sources : Drees, SAE données statistiques.

En 2005, l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine⁵, mesurée par le nombre de séjours (tableau 10), s'est accrue de +3,2 %. Cette hausse s'explique essentiellement par celle de l'hospitalisation partielle (+6,4 %) : cette progression s'inscrit dans une tendance observée depuis plusieurs années, et concerne surtout la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO, +11,3 %) et les soins de suite et réadaptation (+8,8 %). L'hospitalisation complète reste quant à elle stable (-0,1 %, et -0,2 % en MCO).

La médecine, chirurgie, obstétrique représente la plus grande partie de l'activité des établissements de santé : 5 venues sur 10 en hospitalisation partielle et 9 entrées sur 10 en hospitalisa-

5. Arnault S. Fizzala A., Leroux I. Lombardo Ph., 2006, «L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle», *Études et Résultats*, n° 546, Drees, décembre.

tion complète. L'hospitalisation partielle poursuit sa croissance soutenue (+11,3 %), notamment en chirurgie ambulatoire (+12,3 %). Les établissements privés à but lucratif sont très spécialisés dans ce mode de prise en charge, puisqu'ils regroupent 47 % des venues en hospitalisation partielle contre seulement 31 % des entrées en hospitalisation complète. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète continue de diminuer (moins de 6 jours), quels que soient la discipline et le statut de l'établissement.

En psychiatrie, l'activité mesurée en nombre de journées (tableau 11), enregistre une baisse de -0,1 %. Ce retrait est surtout marqué dans les établissements privés à but non lucratif (-6,2 %).

L'activité des établissements de santé en soins de suite et de réadaptation (SSR) continue de croître, quel que soit le mode d'hospitalisation: +2,0 % pour les entrées et +8,8 % pour les venues en hospitalisation partielle.

L'activité en soins de longue durée, qui ne fait plus partie du champ couvert par la CSBM, poursuit sa diminution (-5,0 %). Comme en 2004, ce recul s'explique par la mise en œuvre des réformes sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces réformes sont à l'origine de plusieurs transformations d'unités de soins hospitalières de longue durée en EHPAD.

En hospitalisation partielle, le nombre de places augmente (+2,5 %) mais moins que l'activité (+6,4 %) ; en hospitalisation complète, le nombre de lits diminue (-1,5 %) alors que l'activité est stable (-0,1 %), amenant à une hausse du taux d'occupation, particulièrement en SSR (de 85,6 % en 2004 à 87,5 % en 2005).

tableau 10 ● Évolution de l'activité en nombre de séjours

		Taux d'accroissements annuels en %		
		2003	2004	2005
Total hospitalisation partielle	Public	1,0	4,8	3,8
	Privé non lucratif	0,6	3,9	0,3
	Privé lucratif	6,6	6,4	16,5
	Ensemble	2,3	5,0	6,4
Total hospitalisation complète	Public	-1,2	0,7	1,7
	Privé non lucratif	-1,2	0,0	0,8
	Privé lucratif	-0,5	-0,6	-3,5
	Ensemble	-1,0	0,2	-0,1
Total hospitalisation		-0,6	2,6	3,2
Dont:				
Médecine chirurgie obstétrique (MCO)		2003	2004	2005
Venues en hospitalisation partielle (séjours inférieurs à un jour)	Public	4,3	7,6	7,8
	Privé non lucratif	3,2	9,1	9,7
	Privé lucratif	6,4	6,1	14,9
	Ensemble	5,4	6,9	11,3
Entrées en hospitalisation complète (séjours de un ou plusieurs jours)	Public	-1,2	0,9	1,9
	Privé non lucratif	-1,6	0,3	1,2
	Privé lucratif	-0,8	-0,9	-4,2
	Ensemble	-1,1	0,2	-0,2
Total hospitalisation		1,0	2,5	3,9
		en nombre de jours		
Durée moyenne des séjours en MCO	Public	6,8	6,7	6,6
	Privé non lucratif	6,3	6,3	6,2
	Privé lucratif	4,8	4,8	4,7
	Ensemble	6,1	6,0	5,9

Champ: France métropolitaine (hors services de santé des armées).

Sources: DHOS-Drees, PMSI-MCO 2000-2005, données statistiques pour l'activité de court séjour.

tableau 11 ● Évolution du nombre de journées par spécialité

		2003	2004	2005
Total hospitalisation complète	Public	-2,0	-1,3	-0,9
	Privé non lucratif	-1,4	-1,9	-0,8
	Privé lucratif	-1,0	-0,4	-2,3
	Ensemble	-1,7	-1,2	-1,2
Dont :				
MCO	Public	-1,8	-0,5	0,5
	Privé non lucratif	-2,9	-1,2	0,2
	Privé lucratif	-2,7	-2,1	-6,3
	Ensemble	-2,1	-1,0	-1,3
Soins de longue durée	Public	-3,3	-4,0	-5,0
	Privé non lucratif	-0,4	-1,2	-1,4
	Privé lucratif	-7,0	-16,7	-28,4
	Ensemble	-3,1	-3,9	-5,0
Psychiatrie	Public	-1,6	-0,8	-0,5
	Privé non lucratif	-2,6	-9,7	-6,2
	Privé lucratif	0,9	5,2	4,6
	Ensemble	-1,2	-0,7	-0,1
Soins de suite et réadaptation	Public	-0,3	1,1	2,1
	Privé non lucratif	-0,5	-0,2	0,2
	Privé lucratif	2,2	1,3	3,8
	Ensemble	0,3	0,8	2,0

Champ : France métropolitaine (hors services de santé des armées).

Sources : DHOS-Drees, PMSI-MCO 2000-2005, données statistiques pour l'activité de court séjour. Drees-SAE, données statistiques.

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 est de 42,8 milliards d'euros en 2006, soit une augmentation annuelle de +4,6 % en valeur, de +2,1 % en volume et de 2,5 % en prix (tableau 12).

La dépense de soins ambulatoires par habitant atteint 677 euros en 2006, soit une progression en valeur de +4,0 % par rapport à 2005.

L'évolution du prix des actes des professionnels de santé repose sur :

- la variation des tarifs (lettres clés correspondant aux prestations remboursées par l'assurance-maladie) ;
- l'influence sur les prix de l'importance des dépassements des professionnels libéraux autorisés ;
- les éventuels effets de structure liés à des changements de nomenclature (voir page 10).

tableau 12 • Évolution des soins ambulatoires (en %)

	Taux d'accroissements moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	3,2	4,6	4,4	3,2	4,6
Prix	0,8	3,2	0,9	1,5	2,5
Volume	2,4	1,4	3,5	1,7	2,1

Sources : Drees.

II.1 ■ LES SOINS DE MÉDECINS

La consommation de soins de médecins s'est élevée à 19,8 milliards d'euros en 2006, en hausse de +4,0 % par rapport à 2005 (tableau 13). Rappelons que, dans les Comptes de la santé, cette dépense n'inclut pas les honoraires des médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète alors que, dans les données de la Cnamts, ils sont intégrés aux dépenses de soins de ville. En volume, l'évolution a été de -0,5 % en 2006 et les prix ont progressé de 4,6 %.

tableau 13 ● Évolution de la consommation de soins de médecins (en %)

	Taux de croissance moyens et annuels moyens				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	3,2	4,6	3,0	3,2	4,0
Prix	0,8	3,2	1,1	2,7	4,6
Volume	2,4	1,4	1,9	0,5	-0,5

Sources : Drees.

Le prix des soins de médecins

L'Indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace donc l'évolution des prix payés par les ménages, en incluant notamment majorations et dépassements, et avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète.

L'indice des prix à la consommation sert de base à l'évaluation du prix des soins de médecins dans les Comptes de la santé, mais il est corrigé marginalement pour s'adapter au champ spécifique de ces comptes, qui intègrent dans les dépenses des cliniques privées les honoraires de médecins intervenant lors d'une hospitalisation complète en clinique.

En 2005 et 2006, la hausse des prix des soins de médecins dans les Comptes de la santé s'écarte néanmoins de celle mesurée par l'IPC (supérieure de 1,3 point en 2005 et de 0,6 point en 2006.)

La première raison tient à la différence de champ : l'IPC décrit uniquement l'évolution des prix des soins payés par les ménages, alors que les Comptes de la santé retracent l'ensemble des honoraires de médecins, y compris les montants versés directement par l'assurance-maladie aux professionnels de santé. Ces versements, qui représentaient des montants faibles, ont fortement progressé en 2005 et 2006, notamment en raison de la rémunération annuelle (RMT) de 40 euros versée au médecin traitant pour chaque patient souffrant d'une affection de longue durée ; cette RMT représente environ 109 millions d'euros en 2005 et 213 millions d'euros en 2006 (données Cnamts). Il a été considéré que cette RMT rémunère un service rendu par le médecin traitant, alors que ce service était auparavant rendu sans être rémunéré, et que la création de cette RMT s'apparentait donc à une hausse de prix, qui devait s'ajouter à l'IPC (+0,55 point en 2005 et en 2006).

La seconde raison est la création de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) en 2005 qui, après une période de coexistence jusque mi-2006, a remplacé l'ancienne Nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) basée sur les lettres clés. Ce changement de nomenclature s'est accompagné de la revalorisation de certains actes, qu'il est nécessaire d'intégrer dans l'évolution des prix. Cependant, la construction de l'IPC ne permet pas de suivre au mois le mois l'effet prix lié au passage progressif de la NGAP à la CCAM. L'Insee a donc mesuré l'effet global du passage en CCAM (évalué à 3,9%) et a intégré l'ensemble de cet effet dans l'IPC en mai 2006. Dans les Comptes de la santé, il est apparu préférable d'introduire progressivement l'effet de la CCAM sur les prix des soins de médecins. L'impact de 3,9% a donc été réparti régulièrement de mi-2005 à mi-2006, ce qui amène les écarts entre les prix des soins de médecins dans les Comptes de la santé et selon l'IPC à +0,9 point en 2005 et +0,1 point en 2006, qui seront compensés par un écart en sens contraire en 2007.

Cette hausse du prix des actes des médecins en 2006 est en nette progression par rapport aux deux années antérieures, mais en retrait par rapport aux fortes augmentations de tarifs des années 2002 (+6,2 %) et 2003 (+5,4 %). Cette hausse s'explique en partie par la mise en place, depuis 2005, de la rémunération médecin traitant (RMT) et de la CCAM (cf. encadré). Elle est également liée à plusieurs modifications tarifaires particulières qui sont intervenues tout au long de l'année 2006. Il s'agit d'augmentations ou de créations de majorations pour certains actes des généralistes et spécialistes.

Le 1^{er} août le tarif de la consultation des généralistes (lettre C) est porté de 20 à 21 euros. En octobre, le tarif des visites des généralistes est porté à 21 euros et celui des spécialistes à 23 euros.

Les actes techniques (CCAM) de certains spécialistes (ORL, rhumatologues et allergologues) sont revalorisés le 15 avril pour contrebalancer leur baisse d'activité due à l'extension du parcours de soins. Par ailleurs, de nouveaux actes sont intégrés à la CCAM (l'ostéodensitométrie pour les radiologues et rhumatologues ; l'acte de dermatoscopie pour surveillance de lésion à haut risque pour les généralistes, les spécialistes et plus précisément pour les dermatologues).

On note également l'augmentation de la rémunération des permanences de soins (PDS) qui passe de 106 millions en 2005 à 170 millions d'euros en 2006 (données Cnamts). En effet, l'avenant 4 à la Convention nationale du 22 avril 2005 a réformé le dispositif en place, tant pour les forfaits d'astreinte que pour les majorations appliquées aux visites et consultations, en créant de nouvelles « lettres clés » améliorant la rémunération des médecins⁶.

Enfin, une mesure incitant à l'installation dans les zones sous-médicalisées (avril 2006) accorde un bonus de 20 %, pris en charge par l'assurance-maladie, aux consultations de généralistes exerçant dans des cabinets de groupe et lors du remplacement des médecins exerçant seul.

De 2004 à 2006, la part des effectifs d'omnipraticiens, dans l'ensemble des médecins libéraux, a diminué de 53,3 % à 52,9 % (tableau 17). Simultanément la proportion de spécialistes a légèrement progressé dans le total des effectifs.

Parmi les omnipraticiens, 12,1 % sont en secteur II ou ont le droit de pratiquer des dépassements permanents (DP) en 2006 ; cette proportion atteint 39,0 % chez les spécialistes. Au total 24,8 % des médecins pratiquent des dépassements, soit une proportion comparable à celles observées en 2004 et 2005.

En 2006, parmi les médecins de secteur I, le nombre d'omnipraticiens a progressé de 0,8 %. Celui des spécialistes a diminué de 0,1 % poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur II, alors que les omnipraticiens sont toujours moins nombreux avec une baisse de 1,9 % des effectifs, le nombre des spécialistes progresse encore (+2,1 %) à un rythme proche de celui des années précédentes.

Les médecins libéraux représentent 54,6 % de l'ensemble des médecins libéraux et salariés. Ce pourcentage est en diminution constante au fil des ans : il était de 58,8 % en 2000.

6. Ces modifications se répercutent tant sur les prix que sur les volumes de soins de médecins. En effet, les modifications concernant les majorations sont prises en compte dans l'indice des prix à la consommation de l'Insee, donc dans le prix des soins de médecins utilisé dans les Comptes de la santé ; en revanche, les changements de nomenclature concernant la rémunération des astreintes se traduisent par une hausse des volumes.

tableau 14 ● Effectifs de médecins par mode conventionnel

	2004	2005	2006p
OMNIPRATICIENS	60 832	60 835	61 093
Évolution en %	0,1	0,0	0,4
• Secteur 1	52 328	52 481	52 900
Évolution en %	0,4	0,3	0,8
• Secteur 2	7 709	7 529	7 384
Évolution en %	-2,0	-2,3	-1,9
• DP	31	28	28
Évolution en %	-8,8	-9,7	0,0
• Non conventionnés	764	797	781
Évolution en %	5,4	4,3	-2,0
SPÉCIALISTES	53 328	54 161	54 488
Évolution en %	0,4	1,6	0,6
• Secteur 1	32 698	33 133	33 107
Évolution en %	-0,2	1,3	-0,1
• Secteur 2	19 900	20 363	20 782
Évolution en %	2,0	2,3	2,1
• DP	618	532	466
Évolution en %	-14,8	-13,9	-12,4
• Non conventionnés	112	133	133
Évolution en %	13,1	18,8	0,0
TOTAL DES MÉDECINS LIBÉRAUX	114 160	114 996	115 581
Évolution en %	0,3	0,7	0,5
ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALARIÉS (1)	207 736	210 203	211 713
Évolution en %	1,1	1,2	0,7

Sources : Cnamts, SNIR et Erasme national pour les évolutions 2005-2006 France métropolitaine - Calculs Drees.

Note : dans ce tableau sont comptabilisés comme médecins libéraux l'ensemble des médecins ayant eu un remboursement pour des actes réalisés en libéral quel que soit le mode d'exercice (libéral exclusif ou activité mixte).

L'évolution des honoraires moyens des médecins en activité complète et exclusivement libérale est très contrastée selon la spécialité. Tandis que le taux d'évolution des honoraires moyens des médecins généralistes diminue entre 2005 à 2006, celui des médecins spécialistes augmente fortement (tableau 15).

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 (frais de gestion, amortissements...) acquittées par les praticiens⁷.

tableau 15 ● Honoraires moyens des médecins APE* (en milliers d'euros par an)

	2004	2005	2006
OMNIPRATICIENS	120,1	125,0	127,5
Évolution en %		4,0	2,0
SPÉCIALISTES	221,1	222,7	234,2
Évolution en %		0,7	5,2

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

*Sources : Cnamts, SNIR France métropolitaine - Calculs Drees.

7. 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. Pour les années récentes, cf. «L'évolution des médecins libéraux en 2003 – 2004», *Études et Résultats*, Drees, n° 457, janvier 2006 et «L'évolution des médecins libéraux en 2004 – 2005», *Études et Résultats*, Drees, n° 457, mars 2007.

Le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer (secteur II et droit permanent au dépassement - DP) progresse chaque année: +4,0% en 2006 (tableau 16). L'année précédente avait marqué toutefois une nette décélération par rapport aux années antérieures dont surtout 2002 (+15,1 %). La part des omnipraticiens exerçant en secteur 2, dans lequel les dépassements sont autorisés, diminue régulièrement tandis qu'elle augmente chez les spécialistes (tableau 14).

tableau 16 ● Dépassements par médecin APE* (Secteur 1DP et Secteur 2) (en milliers d'euros par an)

	2004	2005	2006
DÉPASSEMENT PAR MÉDECIN	62,2	62,9	65,4
Évolution en %	5,5	1,1	4,0

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

Sources : Cnamts, SNIR France métropolitaine - Calculs Drees.

II.2 ■ LES SOINS DE CHIRURGIENS-DENTISTES

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 9,1 milliards d'euros en 2006, soit une croissance de +4,1 % en valeur par rapport à 2005, et de +2,3 % en volume. Ces évolutions ne poursuivent pas le ralentissement observé en 2005 (tableau 17).

En mai 2006, une nouvelle convention dentaire est signée. Elle prévoit :

- la revalorisation le 28 juin des soins conservateurs et chirurgicaux (lettre clé SC). Par exemple, le tarif des soins pour une carie est porté à 16,87 euros, la dévitalisation d'une prémolaire à 48,20 euros et une extraction à 33,44 euros. Les tarifs pratiqués avant l'âge de 13 ans sont un peu plus élevés ;
- la revalorisation au 1^{er} août du tarif de la consultation (lettre clé C) portée à 21 euros pour les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ;
- la convention ne reprend pas le Contrat de Bonne Pratique (CBP).

En conséquence, les prix en 2006 poursuivent l'accélération entamée en 2005. Cependant, ces deux dernières années, les honoraires moyens progressent de façon plus modeste que les années antérieures [+2,7 % en 2006 et +1,4 % en 2005 contre +3,9 % en 2004 (tableau 18)].

tableau 17 ● Évolution de la consommation de soins dentaires (en %)

	Taux d'accroissements moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	2,3	5,5	4,7	1,1	4,1
Prix	0,5	-1,4	0,3	1,0	1,8
Volume	1,8	7,0	4,4	0,1	2,3

Sources : Drees.

tableau 18 ● Honoraire moyen des chirurgiens-dentistes APE* (en milliers d'euros par an)

	2004	2005	2006
HONORAIRE MOYEN	208,5	211,4	217,1
Évolution en %	3,9	1,4	2,7

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

Sources : Cnamts, SNIR France métropolitaine - Calculs Drees.

Les taux d'évolution des dépassements des chirurgiens-dentistes poursuivent leur ralentissement en 2005 et 2006. Cette baisse est toutefois moins marquée que celle des honoraires totaux (tableau 19). La part des dépassements dans les honoraires dentaires poursuit donc sa progression (2004 mis à part).

tableau 19 ● Part des dépassements dans les honoraires dentaires (en milliers d'euros par an)

	2002	2003	2004	2005	2006
HONORAIRES TOTAUX	6839,9	7 215,1	7 515,1	7 635,3	7 826,2
Évolution en %		5,5	4,2	1,6	2,5
DÉPASSEMENTS	3 266,3	3 453,6	3 575,0	3 675,1	3 770,7
Évolution en %		5,7	3,5	2,8	2,6
Part des dépassements en %	47,8	47,9	47,6	48,1	48,2

Sources : Cnamts, SNIR France métropolitaine - Calculs Drees.

En 2006, selon des données provisoires, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux (tableau 20) est en recul (-0,2 %). Dans le même temps, le nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés augmente de 0,7 %.

Les chirurgiens-dentistes conventionnés représentent 99,0% des chirurgiens-dentistes libéraux.

tableau 20 ● Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux

	2004	2005	2006p
• Conventionnés	36 233	36 326	36 200
Évolution en %	0,1	0,3	-0,3
• DP	379	252	256
Évolution en %	-4,8	-33,5	1,6
• Non conventionnés	76	77	109
Évolution en %	-5,0	1,3	41,6
TOTAL LIBÉRAUX	36 688	36 655	36 565
Évolution en %	0,0	-0,1	-0,2
ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALAIRES (1)	41 653	41 857	42 169
Évolution en %	0,7	0,5	0,7

Sources : CNAMTS.SNIR et Erasme national France métropolitaine pour les évolutions 2005 -2006. Calculs Drees.

(1) Sources : 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 9,5 milliards d'euros en 2006, en augmentation de +6,8% en valeur par rapport à 2005. La hausse en volume est également de +6,8%, la variation des prix étant nulle (tableau 22).

tableau 21 ● Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux

	Taux d'évolution moyens et annuels (en %)					Montants 2006 (en millions d'euros)
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006	
INFIRMIERS						
• Valeur	3,8	7,0	6,8	6,2	7,7	4 916
• Prix	0,7	3,1	2,7	0,0	0,0	
• Volume	3,1	3,8	4,0	6,2	7,7	
KINÉSITHÉRAPEUTES						
• Valeur	3,9	7,0	6,3	4,1	6,1	3 790
• Prix	1,4	0,3	0,2	0,0	0,0	
• Volume	2,4	6,7	6,2	4,1	6,1	
AUTRES*						
• Valeur	5,8	7,6	5,8	4,5	4,6	751
• Prix	0,7	1,2	0,1	0,0	0,0	
• Volume	5,1	6,3	5,7	4,5	4,6	
ENSEMBLE						
• Valeur	4,0	7,1	6,5	5,2	6,8	9 457
• Prix	0,8	1,6	1,4	0,0	0,0	
• Volume	3,1	5,3	5,0	5,2	6,8	

* Orthophonistes et orthoptistes.

Sources : Drees.

En 2006, les effectifs d'auxiliaires médicaux libéraux croissent à un rythme plus soutenu (+3,4 %) que les années précédentes (tableau 22).

Les infirmiers libéraux représentent 11,1 % de l'ensemble des effectifs infirmiers, libéraux et salariés. Cette proportion est en lente régression tendancielle. L'essentiel des infirmiers salariés est employé dans le secteur hospitalier. Les effectifs d'infirmiers libéraux progressent de 3,9 % en 2006 après +2,4 % en 2004 et 2005.

tableau 22 ● Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux

PROFESSIONS LIBÉRALES	2004	2005	2006p
INFIRMIERS	49 815	50 986	52 967
Évolution en %	2,4	2,4	3,9
KINÉSITHÉRAPEUTES	43 002	43 768	44 947
Évolution en %	3,0	1,8	2,7
ORTHOPHONISTES	11 630	12 119	12 564
Évolution en %	3,4	4,2	3,7
ORTHOPTISTES	1 552	1 565	1 616
Évolution en %	3,7	0,8	3,3
ENSEMBLE LIBÉRAUX	105 999	108 438	112 094
Évolution en %	2,7	2,3	3,4

Sources : SNIR France métropolitaine et Erasme national pour les évolutions 2005-2006.

Calculs Drees.

ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALARIÉS	2004	2005	2006
INFIRMIERS	446 100	461 503	478 483
Évolution en %	3,4	3,5	3,7
KINÉSITHÉRAPEUTES	59 895	61 705	63 431
Évolution en %	3,1	3,0	2,8

Sources : Drees.

Les soins infirmiers

Les soins infirmiers, dans les Comptes de la santé, intègrent les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et s'élèvent à 4,9 milliards d'euros en 2006 (tableau 21), en augmentation de +7,7 % en valeur par rapport à 2005. L'augmentation en volume est identique, les prix étant constants pour la deuxième année consécutive. Une part croissante de ces soins concerne l'activité des SSIAD.

L'année 2006 n'a pas connu de revalorisation des tarifs (lettres clés) des infirmiers libéraux. Les mesures prises en 2004 ayant pour objectif de revaloriser le rôle des infirmiers dans un cadre contractuel rénové ont été prorogées : 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, en 2006 comme les deux années précédentes, que des incidences financières limitées, le prix des actes des infirmiers libéraux étant resté globalement stable entre 2005 et 2006.

En 2006, la progression des effectifs d'infirmiers libéraux se poursuit à un niveau supérieur à ceux des deux années précédentes (tableau 22).

Les soins des masseurs-kinésithérapeutes

Ils s'élèvent à 3,8 milliards d'euros en 2006 et progressent par rapport à 2005 de +6,1 % en valeur et en volume, les prix étant inchangés pour la deuxième année consécutive (tableau 21).

En 2006, il n'y a pas eu de relèvement tarifaire des actes des masseurs-kinésithérapeutes.

De nouvelles cotations d'indemnité de déplacements spécifiques ont été fixées en mars et avril 2006. Elles ne sont applicables qu'à certains actes de rééducation. Ces modifications n'ont pas eu d'effet sur les prix tels que mesurés dans les Comptes de la santé.

Selon des données provisoires, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux a augmenté de 2,7 % en 2006. Ceci constitue une poursuite de la tendance des années précédentes.

Les soins d'orthophonistes et d'orthoptistes

En 2006, ces catégories de soins augmentent respectivement en valeur et en volume de +4,6 %, les prix étant constants (tableau 21).

La nomenclature des actes des orthophonistes a été revalorisée fin décembre 2006. Ceci n'aura d'effet que sur l'année 2007. Le prix moyen de leurs actes est donc resté constant de 2005 à 2006.

Les tarifs des honoraires des orthoptistes n'ayant pas été revalorisés en 2006, le prix moyen de leurs actes n'a pas évolué depuis 2005.

La croissance des effectifs d'orthophonistes et d'orthoptistes en 2006 (tableau 22) est provisoirement estimée respectivement à +3,7 % et +3,3 %.

Les laboratoires d'analyses

En 2006, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires s'élève à 4,1 milliards d'euros, en augmentation de +4,1 % en valeur et en volume par rapport à 2005. Les prix sont restés constants depuis 2004 (tableau 23).

En juillet 2006, une modification de la nomenclature des actes de biologie aboutit à une baisse de cotation (entre 8 et 33 %) de 13 actes parmi les actes les plus fréquemment prescrits.

Depuis janvier 2005, comme pour les actes des médecins exerçant en ambulatoire, une participation forfaitaire d'un euro est mise à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale.

tableau 23 ● Évolution de la consommation d'analyses de laboratoires (en %)

	Taux d'accroissements moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	3,2	7,3	6,7	3,7	4,1
Prix	-0,4	0,4	0,0	0,0	0,0
Volume	3,7	6,9	6,7	3,7	4,1

Sources : Drees.

En 2006, les tarifs liés à la lettre clé B n'ont pas été revalorisés. Les prix sont restés stables comme en 2004 et 2005. En 2006, le volume des analyses et prélèvements s'accroît de +4,1 %.

Le nombre des laboratoires est en diminution régulière (tableau 24) depuis la fin des années 1990.

tableau 24 ● Évolution du nombre de laboratoires

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
• NOMBRE	4012	3981	3949	3913	3890	3880
Évolution en %		-0,8	-0,8	-0,9	-0,6	-0,3

Sources : SNIR ou Erasme France métropolitaine - Calculs Drees.

Les cures thermales

La fréquentation des cures thermales engendre une consommation de soins de 290 millions d'euros (hors hébergement). Celle-ci est semblable en valeur à celle des deux années précédentes (tableau 25). La diminution en volume se poursuit. Ceci correspond depuis 2002 au tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions.

Un avenant à la convention nationale thermale d'août 2006 fixe une revalorisation tarifaire de +4 % (+2 % supplémentaire à partir du 1^{er} février 2007). L'avenant supprime la participation forfaitaire de 10 euros pour frais de dossier en établissement.

La rhumatologie et les soins des voies respiratoires représentent environ 80 % de la fréquentation. 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.

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

tableau 25 ● Évolution de la consommation de cures thermales (en %)

	Taux d'évolution moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	1,3	1,1	-0,3	0,1	0,0
Prix	0,7	1,7	1,5	2,0	2,7
Volume	0,6	-0,7	-1,8	-1,9	-2,7

Sources : Drees.

■ III • Les transports sanitaires

En 2006, la consommation de transports sanitaires s'élève à 3,1 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de +9,2 %, supérieure à celle des années précédentes (tableau 26). L'effet prix étant de +3,2 %, la croissance en volume atteint donc +5,8 %.

L'avenant n° 4 à la convention nationale (JO du 31 juillet 2005) avait prévu des revalorisations des tarifs étalées sur 2005 et 2006 pour les ambulances et des véhicules sanitaires légers (VSL). La revalorisation tarifaire de 2006 est intervenue en août. Pour les ambulances et les VSL les hausses de tarifs sont de 2,0 % auxquels il faut ajouter un effet report de l'augmentation d'août 2005.

En 2006, la hausse du prix des taxis s'est quant à elle élevée à +3,4 %.

Des Contrats de Bonne Pratique ont été instaurés dans les transports sanitaires depuis 2004. Ils comportent 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 reconduit jusqu'à la fin de la période conventionnelle (mars 2008). Ces incitations n'ont toutefois pas eu de conséquences financières directes sur les prix en 2006.

Les transports sanitaires, hors services médicaux d'urgence (SMUR), sont assurés, en 2006, à hauteur de 39,2 % par des ambulances, 28,4 % par des VSL, 28,8 % par des taxis et 3,6 % par d'autres moyens de transports (en train principalement).

tableau 26 • Évolution de la consommation de transports de malades
(en %)

	Taux d'évolution moyens et annuels				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	5,0	8,4	8,0	7,0	9,2
Prix	1,8	1,9	0,5	1,9	3,2
Volume	3,1	6,3	7,5	4,9	5,8

Sources : Drees.

IV • Les médicaments

En 2006, la consommation de médicaments atteint 31,9 milliards d'euros, soit une progression en valeur de +1,5 % [+4,2 % en 2005 (tableau 27)]. Par habitant, son montant est de 505 euros, soit une progression de +0,9 % par rapport à 2005.

Plusieurs mesures concernant le plan médicament et son impact peuvent être signalées pour l'année 2006 :

- développement de la politique du générique (voir ci-dessous) ;
- actions de maîtrise médicalisée (cf. avenant 12 à la convention médicale) sur les antibiotiques, les psycholeptiques, les hypolipémiants et les statines, ces deux dernières classes thérapeutiques diminuant respectivement le taux de lipides et de cholestérol dans le sang ;
- baisses de prix de certains produits hors répertoire des génériques (économie prévue pour l'assurance-maladie de 165 M€) ;
- depuis le 1^{er} mars, 156 médicaments ayant un service médical rendu (SMR) insuffisant ont été retirés du remboursement par l'assurance-maladie (économie potentielle en année pleine de 230 M€). Soixante-deux autres, appartenant à la classe des veinotoniques, ont vu leur prise en charge ramenée à 15 %, jusqu'au début de 2008. Parallèlement, les prix de ces derniers ont été diminués de 20 % ;
- montée en charge des « conditionnements de trois mois » (pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée) qui devrait rapporter, sur la période 2006-2007, 180 M€ à l'assurance-maladie.

À l'inverse des facteurs de croissance du poids des médicaments persistent :

- le coût élevé des nouveaux médicaments mis sur le marché qui occupent une part croissante des dépenses ; chaque année, les renouvellements de molécules interviennent en effet pour près de 50 % dans la croissance du marché des médicaments remboursables⁸ ;
- la part de plus en plus importante des traitements pris en charge à 100 % ;
- la progression des ventes de médicaments traitants des pathologies lourdes (cancer, sida, hépatites ...).

8. « Les dépenses de médicaments remboursables en France », Marie-Émilie Clerc, Drees, *Études et Résultats*, n° 590, août 2007.

tableau 27 ● Évolution de la consommation de médicaments

	Taux d'évolution moyens et annuels (en %)				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
Valeur	5,1	5,9	5,7	4,2	1,5
Prix	0,0	-1,0	-1,2	-1,2	-3,7
Volume	5,0	7,0	7,0	5,5	5,4

Sources : 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. Ce sont les prix dans les officines qui sont retenus, c'est-à-dire avant prise en charge partielle ou totale des médicaments remboursables par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'analyse du prix des médicaments à partir de ces indices fait ressortir (tableau 28) que ce sont les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, qui sont à l'origine de l'évolution négative moyenne des prix observée depuis 1999. Ainsi en 2006, les spécialités remboursables ont vu leur prix moyen baisser de 4,9 %. Le prix des spécialités non remboursables a, quant à lui, progressé de 8,0 %.

tableau 28 ● Indice des prix des spécialités pharmaceutiques

Base 100 = 1998

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
• SPÉCIALITÉS REMBOURSABLES	100,0	99,5	98,8	97,5	96,0	95,2	93,6	92,2	87,7
Évolution annuelle en %		-0,5	-0,7	-1,3	-1,5	-0,8	-1,7	-1,5	-4,9
• SPÉCIALITÉS NON REMBOURSABLES	100,0	102,4	104,7	106,3	109,4	113,3	117,3	119,2	128,7
Évolution annuelle en %		2,4	2,2	1,5	2,9	3,6	3,5	1,6	8,0
• ENSEMBLE	100,0	99,8	99,4	98,3	97,2	96,8	95,6	94,5	91,0
Évolution annuelle en %		-0,2	-0,4	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7

Sources : Insee.

Le prix des médicaments

Le partage volume - prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'Insee. Par construction, cet indice de prix comptabilise tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps, son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. L'écart de prix entre générique et princeps est en diminution (13 % en 2005) sous l'effet des réactions de l'industrie pharmaceutique en matière de prix des princeps. Depuis plusieurs

années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, partiel ou total, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes diminue assez nettement. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

Les médicaments génériques

Les mesures prises en 2006 concernant les génériques et leur répertoire sont les suivantes :

- baisse de 15 % des prix du répertoire à partir du début de l'année ;
- écart de prix entre princeps et génériques nouvellement introduits porté de 40 à 50 % ;
- baisse complémentaire de prix (10 points de baisse pour les princeps et 4 pour les génériques) dans les groupes génériques dont l'ancienneté est supérieure à 24 mois et qui ne donnent pas lieu à l'application d'un TFR (Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement du médicament princeps sur la base du prix du générique) ;
- lancement d'une troisième vague de TFR en février 2006 ;
- plafonnement des marges arrière à 20 % (remises commerciales des fabricants au profit des distributeurs, loi Dutreil II).

En 2006, les ventes de médicaments génériques poursuivent leur progression (+11,3 % en valeur par rapport à 2005, en prix producteur hors taxes), avec un taux de croissance très supérieur à celui du marché global qui est, il est vrai, particulièrement faible en 2006 (+0,9 %). D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 85 en 2006, sur un total de 348 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques représentent plus de 50 % des choix en 2006, contre 43 % en 2003 (données de la Cnamts). La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables progresse : 9,0 % en 2006 par rapport à 4,1 % en 2002.

La rétrocession hospitalière

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 dénommées « rétrocession hospitalière ») à des patients non hospitalisés. La valeur des sommes remboursées par le Régime général au titre de ces rétrocessions avait plus que doublé de 2000 à 2004. La place occupée par la rétrocession hospitalière dans la dépense totale de médicament, croissait donc à vive allure. L'année 2005 marque une rupture qui se poursuit en 2006. Avec 1,2 milliard d'euros de produits rétrocédés en 2005, puis 1,1 milliard d'euros en 2006 (contre 1,4 milliard d'euros en 2004), la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le Régime général diminue de 8,5 % en 2004 à 6,4 % en 2006.

Cette rupture s'explique par les conséquences du décret 16 juin 2004 modifiant le régime de la prescription restreinte et organisant la rétrocession. Ce décret a pour objet de modifier les conditions de prescription et de dispensation de certains médicaments, afin de faciliter l'accès des patients aux médicaments en permettant, dès lors que les caractéristiques des médicaments n'exigent pas un circuit hospitalier strict, leur dispensation en ville, et leur donnant ainsi accès à des conseils de proximité.

Ce décret prévoit aussi la modification des catégories de médicaments à prescription restreinte ainsi que des critères justifiant leur classement. Les médicaments réservés à l'usage hospitalier (RH) ne peuvent plus être rétrocedés, mais leur dispensation et leur administration sont strictement réservées à l'hospitalisation. Quatre autres catégories sont créées : prescription hospitalière, prescription initiale hospitalière, prescription réservée à certains médecins spécialistes et médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. La délivrance au public des médicaments non classés en RH sera effectuée exclusivement par les pharmacies de ville, sauf s'ils sont autorisés à être rétrocedés par le biais de leur inscription sur une liste spécifique.

Par ailleurs, jusqu'à fin 2004, les prix de vente des produits rétrocedés étaient négociés librement entre les laboratoires pharmaceutiques et les établissements de santé. À partir du 1^{er} janvier 2005, les prix de référence des spécialités rétrocedables sont désormais administrés, qu'il s'agisse des prix de vente des laboratoires pharmaceutiques aux hôpitaux ou des prix de vente de ces derniers aux patients. Cet encadrement génère des économies dont le montant s'inscrit dans la diminution de la rétrocession en 2005 et 2006.

En 2006, deux mesures principales ont été prises concernant la rétrocession :

- d'une part, la LFSS pour 2006 a prévu une contribution des laboratoires pharmaceutiques au profit de l'ACOSS (assurance-maladie) quand la croissance des ventes de médicaments rétrocedables dépasse un taux fixé par le Parlement (1 % pour la période 2005/2007) ;
- d'autre part, en mai 2006, la liste des médicaments rétrocedables a été actualisée.

V • Les autres biens médicaux consommés en ambulatoire

Depuis le passage en «base 2000» et la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation d'autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements) retient exclusivement la consommation prescrite lors de consultations de médecine ambulatoire. Les dépenses de prothèses, notamment liées aux soins reçus en hospitalisation complète dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques et prothèses de hanche), sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

En ambulatoire la consommation totale des autres biens médicaux s'élève donc à 8,9 milliards d'euros en 2006 (+4,9 %), dont 4,3 milliards d'euros pour l'optique, 1,4 milliard d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques, et 3,2 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

L'ensemble «autres biens médicaux» est très hétérogène, dans la mesure où sa nomenclature [Liste des produits et prestations (LPP)] contient 4000 références.

tableau 29 ● Évolution de la consommation des autres biens médicaux

	Taux d'évolution moyens et annuels (en %)				
	1995-2000	2000-2005	2004	2005	2006
OPTIQUE					
• Valeur	5,0	5,4	5,3	2,5	2,2
• Prix	0,9	1,8	2,2	1,7	0,2
• Volume	4,0	3,5	3,0	0,8	2,0
PROTHÈSES, ORTHÈSES, VHP*					
• Valeur	2,8	8,9	7,3	12,0	5,7
• Prix	0,5	0,6	0,8	0,6	0,2
• Volume	2,2	8,3	6,4	11,4	5,5
PETITS MATÉRIELS ET PANSEMENTS					
• Valeur	31,4	12,8	12,4	8,5	8,6
• Prix	0,7	0,8	0,9	0,5	0,3
• Volume	30,5	12,0	11,4	7,9	8,3

* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : Drees.

Optique

La forte inflexion du taux de croissance de la consommation d'optique, constatée en 2005 tant en valeur qu'en volume, s'est poursuivie en 2006 sur les valeurs (+2,2 %, tableau 29), le volume retrouvant une croissance de 2 %.

Aucune mesure n'a été prise en 2006 en matière de tarification ou de conditions de prise en charge qui puisse influencer l'évolution de la consommation.

Prothèses, orthèses, VHP en ambulatoire

Ce poste regroupe des dispositifs très divers : des fauteuils roulants, parfois complexes, jusqu'aux appareils correcteurs de la surdité. Ces produits sont adaptés et délivrés par des professionnels de santé, aux formations spécifiques : orthésistes, audioprothésistes, orthoprothésistes, podo-orthésistes (anciennement « bottiers sur mesure ») ou encore les ocularistes qui réalisent les « œil de verre ».

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 quatre-vingt-dix. Après 2000, la croissance s'était maintenue à un rythme élevé. L'année 2006 enregistre un taux de croissance moindre, de +5,7 % en valeur et +5,5 % en volume (tableau 29).

En 2006, certaines références de ce poste ont connu de fortes progressions en valeur : les prothèses externes non orthopédiques (dont les prothèses mammaires) ont ainsi augmenté de 37 %, et les VHP de 16 %.

Comme chaque année, pour certains professionnels dont les prix sont encadrés, des revalorisations tarifaires de 1 à 2 % ont été appliquées.

Des dispositions réglementaires ou conventionnelles ont influencé en 2006, à la hausse ou à la baisse, les prix du poste « prothèses, orthèses, VHP en ambulatoire » :

- l'arrêté du 14 décembre 2005 stipule que des baisses de prix de 5 à 10 % seront appliquées le 27 février 2006 et il fixe des prix limite de vente ;
 - dans le cadre des conventions entre fabricants et Comité économique des produits de santé (CEPS) sont instaurés de nouveaux tarifs publics plafonds pour les dispositifs d'autocontrôle pour diabétiques, les matelas et coussins anti-escarres et certains pansements et compresses ;
 - les éléments tarifaires de la T2A pour 2006 sont entrés en vigueur le 15 mars 2006.
- La radiation de la LPP de 151 dispositifs médicaux a donc été effective à cette date.

Petits matériels et pansements

Cette dernière catégorie de biens médicaux est également d'une grande hétérogénéité. Cependant leur circuit de distribution est plus homogène, car passant par les pharmaciens et les 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, sur longue période, la plus forte progression : depuis 1995, leur valeur a été multipliée par plus de sept. Dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, leur taux de progression se situait autour de 30 % par an. Depuis 2000, ce taux s'est infléchi pour atteindre +8,6 % en valeur en 2006 (tableau 29).

Selon le secteur, l'évolution est contrastée :

- à la baisse pour les secteurs concernés par l'application des réductions tarifaires de mars 2006, accompagnées de prix limite de vente ;
- à la hausse, du fait de l'augmentation du nombre de patients (par exemple : patients souffrant d'apnée du sommeil) et du volume de matériels mis à disposition (assistance respiratoire). De même qu'elle développe le recours aux Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), la progression du nombre des personnes âgées dépendantes bénéficiant d'un maintien à domicile entraîne celle de l'ensemble des dispositifs médicalisés : lits, matelas anti-escarres, nutrition orale pour personnes dénutries. L'augmentation de certaines pathologies, comme le diabète, ou le recours à des traitements plus coûteux, entraîne une croissance des matériels destinés à aider ces malades.

Les trois rubriques contribuant le plus à la croissance des « Autres biens médicaux » font d'ailleurs partie des « petits matériels et pansements » :

- les matériels pour traitement à domicile ;
- les matériels pour traitement divers. Il s'agit notamment des produits pour autotraitement et autosurveillance des diabétiques, nutrition orale, diffuseurs portables, produits pour les stomisés ;
- les traitements respiratoires (oxygénothérapie...).

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 biens médicaux ;
- les dépenses d'aides aux malades (indemnités journalières) ;
- les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des médecins du Secteur I) ;
- 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 2006, le montant de la dépense courante de santé s'élève à 198,3 milliards d'euros (tableau 30). Il représente 11,07 % du PIB, soit une légère diminution par rapport à 2005 (11,16 %).

tableau 30 ● Dépense courante de santé

	Montants 2006 (en millions d'euros)	Structure (en %)
DÉPENSES POUR LES MALADES	174 326	87,9
• Soins et biens médicaux	156 565	78,9
• Soins aux personnes âgées en établissements	5 200	2,6
• Aide aux malades (IJ)	10 280	5,2
• Subventions au système de soins	2 282	1,2
DÉPENSES DE PRÉVENTION	5 821	2,9
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	7 829	3,9
• Recherche	6 772	3,4
• Formation	1 057	0,5
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	14 033	7,1
DOUBLE COMPTE*	-3 701	-1,9
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	198 309	100,0
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	1 792 000	

**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.*

Sources : Drees, Insee.

Le tableau 31 présente l'évolution et la structure de la dépense courante de santé depuis 2004. Sa hausse en valeur est de +3,5 % en 2006, soit un rythme inférieur à celui de 2005 (+4,4 %). 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 31 ● Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure

	Évolution annuelle (en %)			Évolution de la structure (en %)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
DÉPENSES POUR LES MALADES	4,9	4,4	3,5	87,9	87,9	87,9
• Soins et biens médicaux	5,1	4,4	3,5	78,9	78,9	78,9
• Soins aux personnes âgées en établissements	10,3	14,8	10,0	2,2	2,5	2,6
• Aide aux malades (IJ)	0,4	-1,1	-0,6	5,7	5,4	5,2
• Subventions au système de soins	9,8	8,0	8,0	1,1	1,1	1,2
DÉPENSES DE PRÉVENTION	-2,8	6,7	11,7	2,7	2,7	2,9
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	2,5	5,4	-2,1	4,1	4,2	3,9
• Recherche	2,1	5,6	-3,0	3,6	3,6	3,4
• Formation	5,1	3,6	4,3	0,5	0,5	0,5
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	2,0	5,0	3,0	7,1	7,1	7,1
DOUBLE COMPTE	-0,3	-9,6	-2,0	-1,8	-1,9	-1,9
DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	4,5	4,4	3,5	100,0	100,0	100,0
PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)	4,1	3,5	4,3			

Sources : Drees, Insee.

Outre la CSBM, différents postes constituent la dépense courante de santé : les soins de longue durée aux personnes âgées, les dépenses de prévention, les aides aux malades, les subventions au système de soins, les dépenses de recherche et de formation et les coûts de gestion de la santé.

Enfin, il est possible, à partir des données de l'OCDE, de comparer la part de la dépense totale de santé dans le PIB des différents pays membres.

I • Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissements

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 au sein 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 aux personnes âgées hébergées en établissement ; ces soins font cependant toujours partie de la dépense courante de santé. Ils se composent des soins de longs séjours hospitaliers et des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées, anciennement dénommés « Sections médicalisées », qui sont répartis depuis 2002 entre les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et ceux destinés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion.

En 2006, 3,8 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD (tableau 32), ce qui représente une augmentation de +14,1 % par rapport à 2005. Ce montant, qui a plus que doublé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées affectées de limitations d'activité plus ou moins prononcées.

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

Du côté de l'hospitalisation, c'est le secteur public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2006, on peut estimer à 1,4 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

Les Services de soins infirmiers 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 2006, à 88 696 personnes (+6,1 % par rapport à 2005). Les soins dispensés 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. La valeur de ces soins est de 1 017 millions d'euros en 2006 soit une progres-

sion de +11,7 % par rapport à 2005 et une multiplication par près de deux (1,9) depuis 1998. Les soins dispensés par les SSIAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte⁹.

tableau 32 ● Soins de longue durée aux personnes âgées (en millions d'euros)

	2004	2005	2006
EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ			
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 216	1 407	1 409
Évolution en %	7,9	15,7	0,1
EN MAISONS DE RETRAITE (EHPA ET EHPAD)			
• publiques	1 848	2 066	2 308
Évolution en %	7,5	11,8	11,7
• privées	1 054	1 256	1 483
Évolution en %	19,0	19,1	18,1
TOTAL EN ÉTABLISSEMENTS	4 118	4 729	5 200
Évolution en %	10,3	14,8	10,0
SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)	837	911	1 017
Évolution en %	9,6	8,8	11,7

Sources : Cnamts (DSES) et Commission nationale de répartition de la Caisse nationale d'assurance-maladie.

9. Ces derniers ont assuré 13 % des visites en 2002. Sophie BRESSÉ, 2004, « 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.

II • Les aides aux malades : les indemnités journalières

En 2006, les prestations en espèces se montent à 10,3 milliards d'euros, en diminution de -0,6 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse, qui intervient après celle de 2005 (-1,1 %) confirme le net retournement de tendance initié en 2004 après plusieurs années de forte hausse (+8,6 % en moyenne entre 1999 et 2003). La diminution en 2006 est particulièrement prononcée pour le risque maladie, avec une baisse de -2,8 %, contre +2,0 % pour les accidents du travail et +3,6 % pour les indemnités journalières maternité ; elle est cependant nettement moins marquée que celle observée en 2005, en raison notamment de la reprise de l'emploi salarié qui tire mécaniquement à la hausse le volume d'indemnités journalières.

Ce repli important depuis trois ans est lié à la politique de contrôles accrus des arrêts de travail de la part de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ; ainsi, dans l'avenant 12 à la convention médicale du 12 janvier 2005, était fixé comme objectif une baisse de 1 % des dépenses liées aux arrêts de travail en 2006 par rapport à 2005.

L'évolution des indemnités journalières maladie, en particulier celles de plus de 3 mois, est également influencée par la part des personnes de plus de 55 ans dans la population active, qui sont plus exposés à des problèmes de santé nécessitant des arrêts de travail de longue durée¹⁰. Le ralentissement des dépenses d'indemnités journalières depuis 2004 peut donc s'expliquer en partie par la possibilité, depuis le 1^{er} janvier 2004, de départ en retraite anticipée pour carrière longue, instituée par la réforme des retraites : selon les données de la Cnav, ces départs en retraite ont concerné au total 370 000 personnes entre 2004 et 2006, et ont donc entraîné une contraction de la population active âgée.

10. Lê F., Raynaud D., 2007, « Les indemnités journalières », *Études et Résultats*, Drees, n° 592, septembre.

■ III • Les subventions au système de soins

En 1998 une prise en charge partielle des cotisations d'assurance-maladie a été proposée aux praticiens pour les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). La prise en charge était assurée par les régimes d'assurance-maladie. En 1998 seuls les généralistes ont accueilli favorablement cette mesure. En 2003, ils ont été suivis par les spécialistes.

Les Comptes de la santé assimilent cet allègements des charges des médecins à une subvention au système de soins. En 2006, son montant est de 2,3 milliards soit une évolution de 8,0 % par rapport à l'année 2005.

IV • La consommation de services de prévention

À l'occasion de l'élaboration de la base 2000, une nouvelle nomenclature de la prévention a été mise en place, qui étend le champ couvert en prenant mieux en compte certaines dépenses (sécurité sanitaire de l'alimentation, lutte contre la pollution, hygiène du milieu...)¹¹. Selon cette nouvelle définition, la consommation de services de prévention s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2006, dont 3,1 milliards pour la prévention individuelle et 2,7 milliards pour la prévention collective (tableau 33). Cependant, cette rubrique de la nomenclature des Comptes de la santé ne recense qu'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore les actes de prévention réalisés à l'occasion de consultations médicales ordinaires dont la valeur est incluse dans la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Plusieurs études conduites par l'Irdes et la Drees¹² ont permis d'estimer ces dépenses de prévention incluses dans la CSBM et concluent, pour l'année 2002, que l'ensemble des dépenses de prévention se monte à 10,5 milliards d'euros, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé.

Les actions de prévention peuvent être individuelles ou collectives.

IV.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 biens médicaux. On distingue :

La prévention individuelle primaire

Selon une définition communément admise elle vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La vaccination¹³ en est

11. Fenina A., Geffroy Y., 2006, « Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé », *Document de travail - Série Statistiques*, n° 99, Drees, juillet.

12. Ph. Le Fur, V. Paris, C. Pereira, T. Renaud, C. Sermet, 2003, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé », *Études et résultats*, Drees, n° 247, juillet.

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

l'exemple type. Il faut y ajouter : les actions de la Protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail.

La prévention individuelle secondaire

Elle tend à repérer les maladies avant leur développement ce qui exclut, au sens des Comptes, les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). 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.

IV.2 ■ LA PRÉVENTION COLLECTIVE

Les dépenses correspondantes ne sont pas « individualisables » (imputables à un individu). 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).

IV.3 ■ LA PRÉVENTION EN 2006

En 2006, les dépenses de prévention ainsi retenues s'élèvent à 5,8 milliards d'euros soit 92 euros par habitant. Après avoir diminué de -2,8 % en 2004, elles ont été en progression de 6,7 % en 2005 et de 11,7 % en 2006. La prévention collective a progressé beaucoup plus fortement que la prévention individuelle (+20,1 % contre +5,3 %). Ces évolutions, très variables d'une année à l'autre, s'expliquent en grande partie par les montants consacrés à l'élimination des farines animales qui constituent en 2006 près de la moitié (48,5 %) du programme de sécurité sanitaire de l'alimentation qui est inclus dans la prévention collective. Les dépenses correspondantes étaient de 380 millions d'euros en 2003, de 82 puis 86 millions d'euros en 2004 et 2005, et s'élèvent à nouveau à 406 millions d'euros en 2006.

L'État et les collectivités locales financent 63,5 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 14,6 % et le secteur privé (médecine du travail et prévention des accidents du travail) 21,9 %. Depuis 1995, cette structure a évolué mais n'a pas été bouleversée (respectivement : 56 %, 17,9 % et 26,2 % en 1995).

13. 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 (122 millions d'euros en 2006) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé. Le solde, 388 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 510 millions d'euros en augmentation de 20 % par rapport à 2005 (données Afssaps).

En 2006, les dépenses totales de prévention au sens des Comptes représentent 2,9% de la dépense courante de santé (2,7% en 2005). La consommation de services de prévention individuelle constitue 2,0% de la consommation médicale totale (1,9% en 2005).

tableau 33 ● Consommation de services de prévention (en millions d'euros)

	2004	2005	2006
1) PRÉVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 343	2 409	2 520
Vaccins	108	121	122
PMI Planning	686	714	768
Médecine du travail	1 299	1 321	1 358
Médecine scolaire	250	253	272
2) PRÉVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	456	551	598
Dépistage des tumeurs	113	180	193
Dépistage IST, tuberculose	88	103	106
Dépistage SIDA, Hépatites	52	60	78
Dépistage autres pathologies	13	4	6
Examens de santé	168	174	173
Bilans bucco-dentaires	21	31	41
3) PRÉVENTION COLLECTIVE	2 083	2 251	2 703
A) En direction des comportements			
Campagne en faveur des vaccinations	27	30	27
Lutte contre l'addiction	71	85	89
Information, promotion, éducation à la santé	330	367	422
B) A visée environnementale			
Hygiène du milieu	448	470	505
Prévention des risques professionnels	362	376	378
Prévention et lutte contre la pollution	245	205	150
Recherches en prévention sanitaire	1	2	1
Observation veille alerte	85	93	183
Urgences et crises	7	10	22
Sécurité sanitaire de l'alimentation	471	571	836
Production et mise en œuvre de dispositifs (1)	36	43	90
ENSEMBLE PRÉVENTION	4 881	5 211	5 821
Évolution en %		6,7	11,7

Sources : Drees.

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

IV.4 ■ LA CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE

La consommation médicale totale ajoute les dépenses de prévention individuelle à la CSBM. Elle atteint 159,7 milliards d'euros en 2006, soit une augmentation de 3,6% en valeur.

tableau 34 ● Consommation médicale totale

	Taux d'évolution en %			Montants 2006 en millions d'euros
	2004	2005	2006	
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	5,1	4,4	3,5	156 565
PRÉVENTION INDIVIDUELLE	5,2	5,8	5,3	3 118
- Prévention primaire	5,0	2,8	4,6	2 520
- Prévention secondaire	6,5	21,0	8,4	598
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	5,1	4,4	3,6	159 683

Sources : Drees.

■ V • La recherche médicale et pharmaceutique

Le bureau des études statistiques sur la recherche des ministères 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 est intitulée « double compte » (voir tableaux détaillés à la fin du rapport). 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)*

	2004	2005	2006
FINANCEMENTS BUDGÉTAIRES	3 171	3 226	2 945
dont budget civil de R et D	2 001	1 993	1 829
dont universités et hôpitaux	1 170	1 233	1 116
AUTRES FINANCEMENTS	3 439	3 756	3 827
dont industries pharmaceutiques	3 311	3 629	3 701
dont secteur associatif	128	126	126
TOTAL	6 610	6 981	6 772
Évolution en %	1,021	1,056	0,970

Sources : 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 2006, selon des données provisoires, à 6,8 milliards d'euros (tableau 35), soit 107 euros par habitant.

En 2001, les financements publics et privés étaient équivalents. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a progressé et atteint 56,5 % en 2006.

■ VI • 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 contribue au financement de 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 2006, les dépenses de formation ont atteint 1 057 millions d'euros. Elles ont augmenté de +4,2 % par rapport à celles de l'année précédente.

VII • Le coût de gestion de la santé

Le coût de gestion de la santé (tableau 36) comprend les frais de gestion des organismes suivants :

- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base ;
- les organismes complémentaires : mutuelles, assurances, et instituts de prévoyance ;
- le ministère chargé de la Santé ;
- les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

tableau 36 • Coût de gestion de la santé (en millions d'euros)

COÛTS DE GESTION	2004	2005	2006
• des principaux organismes gérant le risque maladie ⁽¹⁾	7 268	7 644	7 722
• des organismes complémentaires ⁽²⁾	4 467	4 702	4 989
• du ministère de la Santé	1 024	1 049	1 073
• des Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	223	235	249
TOTAL GESTION	12 982	13 630	14 033
<i>Évolution en %</i>	<i>2,0</i>	<i>5,0</i>	<i>3,0</i>

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

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

(2) Mutuelles, assurances, instituts de prévoyance.

■ VIII • La dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE

Depuis 2003, la dépense totale de santé est le principal agrégat utilisé pour les comparaisons internationales entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Pour la France, cet agrégat est évalué à partir de la dépense courante de santé, à laquelle on défalque les dépenses d'indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et une partie des dépenses de prévention, et on ajoute les dépenses de soins liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la formation brute de capital fixe.

Dans ce cadre harmonisé, et selon des données provisoires, l'OCDE (tableau 37 et graphique 1) évalue pour 2005 à 11,1 % la part de la dépense nationale de santé dans le PIB en France. Cette évaluation place la France au troisième rang des pays membres de l'OCDE, après les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,6 %), et à un niveau proche de celui de l'Allemagne (10,7 %).

Cependant le passage de la Dépense nationale de santé à la Dépense totale de santé ne se fait pas à des rythmes identiques selon les pays. Il faudra attendre les prochaines campagnes de Comptes de la santé pour apprécier avec exactitude la position de la France par rapport à ses principaux partenaires en matière de part des dépenses de santé dans le PIB.

tableau 37 ● Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE (en %)

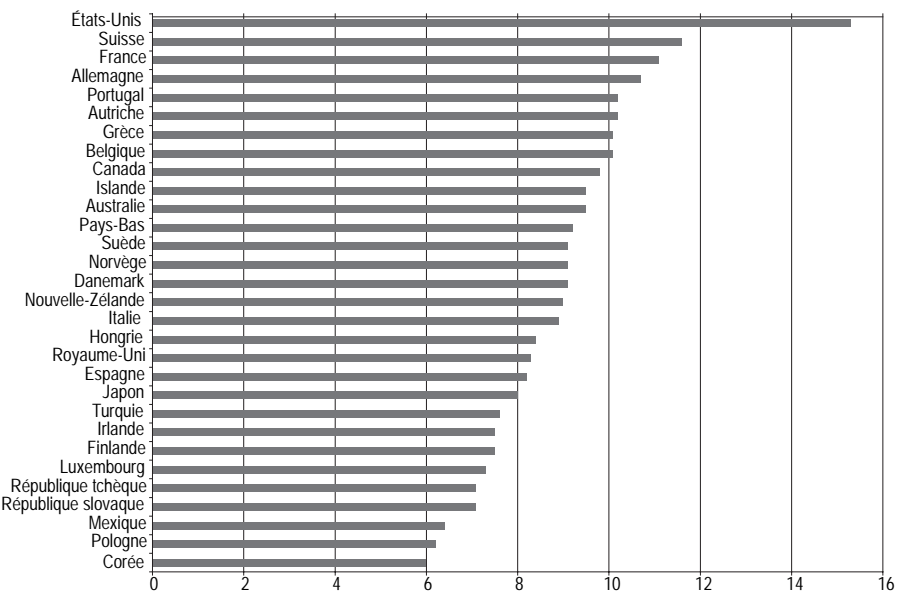
	2003	2004	2005
Allemagne	10,8	10,6	10,7
Australie	9,2	9,5	nd
Autriche	10,2	10,3	10,2
Belgique	10,1 b	nd	nd
Canada	9,8	9,8	9,8
Corée	5,4	5,5	6,0
Danemark	9,1 b	9,2 e	9,1 e
Espagne	7,9 b	8,1 e	8,2 e
États-Unis	15,2	15,2	15,3
Finlande	7,3	7,4	7,5
• France	10,9 b	11,0	11,1
Grèce	10,0	9,6	10,1
Hongrie	8,3 e	8,1 e	8,4 e
Irlande	7,3	7,5	7,5
Islande	10,3	10,0	9,5
Italie	8,3	8,7	8,9
Japon	8,1 e	8,0 e	nd
Luxembourg	7,8 b	8,3 e	7,3 e
Mexique	6,3	6,5	6,4
Norvège	10,0	9,7	9,1
Nouvelle-Zélande	8,0	8,6 e	9,0 e
Pays-Bas	9,1 e	9,2 e	nd
Pologne	6,2	6,2	6,2 e
Portugal	9,7 e	9,8 e	10,2 e
Royaume-Uni	7,8 b	8,1 d	8,3 d
République slovaque	5,9	7,2 b	7,1
République tchèque	7,4	7,2	7,1
Suisse	11,5	11,5	11,6
Suède	9,3	9,1	9,1
Turquie	7,6	7,7	7,6

Sources : ECO-SANTÉ OCDE 2007, juillet 2007 (à paraître).

(b) Rupture de série, (e) estimé, **nd** non disponible.

Les données de ce tableau diffèrent de celles présentées dans le document publié en 2006, en raison de l'utilisation du nouvel agrégat « dépense totale de santé » dans le cadre de la coopération entre l'OCDE, l'OMS et Eurostat. Les principales divergences avec l'ancien indicateur (dépense nationale de santé) concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance ainsi que celles prenant en compte la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux.). L'augmentation du ratio est en conséquence de +0,5 point.

graphique 01 ● Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2005 (en %)



Sources : Éco-santé OCDE 2007, juillet 2007.

deuxième partie ■

LE FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est assuré par l'assurance-maladie, l'État (et les collectivités locales jusqu'en 1999), les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) ainsi que par les ménages.

Le «taux de couverture» des dépenses par la Sécurité sociale est le rapport entre les remboursements des régimes sociaux de base et le total de la dépense exposée pour les différentes catégories de soins ou de biens médicaux : ensemble de la CSBM, hôpital, soins ambulatoires, biens médicaux (remboursables ou non).

La part des autres financeurs (État, organismes complémentaires, ménages) est également exprimée en pourcentage du total dépensé pour la catégorie de soins ou de biens concernée. La partie du financement incombant aux ménages est appelée «reste à charge».

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.

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

- une dotation du budget de l'État en nette diminution depuis 2004 (de 1 037 millions d'euros en 2003 à 346 en 2006) compensée en 2006 par l'attribution de droits sur l'alcool (404 millions d'euros) et sur le tabac (217 millions d'euros) ;
- le produit d'une contribution au taux de 2,5 % sur l'ensemble des contrats de couverture complémentaire maladie. Ce taux antérieurement fixé à 1,75 % a été majoré pour financer notamment l'augmentation de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, instaurée le 1^{er} janvier 2005 au profit des personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au plafond de la CMU. En 2006, cette contribution des organismes complémentaires est de 492 millions d'euros.

Le Fonds CMU rembourse, depuis le 1^{er} janvier 2006, le coût de la CMU complémentaire selon les modalités suivantes : les dépenses des régimes de base et celles des organismes complémentaires sont couvertes, sur une base forfaitaire, à raison de 340 euros par an et par bénéficiaire (contre 304,50 euros en 2005 et 300 euros le 1^{er} janvier 2004). Ces organismes assurent la charge d'un éventuel surcoût. Le forfait par bénéficiaire est destiné à compenser les dépenses du régime de base et des organismes complémentaires au titre de la CMU complémentaire. Les dépenses par bénéficiaire s'élevaient en moyenne à 341 euros en 2006 et 324 euros en 2005. La hausse du forfait en 2006 a donc constitué un rattrapage par rapport à la sous-évaluation du forfait 2005.

Les organismes de couverture complémentaire qui participent à la CMU déduisent du montant qu'ils doivent au titre de la contribution sur les contrats de couverture complémentaire maladie, ce forfait de 340 euros par bénéficiaire ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (40 millions d'euros en 2006). Cependant, quelques organismes complémentaires ont un montant total de contribution de 2,5 % inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 340 euros en 2006). Dans ce cas, le Fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés (81 millions d'euros en 2006).

Le tableau suivant donne le compte économique simplifié du Fonds CMU pour l'année 2006

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Paie ment aux régimes de base	1438	Dotation de l'État	346
Paie ment aux organismes complémentaires	81	Contribution des organismes complémentaires	492
Régularisation et dotation aux provisions	35	Taxes sur l'alcool	404
Gestion administrative	1	Taxes sur le tabac	217
		Contribution crédit d'impôt	40
		Reprises sur provisions	25
		Résultat (déficit)	31
TOTAL CHARGES	1555	TOTAL PRODUITS	1555

Sources : Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU.

Selon le rapport d'activité du Fonds CMU, on comptait 4,9 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire à fin 2006, dont 12,8% étaient affiliés à un organisme complémentaire.

Le traitement de la CMU complémentaire dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses liées à la CMU complémentaire sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé (voir tableaux détaillés à la fin du rapport) :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État et CMUc », soit 1,4 milliard d'euros en 2006 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurance » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations de ces organismes complémentaires.

I • Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux

tableau 38 • Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux (en %)

	1995	2000	2004	2005	2006
• Sécurité sociale de base	77,1	77,1	77,3	77,2	77,0
• État, Collectivités Locales et CMU-C	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4
• Mutuelles	7,3	7,7	7,4	7,4	7,4
• Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2
• Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4
• Ménages	9,6	9,0	8,3	8,5	8,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Drees.

Depuis 1995, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est globalement stable, autour de 77 % ¹⁴. Cette stabilité est le résultat de deux évolutions divergentes : la structure de la CSBM se déforme en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, optique) mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur est en nette progression. Le reste à charge des ménages est quant à lui orienté à la baisse, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires (en particulier les institutions de prévoyance) et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire.

L'année 2005 avait été marquée par une légère baisse de la part prise en charge par la Sécurité sociale, et symétriquement une hausse du reste à charge des ménages. Ces évolutions s'expliquaient essentiellement par la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite, depuis le 1^{er} janvier 2005, du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. Les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement avaient été modérés par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'assurance-maladie.

En 2006, on observe principalement une légère baisse de la part de la Sécurité sociale (de 77,2 % en 2005 à 77,0 % en 2006), qui retrouve ainsi son niveau de 2001, et une légère croissance du reste à charge des ménages (à 8,56 % contre 8,48 % en 2005). Cette évolution est liée tout d'abord à la modulation des taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins, selon qu'ils

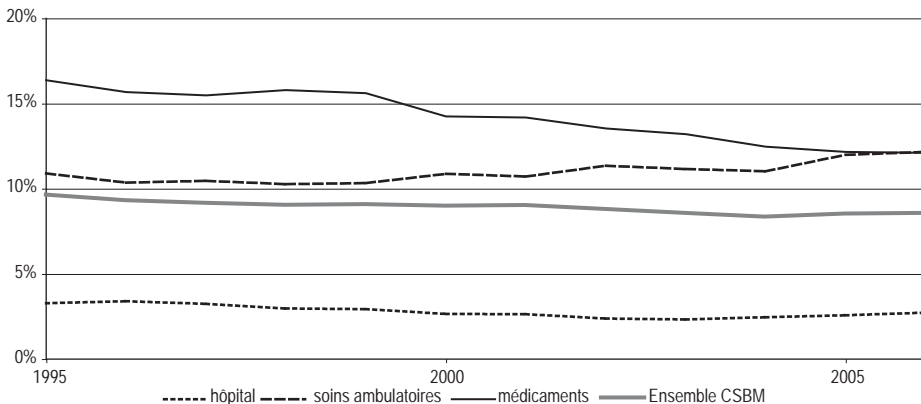
14. Fenina A., 2007, « Cinquante-cinq années de dépenses de santé : une rétropolation de 1950 à 2005 », *Études et Résultats*, Drees, n° 572, avril.

respectent ou non le parcours de soins. Ainsi, le taux de remboursement passe de 70 % dans le cadre du parcours de soins, à 60 % pour une consultation hors parcours de soins (ou pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant). Cette mesure s'est traduite par une économie estimée à 150 millions d'euros pour la Cnamts ; cette somme s'est en grande partie reportée sur les ménages, puisque les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale.

Une autre mesure ayant contribué à diminuer la part financée par la Sécurité sociale est la hausse de 1 euro du forfait journalier au 1^{er} janvier 2006 (de 10 à 11 euros pour les hospitalisations en psychiatrie, et de 14 à 15 euros dans les autres cas). Cette hausse, dont le montant global est estimé à environ 100 millions d'euros, est principalement prise en charge par les organismes complémentaires, puisque la plupart des contrats prévoient la prise en charge du forfait journalier¹⁵. À l'inverse, la montée en charge de la rémunération médecin traitant (dont le montant double entre 2005 et 2006, passant de 109 à 213 millions d'euros selon la Cnamts) et l'augmentation de la rémunération des astreintes des médecins dans le cadre des permanences de soins, qui sont toutes deux financées entièrement par la Cnamts, modèrent la baisse du financement par la Sécurité sociale.

On étudie ci-dessous plus en détail la structure du financement des dépenses pour les trois postes les plus importants de la CSBM : soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments. Pour les autres postes de dépenses, on peut signaler que les transports restent le poste le mieux pris en charge par la Sécurité sociale (94,1 % en 2006), même si on observe une très légère baisse depuis quelques années (95,8 % en 1995). À l'inverse, les autres biens médicaux restent le poste le moins bien remboursé par l'assurance-maladie (43,0 % en 2006), même si cette prise en charge progresse régulièrement depuis plusieurs années : 23 % en 1995, puis 36 % en 2000, et 42 % en 2005. Cette progression s'explique en grande partie par un effet de structure. En effet, le poids du poste « petits matériels et pansements », qui est pris en charge à plus de 90 % par l'assurance-maladie, progresse fortement au sein des autres biens médicaux, passant de 11 % en 1995 à 35 % en 2006, alors que le poids de l'optique, très peu prise en charge, baisse dans le même temps de 68 % à 48 %. La part financée par les organismes complémentaires progresse également, ce qui conduit à une diminution régulière et rapide du reste à charge des ménages (26 % en 2006, après 37 % en 2000 et 51 % en 1995).

graphique 02 ● Évolution du reste à charge des ménages pour les trois principaux postes de la CSBM



Sources : Drees.

15. Arnoud M-L, Pichetti S., Rattier M-O, 2007, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », *Études et Résultats*, Drees, n° 575, mai.

■ II • Structure de financement des soins hospitaliers

Parmi les trois grands postes de la CSBM, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée (autour de 92 % depuis 1995).

Après avoir diminué de 0,2 point en 2005, elle s'infléchit à nouveau en 2006 de 0,3 point, qui se reporte sur les parts des sociétés d'assurance et des ménages. Le reste à charge des ménages progresse ainsi de 0,1 point, retrouvant son niveau de 2000 (graphique 2).

Cette évolution résulte principalement de la hausse annuelle du forfait journalier (voir *supra*). Par ailleurs, la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 a prévu la création d'une franchise de 18 euros pour les actes lourds, c'est-à-dire supérieurs ou égaux à 91 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 50, qui s'ajoute au forfait journalier. Cependant, l'application de cette franchise s'est faite très progressivement à partir du 1^{er} septembre 2006 pour les soins hospitaliers ; son effet n'est donc que secondaire par rapport à la hausse du forfait journalier. Pour les autres secteurs de la santé concernés (cabinets libéraux, consultations externes des hôpitaux publics, dispensaires...) sa mise en œuvre est étalée à partir d'avril 2007.

tableau 39 • Structure de financement des soins hospitaliers (en %)

	1995	2000	2004	2005	2006
• Sécurité sociale de base	92,2	92,2	92,4	92,2	91,9
• État, collectivités locales et CMU-C	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
• Mutuelles	2,2	2,4	2,0	2,0	2,0
• Sociétés d'assurance	0,7	0,7	1,0	1,1	1,2
• Institutions de prévoyance	0,4	0,9	0,9	0,9	0,9
• Ménages	3,3	2,7	2,5	2,6	2,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Drees.

III • Structure de financement des soins ambulatoires

tableau 40 • Structure de financement des soins ambulatoires
(soins des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux,
laboratoires et cures thermales) (en %)

	1995	2000	2004	2005	2006
• Sécurité sociale de base	67,0	67,0	66,4	65,8	65,7
• État, collectivités locales et CMU-C	1,2	1,3	1,6	1,6	1,6
• Mutuelles	11,8	12,3	11,5	11,5	11,4
• Sociétés d'assurance	6,1	4,8	5,2	5,2	5,1
• Institutions de prévoyance	3,0	3,8	4,2	4,0	4,0
• Ménages	10,9	10,9	11,0	12,0	12,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Drees.

Depuis plusieurs années, la part des soins ambulatoires prise en charge par la Sécurité sociale est orientée à la baisse tandis que, symétriquement, le reste à charge des ménages progresse. En particulier, en 2005, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,6 point suite à la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro (voir *supra*).

Cette tendance se poursuit en 2006, année marquée par la mise en place de la modulation des taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins, selon qu'ils sont ou non dans le parcours de soins. Ainsi, la part versée par la Sécurité sociale dans le financement des soins ambulatoires se réduit de 0,1 point, tandis que le reste à charge des ménages progresse de 0,2 point.

La part des organismes complémentaires (Mutuelles, Sociétés d'assurances et Institutions de prévoyance) est stable ou en légère diminution.

■ IV • Structure de financement des médicaments (en officine)

tableau 41 • Structure de financement des médicaments en officine
(pharmacies, rétrocession hospitalière, produits sanguins)
(en %)

	1995	2000	2004	2005	2006
• Sécurité sociale de base	62,2	65,1	67,2	67,5	67,5
• État, collectivités locales et CMU-C	1,2	1,5	1,5	1,4	1,5
• Mutuelles	12,7	12,0	12,2	12,3	12,5
• Sociétés d'assurance	5,2	4,1	3,9	4,0	4,0
• Institutions de prévoyance	2,3	3,1	2,8	2,6	2,4
• Ménages	16,4	14,2	12,4	12,2	12,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Drees.

Le taux de remboursement moyen des médicaments par la Sécurité sociale a fortement augmenté depuis 1995 (de 62,2 % en 1995 à 67,5 % en 2005 et 2006). À l'inverse, le reste à charge des ménages diminue nettement (de 16,4 % en 1995 à 12,1 % en 2006), et celle de l'ensemble des organismes complémentaires diminue légèrement (de 20,2 % à 18,9 %).

Cette évolution s'explique principalement par l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel aux affections de longue durée (ALD), et qui représentent environ la moitié des médicaments remboursés par les régimes de base. En revanche, les baisses de taux de remboursement décidées ces dernières années, notamment pour des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, ont tendu à modérer la croissance de la prise en charge par l'assurance-maladie.

tableaux détaillés ■

- **CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 70**
- **CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 72**
- **DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 74**
- **DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR 76**

■ CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995-2006

En millions d'euros

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 582	69 858
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 434	54 151
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 707
2. SOINS AMBULATOIRES	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 898	42 785
• Médecins	12 984	13 185	13 483	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 059	19 823
• Auxiliaires médicaux	5 177	5 344	5 303	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 855	9 457
- infirmiers	2 697	2 766	2 762	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 299	4 564	4 916
- masseurs-kinési.	2 105	2 176	2 131	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 790
- autres	375	402	410	429	469	497	532	595	649	687	718	751
• Dentistes	5 950	6 147	6 261	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 080
• Analyses	2 387	2 367	2 411	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833	3 974	4 135
• Cures thermales (forfait soins)	258	256	271	279	286	275	285	288	291	290	290	290
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083
4. MÉDICAMENTS	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 463	31 942
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 478	8 898
• Optique	2 540	2 593	2 606	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 207	4 298
• Prothèses, orthèses, VHP*	776	789	736	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 367	1 444
• Petits matériels et pansements	405	542	751	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 905	3 156
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 244	156 565
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 660	2 798	2 960	3 118
• Prévention individuelle primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 232	2 343	2 409	2 520
• Prévention individuelle secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	428	456	551	598
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	100 006	102 467	104 301	108 105	112 080	117 437	124 132	132 059	140 543	147 661	154 204	159 683

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995-2006

Indices de valeur : base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,0	105,1	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	106,0	104,7	105,0	103,4
• Secteur public	102,8	105,1	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,7	103,3
• Secteur privé	99,5	105,0	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	103,7
2. SOINS AMBULATOIRES	103,1	104,6	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,1	104,6
• Médecins	103,2	104,6	101,5	102,3	103,7	103,7	104,8	103,6	106,8	106,7	103,0	103,2	104,0
• Auxiliaires médicaux	104,0	107,1	103,2	99,2	104,6	106,7	106,4	106,0	109,6	108,0	106,5	105,2	106,8
- infirmiers	103,8	107,0	102,5	99,9	103,8	106,6	106,3	102,8	109,4	110,1	106,8	106,2	107,7
- masseurs-kinésithérapeutes	103,9	107,0	103,4	97,9	105,6	106,3	106,5	109,8	109,5	105,4	106,3	104,1	106,1
- autres	105,8	107,6	107,2	102,1	104,5	109,3	106,2	106,9	111,9	109,1	105,8	104,5	104,6
• Dentistes	102,3	105,5	103,3	101,9	102,4	100,7	103,2	109,1	105,7	107,1	104,7	101,1	104,1
• Analyses	103,2	107,3	99,2	101,9	105,2	104,8	105,1	107,0	110,2	109,1	106,7	103,7	104,1
• Cures thermales (forfait soins)	101,3	101,1	99,2	105,8	102,8	102,5	96,3	103,5	101,1	101,0	99,7	100,1	100,0
3. TRANSPORTS DE MALADES	105,0	108,4	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	108,0	107,0	109,2
4. MÉDICAMENTS	105,1	105,9	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	101,5
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	109,0	108,2	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,9	104,9
• Optique	105,0	105,4	102,1	100,5	103,5	105,2	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3	102,5	102,2
• Prothèses, orthèses, VHP*	102,8	108,9	101,7	93,2	103,4	107,0	109,3	110,2	109,2	106,2	107,3	112,0	105,7
• Petits matériels et pansements	131,4	112,8	133,9	138,5	134,4	139,1	113,1	117,8	113,3	112,4	112,4	108,5	108,6
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	103,3	105,6	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1	104,4	103,5
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	103,2	105,0	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	105,9	105,2	105,8	105,3
• Prévention individuelle primaire	102,7	104,4	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,2	105,0	102,8	104,6
• Prévention individuelle secondaire	106,3	108,3	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,7	106,5	121,0	108,4
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	103,3	105,6	102,5	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1	104,4	103,6

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2006

Indices des prix : base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,5	105,0	101,8	100,9	101,2	101,6	102,1	103,1	104,3	104,6	103,1	102,8	102,0
• Secteur public	101,7	103,8	101,7	100,8	101,3	102,2	102,6	103,5	104,6	104,9	103,2	102,9	102,2
• Secteur privé	100,8	102,9	102,1	101,2	100,7	99,6	100,5	101,9	103,2	103,5	103,0	102,7	101,0
2. SOINS AMBULATOIRES	100,6	101,5	101,0	100,7	100,6	100,5	100,4	99,0	102,9	103,5	100,9	101,5	102,5
• Médecins	100,8	103,2	101,1	100,5	101,0	100,6	100,6	100,6	106,2	105,4	101,1	102,7	104,6
• Auxiliaires médicaux	100,8	101,6	101,0	101,0	100,5	101,5	100,2	99,2	104,5	103,1	101,4	100,0	100,0
• Dentistes	100,5	98,6	101,0	100,9	99,9	99,7	101,2	95,6	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8
• Analyses	99,6	100,4	100,2	100,1	100,0	99,2	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0
• Cures thermales	100,7	101,7	100,8	100,7	100,8	101,0	100,2	99,6	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	101,8	101,9	101,6	102,3	100,8	102,9	101,6	103,3	102,1	101,9	100,5	101,9	103,2
4. MÉDICAMENTS	100,0	99,0	100,7	100,1	100,0	99,8	99,6	98,9	98,9	99,6	98,8	98,8	96,3
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,8	101,2	101,7	100,1	100,7	100,5	100,7	101,1	101,1	101,5	101,5	101,1	100,2
• Optique	100,9	101,8	102,1	99,7	100,9	101,5	100,5	101,1	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2
• Prothèses, orthèses, VHP*	100,5	100,7	100,7	100,7	100,4	100,0	100,8	100,9	100,7	100,3	100,8	100,6	100,2
• Petits matériels et pansements	100,7	100,8	101,1	100,8	100,5	100,2	101,1	101,0	100,9	100,5	100,9	100,5	100,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	101,0	101,8	101,4	100,7	100,8	100,9	101,1	101,0	102,5	103,0	101,5	101,5	100,8

* Véhicules pour handicapés physiques.

Indices de volume: base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,5	101,5	101,0	100,2	100,9	99,9	100,5	100,8	101,6	101,3	101,5	102,1	101,4
• Secteur public	101,1	101,3	101,2	100,2	103,1	100,6	100,5	100,8	101,3	101,1	101,5	101,7	101,0
• Secteur privé	98,7	102,1	100,5	100,5	94,4	97,7	100,6	100,9	102,7	102,0	101,6	103,2	102,6
2. SOINS AMBULATOIRES	102,5	104,0	101,0	100,9	103,1	103,2	104,3	106,7	104,4	103,6	103,5	101,7	102,1
• Médecins	102,4	101,4	100,4	101,7	102,6	103,1	104,1	103,0	100,6	101,3	101,9	100,5	99,5
• Auxiliaires médicaux	103,1	105,3	102,2	98,3	104,1	105,1	106,2	106,8	104,9	104,8	105,0	105,2	106,8
• Dentistes	101,8	107,0	102,3	100,9	102,6	101,0	102,0	114,1	110,9	106,1	104,4	100,1	102,3
• Analyses	103,7	106,9	99,0	101,8	105,2	105,6	106,9	108,7	107,9	107,5	106,7	103,7	104,1
• Cures thermales	100,6	99,3	98,4	105,1	102,0	101,5	96,1	104,0	98,2	98,5	98,2	98,1	97,3
3. TRANSPORTS DE MALADES	103,1	106,3	97,7	98,4	108,2	105,2	106,6	106,1	107,0	106,2	107,5	104,9	105,8
4. MÉDICAMENTS	105,0	107,0	100,8	103,2	106,0	107,0	108,3	109,1	106,8	106,5	107,0	105,5	105,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	108,1	106,9	103,7	104,2	108,3	112,7	112,2	111,5	106,5	105,4	106,2	104,8	104,7
• Optique	104,0	103,5	100,0	100,8	102,5	103,7	113,5	109,6	102,9	101,7	103,0	100,8	102,0
• Prothèses, orthèses, VHP*	102,2	108,3	101,0	92,6	103,0	107,0	108,4	109,2	108,4	105,8	106,4	111,4	105,5
• Petits matériels et pansements	130,5	112,0	132,4	137,4	133,7	138,8	111,9	116,6	112,3	111,9	111,4	107,9	108,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	102,3	103,7	101,1	101,1	102,9	102,8	103,7	104,7	103,8	103,3	103,6	102,9	102,7

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995-2006

En millions d'euros 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS	51 294	51 831	51 958	52 461	52 414	52 668	53 097	53 963	54 676	55 503	56 638	57 411
• Secteur public	38 626	39 102	39 164	40 381	40 617	40 802	41 128	41 666	42 130	42 759	43 497	43 940
• Secteur privé	12 668	12 729	12 794	12 080	11 797	11 866	11 969	12 297	12 546	12 744	13 141	13 471
2. SOINS AMBULATOIRES	27 596	27 886	28 140	29 015	29 950	31 223	33 307	34 790	36 081	37 377	37 995	38 831
• Médecins	13 485	13 544	13 781	14 146	14 587	15 191	15 649	15 739	15 936	16 232	16 307	16 221
• Auxiliaires médicaux	5 398	5 517	5 420	5 641	5 927	6 294	6 723	7 052	7 388	7 760	8 165	8 719
• Dentistes	6 112	6 252	6 311	6 472	6 536	6 668	7 611	8 440	8 957	9 354	9 360	9 576
• Analyses	2 334	2 310	2 351	2 474	2 614	2 795	3 038	3 278	3 524	3 760	3 897	4 056
• Cures thermales	267	263	277	282	286	275	286	281	276	271	266	259
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 617	1 579	1 553	1 681	1 768	1 886	2 001	2 141	2 275	2 445	2 565	2 714
4. MÉDICAMENTS	18 490	18 646	19 244	20 400	21 820	23 631	25 780	27 535	29 331	31 378	33 109	34 898
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 878	4 022	4 192	4 540	5 091	5 714	6 369	6 781	7 152	7 600	7 972	8 352
• Optique	2 661	2 661	2 683	2 751	2 851	3 236	3 546	3 648	3 710	3 822	3 852	3 927
• Prothèses, orthèses, VHP*	797	805	745	767	821	890	972	1 054	1 116	1 187	1 323	1 396
• Petits matériels et pansements	420	556	764	1 022	1 419	1 588	1 851	2 079	2 326	2 591	2 797	3 029
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	102 875	103 964	105 087	108 097	111 043	115 122	120 554	125 210	129 515	134 303	138 279	142 206

* Véhicules pour handicapés physiques.

Indices de volume: base 100 année précédente

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS	97,4	98,4	98,7	99,6	99,5	100,0	100,8	102,5	103,8	105,4	107,5	109,0
• Secteur public	94,7	95,8	96,0	99,0	99,5	100,0	100,8	102,1	103,3	104,8	106,6	107,7
• Secteur privé	106,8	107,3	107,8	101,8	99,4	100,0	100,9	103,6	105,7	107,4	110,7	113,5
2. SOINS AMBULATOIRES	88,4	89,3	90,1	92,9	95,9	100,0	106,7	111,4	115,6	119,7	121,7	124,4
• Médecins	88,8	89,2	90,7	93,1	96,0	100,0	103,0	103,6	104,9	106,9	107,3	106,8
• Auxiliaires médicaux	85,8	87,7	86,1	89,6	94,2	100,0	106,8	112,0	117,4	123,3	129,7	138,5
• Dentistes	91,7	93,8	94,6	97,1	98,0	100,0	114,1	126,6	134,3	140,3	140,4	143,6
• Analyses	83,5	82,6	84,1	88,5	93,5	100,0	108,7	117,3	126,1	134,5	139,4	145,1
• Cures thermales	97,1	95,6	100,7	102,5	104,0	100,0	104,0	102,2	100,4	98,5	96,7	94,2
3. TRANSPORTS DE MALADES	85,7	83,7	82,3	89,1	93,7	100,0	106,1	113,5	120,6	129,6	136,0	143,9
4. MÉDICAMENTS	78,2	78,9	81,4	86,3	92,3	100,0	109,1	116,5	124,1	132,8	140,1	147,7
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	67,9	70,4	73,4	79,5	89,1	100,0	111,5	118,7	125,2	133,0	139,5	146,2
• Optique	82,2	82,2	82,9	85,0	88,1	100,0	109,6	112,7	114,6	118,1	119,0	121,4
• Prothèses, orthèses, VHP*	89,6	90,4	83,7	86,2	92,2	100,0	109,2	118,4	125,4	133,4	148,7	156,9
• Petits matériels et pansements	26,4	35,0	48,1	64,4	89,4	100,0	116,6	130,9	146,5	163,2	176,1	190,7
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1 +...5)	89,4	90,3	91,3	93,9	96,5	100,0	104,7	108,8	112,5	116,7	120,1	123,5

* Véhicules pour handicapés physiques.

■ DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995-2006

En millions d'euros

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98032	100418	102208	105926	109834	115121	121730	129548	137883	144863	151244	156565
• Soins aux particuliers	75857	77753	78754	80937	82871	85777	89792	95689	101908	106673	111303	115725
- soins hospitaliers	47625	48990	49551	50576	51313	52669	54763	58024	61502	64390	67582	69858
- secteur public	35467	36514	36864	38518	39579	40802	42567	45095	47851	50103	52434	54151
- secteur privé	12158	12476	12686	12058	11733	11866	12196	12929	13651	14287	15149	15707
- soins ambulatoires	26756	27299	27730	28754	29818	31223	32961	35407	37963	39643	40898	42785
- transports de malades	1476	1464	1474	1608	1740	1886	2067	2258	2443	2640	2823	3083
• Médicaments	18454	18739	19360	20522	21908	23631	25502	26928	28555	30188	31463	31942
• Autres biens médicaux	3721	3925	4093	4466	5055	5713	6436	6931	7420	8002	8478	8898
12. SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	2270	2381	2476	2595	2720	2931	3096	3417	3733	4118	4729	5200
13. AIDE AUX MALADES (indemnités journalières)	6651	6694	6649	7065	7487	8162	8763	9617	10416	10459	10343	10280
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	1465	1415	1481	1542	1616	1613	1648	1719	1783	1957	2113	2282
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	108418	110908	112814	117128	121656	127828	135237	144300	153816	161397	168429	174326
21- Prévention individuelle	1974	2049	2094	2179	2246	2316	2403	2511	2660	2798	2960	3118
- Prévention primaire	1702	1758	1785	1842	1887	1947	2019	2121	2232	2343	2409	2520
- Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	428	456	551	598
22 - Prévention collective	1482	1511	1557	1627	1692	1779	1823	2233	2361	2083	2251	2703
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	3456	3560	3650	3806	3938	4095	4226	4744	5021	4881	5211	5821
31. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	4092	4125	4121	4246	4981	5422	5761	6275	6475	6610	6981	6772
32. DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	931	979	1014	1057
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	4779	4826	4845	5000	5765	6239	6599	7170	7406	7589	7995	7829
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	9616	9922	10152	10435	10912	11372	11736	12108	12734	12982	13630	14033
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-1 967	-1 982	-1 975	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 629	-3 701
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	124 301	127 234	129 487	134 316	139 791	146 893	155 025	165 214	175 676	183 539	191 636	198 309

■ DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995-2006

Indices de valeur : base 100 année précédente

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
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	104,4	103,5
• Soins aux particuliers	102,5	101,3	102,8	102,4	103,5	104,7	106,6	106,5	104,7	104,3	104,0
- soins hospitaliers	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	106,0	104,7	105,0	103,4
- secteur Public	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,7	103,3
- secteur Privé	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	103,7
- soins ambulatoires	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,2	104,6
- transports de malades	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	108,0	107,0	109,2
• Médicaments	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	101,5
• Autres biens médicaux	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,9	104,9
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	114,8	110,0
13. AIDE AUX MALADES (indemnités journalières)	100,7	99,3	106,3	106,0	109,0	107,4	109,7	108,3	100,4	98,9	99,4
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	96,6	104,6	104,2	104,8	99,8	102,2	104,3	103,8	109,8	108,0	108,0
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	102,3	101,7	103,8	103,9	105,1	105,8	106,7	106,6	104,9	104,4	103,5
21 - Prévention individuelle	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	105,9	105,2	105,8	105,3
- Prévention primaire	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,2	105,0	102,8	104,6
- Prévention secondaire	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,7	106,5	121,0	108,4
22 - Prévention collective	102,0	103,0	104,5	104,0	105,1	102,5	122,5	105,8	88,2	108,1	120,1
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,0	102,5	104,3	103,5	104,0	103,2	112,3	105,8	97,2	106,7	111,7
31. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	100,8	99,9	103,0	117,3	108,9	106,3	108,9	103,2	102,1	105,6	97,0
32. DÉPENSES DE FORMATION	102,1	103,3	104,0	104,0	104,3	102,5	106,7	104,1	105,1	103,6	104,3
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	101,0	100,4	103,2	115,3	108,2	105,8	108,6	103,3	102,5	105,4	97,9
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	103,2	102,3	102,8	104,6	104,2	103,2	103,2	105,2	102,0	105,0	103,0
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	100,8	99,6	103,9	120,9	106,5	105,0	112,1	106,2	100,3	109,6	102,0
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	102,4	101,8	103,7	104,1	105,1	105,5	106,6	106,3	104,5	104,4	103,5

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 1995
En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et collectivités locales	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complé- mentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	33 513	499						548	199	89	618	35 467
Hôpitaux du secteur privé	10 387	48						517	155	105	946	12 158
Sous-total : soins hospitaliers	43 901	547						1 065	354	194	1 564	47 625
- Médecins	9 609	195						1 493	713	398	627	13 036
- Auxiliaires	4 280	61						383	172	46	442	5 384
- Dentistes	2 323	29						967	596	293	1 742	5 950
Laboratoires d'analyses	1 721	28						314	157	63	105	2 387
Sous-total : soins ambulatoires	17 933	313						3 158	1 638	799	2 916	26 756
Transports de malades	1 414	2						23	14	2	21	1 476
Total : prestataires de soins	63 248	862						4 245	2 006	996	4 500	75 857
Officines pharmaceutiques	11 484	217						2 352	962	417	3 022	18 454
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	848	26						515	244	191	1 897	3 721
Total : biens médicaux	12 332	243						2 868	1 206	608	4 918	22 175
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	75 580	1 105						7 113	3 212	1 603	9 419	98 032
Soins aux personnes âgées en établissements	2 270											2 270
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 651											6 651
Aide indirecte (subventions)			1 465									1 465
DÉPENSES POUR LES MALADES	84 501	1 105	1 465					7 113	3 212	1 603	9 419	108 417
Prévention individuelle	337				762		875					1 974
Prévention collective				284	1 170		28					1 482
TOTAL : PRÉVENTION	337			284	1 932		903					3 456
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 022		2 069					4 092
FORMATION				8	613		31				35	687
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				5 961	711	2 797	148					9 616
DOUBLE COMPTE							-1 967					-1 967
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	84 837	1 105	1 465	6 253	5 278	2 797	1 184	7 113	3 212	1 603	9 454	124 301

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 1996

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de sécurité sociale de base	Etat et collectivités locales	Transferts et subventions de sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	34 414	503						520	220	104	753	36 514
Hôpitaux du secteur privé	10 606	48						612	174	121	914	12 476
Sous-total : soins hospitaliers	45 021	551						1 132	394	225	1 667	48 990
- Médecins	9 704	200						1 563	748	436	586	13 236
- Auxiliaires	4 433	64						398	190	51	413	5 549
- Dentistes	2 385	31						1 021	622	326	1 762	6 147
Laboratoires d'analyses	1 719	29						322	162	68	67	2 367
Sous-total : soins ambulatoires	18 241	324						3 304	1 720	882	2 828	27 299
Transports de malades	1 402	2						23	15	2	19	1 464
Total : prestataires de soins	64 663	877						4 460	2 130	1 109	4 514	77 753
Officines pharmaceutiques	11 647	237						2 477	991	449	2 939	18 739
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	969	23						579	268	219	1 866	3 925
Total : biens médicaux	12 616	260						3 056	1 259	668	4 805	22 664
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	77 279	1 138						7 516	3 389	1 777	9 319	100 418
Soins aux personnes âgées en établissements	2 381											2 381
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 694											6 694
Aide indirecte (subventions)			1 415									1 415
DÉPENSES POUR LES MALADES	86 355	1 138	1 415					7 516	3 389	1 777	9 319	110 908
Prévention individuelle	349				798		902					2 049
Prévention collective				296	1 185		29					1 511
TOTAL : PRÉVENTION	349			296	1 984		932					3 560
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 038		2 087					4 125
FORMATION				8	625		32				36	701
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 086	726	2 954	156					9 922
DOUBLE COMPTE							-1 982					-1 982
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	86 704	1 138	1 415	6 390	5 373	2 954	1 224	7 516	3 389	1 777	9 355	127 234

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 1997
En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de sécurité sociale de base	État et collectivités locales	Transferts et subventions de sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	34 776	530						524	207	117	711	36 864
Hôpitaux du secteur privé	10 816	50						622	168	136	894	12 686
Sous-total : soins hospitaliers	45 592	580						1 146	374	253	1 605	49 551
- Médecins	9 905	204						1 608	717	486	617	13 537
- Auxiliaires	4 408	67						391	165	56	433	5 520
- Dentistes	2 429	34						1 066	567	381	1 784	6 261
Laboratoires d'analyses	1 754	31						326	155	76	68	2 411
Sous-total : soins ambulatoires	18 497	336						3 391	1 605	999	2 902	27 730
Transports de malades	1 407	2						23	14	2	26	1 474
Total : prestataires de soins	65 496	918						4 561	1 993	1 255	4 533	78 754
Officines pharmaceutiques	12 153	261						2 481	957	510	2 998	19 360
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	1 138	23						626	258	256	1 793	4 093
Total : biens médicaux	13 291	283						3 107	1 215	767	4 791	23 453
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	78 786	1 201						7 667	3 208	2 022	9 324	102 208
Soins aux personnes âgées en établissements	2 476											2 476
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 649											6 649
Aide indirecte (subventions)			1 481									1 481
DÉPENSES POUR LES MALADES	87 912	1 201	1 481					7 667	3 208	2 022	9 324	112 814
Prévention individuelle	342				827		925					2 094
Prévention collective				306	1 221		30					1 557
TOTAL : PRÉVENTION	342			306	2 048		954					3 650
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 040		2 081					4 121
FORMATION				8	644		35				38	724
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 152	749	3 088	162					10 152
DOUBLE COMPTE							-1 975					-1 975
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	88 254	1 201	1 481	6 466	5 481	3 088	1 258	7 667	3 208	2 022	9 361	129 487

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 1998

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et collectivités locales	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	36 389	543						530	214	156	685	38 518
Hôpitaux du secteur privé	10 208	51						639	172	172	816	12 058
Sous-total : soins hospitaliers	46 597	594						1 169	387	328	1 501	50 576
- Médecins	10 337	208						1 721	715	488	564	14 033
- Auxiliaires	4 608	65						403	169	57	467	5 769
- Dentistes	2 399	35						1 147	541	445	1 848	6 415
Laboratoires d'analyses	1 849	32						339	168	74	75	2 537
Sous-total : soins ambulatoires	19 194	340						3 610	1 592	1 064	2 954	28 754
Transports de malades	1 527	2						26	14	3	36	1 608
Total : prestataires de soins	67 318	936						4 805	1 993	1 395	4 490	80 937
Officines pharmaceutiques	12 910	267						2 598	974	533	3 241	20 522
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	1 375	22						712	285	265	1 806	4 466
Total : biens médicaux	14 285	289						3 311	1 259	798	5 047	24 989
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	81 603	1 225						8 116	3 252	2 193	9 537	105 926
Soins aux personnes âgées en établissements	2 595											2 595
Aide aux malades (indemnités journalières)	7 065											7 065
Aide indirecte (subventions)			1 542									1 542
DÉPENSES POUR LES MALADES	91 263	1 225	1 542					8 116	3 252	2 193	9 537	117 128
Prévention individuelle	367				857		955					2 179
Prévention collective				313	1 284		30					1 627
TOTAL : PRÉVENTION	367			313	2 141		986					3 806
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 087		2 159					4 246
FORMATION				9	670		37				38	754
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 262	769	3 236	168					10 435
DOUBLE COMPTE							-2 052					-2 052
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	91 630	1 225	1 542	6 583	5 666	3 236	1 297	8 116	3 252	2 193	9 575	134 316

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 1999 En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et collectivités locales	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	37 363	554						557	211	190	703	39 579
Hôpitaux du secteur privé	9 863	53						669	171	178	800	11 733
Sous-total : soins hospitaliers	47 226	607						1 226	383	368	1 503	51 313
- Médecins	10 750	212						1 788	701	491	615	14 557
- Auxiliaires	4 895	66						418	166	61	538	6 144
- Dentistes	2 411	36						1 187	519	468	1 837	6 459
Laboratoires d'analyses	1 945	33						345	163	80	93	2 659
Sous-total : soins ambulatoires	20 001	346						3 738	1 548	1 101	3 083	29 818
Transports de malades	1 647	2						30	13	3	46	1 740
Total : prestataires de soins	68 874	955						4 994	1 944	1 472	4 633	82 871
Officines pharmaceutiques	13 950	269						2 699	971	599	3 420	21 908
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	1 760	22						799	287	296	1 890	5 055
Total : biens médicaux	15 710	291						3 498	1 258	895	5 310	26 963
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	84 584	1 246						8 491	3 202	2 367	9 943	109 834
Soins aux personnes âgées en établissements	2 720											2 720
Aide aux malades (indemnités journalières)	7 487											7 487
Aide indirecte (subventions)			1 616									1 616
DÉPENSES POUR LES MALADES	94 790	1 246	1 616					8 491	3 202	2 367	9 943	121 656
Prévention individuelle	377				890		979					2 246
Prévention collective				325	1 337		31					1 692
TOTAL : PRÉVENTION	377			325	2 227		1 010					3 938
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 394		2 587					4 981
FORMATION				10	692		43				39	784
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 553	814	3 369	176					10 912
DOUBLE COMPTE							-2 481					-2 481
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	95 167	1 246	1 616	6 887	6 127	3 369	1 336	8 491	3 202	2 367	9 982	139 791

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2000

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	38 543	553						569	215	240	681	40 802
Hôpitaux du secteur privé	10 016	53						685	174	220	718	11 866
Sous-total : soins hospitaliers	48 560	606						1 254	390	460	1 399	52 669
- Médecins	11 190	233						1 793	665	497	869	15 246
- Auxiliaires	5 222	55						462	162	80	533	6 514
- Dentistes	2 436	66						1 206	493	503	1 965	6 668
Laboratoires d'analyses	2 082	40						371	175	96	30	2 795
Sous-total : soins ambulatoires	20 929	394						3 832	1 495	1 176	3 397	31 223
Transports de malades	1 795	10						38	13	6	25	1 886
Total : prestataires de soins	71 284	1 010						5 124	1 898	1 641	4 821	85 777
Officines pharmaceutiques	15 386	349						2 829	969	733	3 365	23 631
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	2 046	43						862	284	358	2 121	5 713
Total : biens médicaux	17 431	392						3 690	1 253	1 091	5 486	29 344
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	88 715	1 402						8 814	3 151	2 732	10 308	115 121
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931											2 931
Aide aux malades (indemnités journalières)	8 162											8 162
Aide indirecte (subventions)			1 613									1 613
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	99 809	1 402	1 613					8 814	3 151	2 732	10 308	127 828
Prévention individuelle	386				915		1 015					2 316
Prévention collective				330	1 417		31					1 779
TOTAL : PRÉVENTION	386			330	2 331		1 047					4 095
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 662		2 760					5 422
FORMATION				10	722		45				40	817
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 603	855	3 728	186					11 372
DOUBLE COMPTE							-2 641					-2 641
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	100 195	1 402	1 613	6 944	6 570	3 728	1 397	8 814	3 151	2 732	10 348	146 893

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2001 En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	Etat et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	Etat et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	40 193	651						562	249	232	680	42 567
Hôpitaux du secteur privé	10 275	66						681	197	214	763	12 196
Sous-total : soins hospitaliers	50 468	717						1 243	446	446	1 443	54 763
- Médecins	11 522	237						1 770	663	647	961	15 800
- Auxiliaires	5 567	51						487	163	84	545	6 897
- Dentistes	2 689	143						1 280	549	617	1 998	7 276
Laboratoires d'analyses	2 244	42						393	183	99	29	2 989
Sous-total : soins ambulatoires	22 022	472						3 930	1 558	1 446	3 533	32 961
Transports de malades	1 970	11						39	13	5	29	2 067
Total : prestataires de soins	74 460	1 201						5 212	2 017	1 897	5 005	89 792
Officines pharmaceutiques	16 868	373						2 962	964	718	3 617	25 502
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	2 353	60						912	310	472	2 330	6 436
Total : biens médicaux	19 221	433						3 874	1 274	1 190	5 947	31 938
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	93 681	1 633						9 085	3 291	3 087	10 952	121 730
Soins aux personnes âgées en établissements	3 096											3 096
Aide aux malades (indemnités journalières)	8 763											8 763
Aide indirecte (subventions)			1 648									1 648
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	105 541	1 633	1 648					9 085	3 291	3 087	10 952	135 237
Prévention individuelle	391				959		1 052					2 403
Prévention collective				330	1 461		32					1 823
TOTAL : PRÉVENTION	391			330	2 420		1 084					4 226
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 861		2 900					5 761
FORMATION				10	740		46				41	838
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 790	927	3 825	194					11 736
DOUBLE COMPTE							-2 773					-2 773
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	105 932	1 633	1 648	7 131	6 948	3 825	1 451	9 085	3 291	3 087	10 993	155 025

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2002

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	42 619	629						564	296	290	697	45 095
Hôpitaux du secteur privé	10 912	149						684	234	267	684	12 929
Sous-total : soins hospitaliers	53 531	778						1 248	530	557	1 381	58 024
- Médecins	12 173	269						1 757	716	642	1 319	16 877
- Auxiliaires	6 086	64						518	174	89	610	7 542
- Dentistes	2 777	154						1 373	644	689	2 057	7 694
Laboratoires d'analyses	2 492	56						420	181	112	33	3 294
Sous-total : soins ambulatoires	23 528	543						4 069	1 715	1 532	4 019	35 407
Transports de malades	2 146	12						41	11	5	43	2 258
Total : prestataires de soins	79 204	1 334						5 358	2 257	2 094	5 443	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	99 922	1 807						9 468	3 617	3 374	11 359	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	112 956	1 807	1 719					9 468	3 617	3 374	11 359	144 300
Prévention individuelle	385				1 032		1 094					2 511
Prévention collective				367	1 833		33					2 233
TOTAL : PRÉVENTION	385			367	2 865		1 127					4 744
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					3 049		3 226					6 275
FORMATION				11	790		50				44	894
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				6 891	987	4 024	206					12 108
DOUBLE COMPTE							-3 108					-3 108
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	113 342	1 807	1 719	7 269	7 691	4 024	1 500	9 468	3 617	3 374	11 403	165 214

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2003 En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	45 310	626						573	312	296	734	47 851
Hôpitaux du secteur privé	11 578	164						694	247	273	696	13 651
Sous-total : soins hospitaliers	56 889	790						1 266	558	569	1 430	61 502
- Médecins	13 028	284						1 777	798	684	1 428	17 999
- Auxiliaires	6 608	75						559	192	88	609	8 131
- Dentistes	2 963	178						1 476	748	692	2 184	8 240
Laboratoires d'analyses	2 732	63						455	206	119	18	3 593
Sous-total : soins ambulatoires	25 331	599						4 266	1 944	1 584	4 238	37 963
Transports de malades	2 319	16						43	13	6	47	2 443
Total : prestataires de soins	84 539	1 405						5 575	2 515	2 159	5 715	101 908
Officines pharmaceutiques	19 190	434						3 360	1 002	798	3 772	28 555
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	2 952	63						1 055	463	612	2 274	7 420
Total : biens médicaux	22 142	497						4 415	1 465	1 411	6 046	35 975
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	106 681	1 901						9 990	3 980	3 570	11 761	137 883
Soins aux personnes âgées en établissements	3 733											3 733
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 416											10 416
Aide indirecte (subventions)			1 783									1 783
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	120 830	1 901	1 783					9 990	3 980	3 570	11 761	153 816
Prévention individuelle	379				1 142		1 139					2 660
Prévention collective				431	1 897		34					2 361
TOTAL : PRÉVENTION	379			431	3 038		1 173					5 021
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					3 057		3 418					6 475
FORMATION				12	822		52				46	931
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 312	1 002	4 208	212					12 734
DOUBLE COMPTE							-3 301					-3 301
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	121 209	1 901	1 783	7 755	7 919	4 208	1 553	9 990	3 980	3 570	11 807	175 676

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2004

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	47 392	619						594	353	296	848	50 103
Hôpitaux du secteur privé	12 122	168						716	279	272	730	14 287
Sous-total : soins hospitaliers	59 514	787						1 310	632	568	1 578	64 390
- Médecins	13 430	301						1 844	861	715	1 382	18 533
- Auxiliaires	6 938	71						614	232	102	692	8 648
- Dentistes	3 055	203						1 617	762	727	2 266	8 629
Laboratoires d'analyses	2 916	64						482	225	128	19	3 833
Sous-total : soins ambulatoires	26 339	639						4 557	2 079	1 671	4 358	39 643
Transports de malades	2 503	18						46	23	8	42	2 640
Total : prestataires de soins	88 356	1 444						5 914	2 734	2 247	5 978	106 673
Officines pharmaceutiques	20 300	446						3 671	1 184	838	3 749	30 188
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	3 283	70						1 163	542	672	2 273	8 002
Total : biens médicaux	23 582	515						4 834	1 726	1 511	6 021	38 190
TOTAL : SOINS ET BIENS MÉDICAUX	111 939	1 959						10 748	4 460	3 758	11 999	144 863
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118											4 118
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 459											10 459
Aide indirecte (subventions)			1 957									1 957
TOTAL : DÉPENSES POUR LES MALADES	126 515	1 959	1 957					10 748	4 460	3 758	11 999	161 397
Prévention individuelle	392				1 232		1 174					2 798
Prévention collective				371	1 676		35					2 083
TOTAL : PRÉVENTION	392			371	2 908		1 210					4 881
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					3 171		3 439					6 610
FORMATION				12	864		54				48	979
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 268	1 024	4 467	223					12 982
DOUBLE COMPTE							-3 311					-3 311
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	126 907	1 959	1 957	7 652	7 968	4 467	1 615	10 748	4 460	3 758	12 047	183 539

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2005 En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complémentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	49 505	649						622	401	305	952	52 434
Hôpitaux du secteur privé	12 840	183						754	314	280	778	15 149
Sous-total : soins hospitaliers	62 344	832						1 376	716	585	1 730	67 582
- Médecins	13 622	315						1 919	908	682	1 671	19 117
- Auxiliaires	7 304	76						651	241	100	714	9 086
- Dentistes	3 046	189						1 641	744	706	2 396	8 721
Laboratoires d'analyses	2 947	69						487	223	129	118	3 974
Sous-total : soins ambulatoires	26 919	649						4 698	2 117	1 617	4 898	40 898
Transports de malades	2 665	20						50	29	9	50	2 823
Total : prestataires de soins	91 929	1 501						6 123	2 861	2 212	6 677	111 303
Officines pharmaceutiques	21 247	440						3 869	1 260	818	3 829	31 463
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	3 557	80						1 238	602	679	2 322	8 478
Total : biens médicaux	24 804	520						5 106	1 862	1 497	6 151	39 941
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	116 732	2 022						11 230	4 723	3 708	12 829	151 244
Soins aux personnes âgées en établissements	4 729											4 729
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 343											10 343
Aide indirecte (subventions)			2 113									2 113
DÉPENSES POUR LES MALADES	131 804	2 022	2 113					11 230	4 723	3 708	12 829	168 429
Prévention individuelle	464				1 297		1 198					2 960
Prévention collective				403	1 812		36					2 251
TOTAL : PRÉVENTION	464			403	3 109		1 234					5 211
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					3 226		3 756					6 981
FORMATION				13	895		56				50	1 014
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 644	1 049	4 702	235					13 630
DOUBLE COMPTE							-3 629					-3 629
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	132 269	2 022	2 113	8 059	8 279	4 702	1 652	11 230	4 723	3 708	12 879	191 636

■ DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEUR EN 2006

En millions d'euros

Financements Dépenses	Prestations de Sécurité sociale de base	État et CMUC	Transferts et subventions de Sécurité sociale	Dépenses courantes				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institution de prévoyance	Ménages	TOTAL
				Sécurité sociale	État et collect. locales	Organismes complé- mentaires	Secteur privé					
Hôpitaux du secteur public	51 018	651						641	484	326	1 030	54 151
Hôpitaux du secteur privé	13 181	207						777	374	298	870	15 707
Sous-total : soins hospitaliers	64 198	859						1 418	858	624	1 900	69 858
- Médecins	14 044	333						1 971	962	702	1 869	19 881
- Auxiliaires	7 838	73						575	231	83	888	9 689
- Dentistes	3 155	206						1 665	771	715	2 568	9 080
Laboratoires d'analyses	3 061	75						492	261	127	118	4 135
Sous-total : soins ambulatoires	28 098	696						4 832	2 239	1 648	5 272	42 785
Transports de malades	2 901	22						53	36	10	60	3 083
Total : prestataires de soins	95 197	1 576						6 304	3 133	2 283	7 232	115 725
Officines pharmaceutiques	21 563	472						4 003	1 262	780	3 862	31 942
Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	3 826	87						1 292	644	735	2 313	8 898
Total : biens médicaux	25 389	560						5 295	1 907	1 515	6 175	40 840
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	120 586	2 136						11 598	5 040	3 798	13 407	156 565
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200											5 200
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 280											10 280
Aide indirecte (subventions)			2 282									2 282
DÉPENSES POUR LES MALADES	136 065	2 136	2 282					11 598	5 040	3 798	13 407	174 326
Prévention individuelle	455				1 428		1 235					3 118
Prévention collective				395	2 271		38					2 703
TOTAL : PRÉVENTION	455			395	3 699		1 273					5 821
RECHERCHE MÉDICALE et pharmaceutique					2 945		3 827					6 772
FORMATION				13	934		59				52	1 057
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ				7 722	1 073	4 989	249					14 033
DOUBLE COMPTE							-3 701					-3 701
DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	136 520	2 136	2 282	8 130	8 650	4 989	1 707	11 598	5 040	3 798	13 459	198 309