

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**



**Comptes nationaux de la santé
2007**

Annie FENINA, Yves GEFFROY, Michel DUEE

n°126 – septembre 2008

Sommaire

Liste des illustrations du Compte de la santé 2007	4
Introduction	5
I. Les principales évolutions des dépenses de santé en 2007	6
II. Les agrégats des Comptes de la santé	7
III. L'évaluation et la révision des comptes de la santé	9
 Première partie : La consommation	13
 I. La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).....	13
I.1. La consommation de soins hospitaliers	17
I.1.1. La consommation de soins	17
I.1.2. L'activité hospitalière	19
I.2. La consommation de soins ambulatoires	21
I.2.1. Les soins de médecins	22
I.2.2. Les soins des chirurgiens-dentistes	25
I.2.3. Les prescriptions	26
I.3. Les transports sanitaires.....	29
I.4. Les médicaments	30
I.5. Les autres biens médicaux consommés en ambulatoire	32
 II. La dépense courante de santé	35
II.1. Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissements	36
II.2. Les aides aux malades : les indemnités journalières	37
II.3. Les subventions au système de soins	39
II.4. La consommation de services de prévention.....	39
II.4.1. La prévention individuelle	39
II.4.2. La prévention collective	40
II.4.3. La prévention en 2007	40
II.4.4. La consommation médicale totale	41
II.5. La recherche médicale et pharmaceutique.....	42
II.6. Les dépenses de formation	42
II.7. Le coût de gestion de la santé	43
II.8. La dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE	43
 Deuxième partie : Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux.....	47
I. Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	49
II. Le financement des soins hospitaliers	51
III. Le financement des soins ambulatoires	51
IV. Le financement des médicaments (en officine)	52
 Tableaux détaillés : 1995-2007	53

LISTE DES ILLUSTRATIONS DU COMPTE DE LA SANTÉ 2007

Tableau 01	Consommation de soins et de biens médicaux	13
Graphique 1	Taux de croissance en valeur, prix et volume de la consommation de soins et biens médicaux	14
Tableau 02	Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé	14
Tableau 03	Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur	15
Tableau 04	Contributions à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur	15
Tableau 05	Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume	16
Tableau 06	Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions des prix	16
Tableau 07	Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public	18
Tableau 08	Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé	19
Tableau 09	Évolution des emplois médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé	19
Tableau 10	Évolution de l'activité en nombre de séjours	20
Tableau 11	Évolution du nombre de journées par spécialité	21
Tableau 12	Évolution des soins ambulatoires	21
Tableau 13	Évolution de la consommation de soins de médecins	22
Tableau 14	Effectifs de médecins par mode conventionnel	24
Tableau 15	Honoraires moyens des médecins APE	24
Tableau 16	Dépassements par médecin APE	25
Tableau 17	Évolution de la consommation de soins dentaires	25
Tableau 18	Honoraires moyens des chirurgiens-dentistes APE	25
Tableau 19	Part des dépassements dans les honoraires dentaires	26
Tableau 20	Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux	26
Tableau 21	Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux	27
Tableau 22	Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux	27
Tableau 23	Évolution de la consommation d'analyses de laboratoires	29
Tableau 24	Évolution du nombre de laboratoires	29
Tableau 25	Évolution de la consommation de cures thermales	29
Tableau 26	Évolution de la consommation de transports de malades	30
Tableau 27	Évolution de la consommation de médicaments	30
Tableau 28	Indice des prix des spécialités pharmaceutiques	31
Tableau 29	Évolution de la consommation des autres biens médicaux	33
Tableau 30	Dépense courante de santé	35
Tableau 31	Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure	36
Tableau 32	Soins de longue durée aux personnes âgées	37
Tableau 33	Dépenses d'indemnités journalières	37
Graphique 2	Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi	38
Tableau 34	Consommation de services de prévention	41
Tableau 35	Consommation médicale totale	41
Tableau 36	Recherche médicale et pharmaceutique	42
Tableau 37	Coût de gestion de la santé	43
Tableau 38	Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE	43
Tableau 39	Part de la dépense nationale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE	44
Graphique 3	Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2005	45
Tableau 40	Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux	49
Graphique 4	Évolution du reste à charge des ménages pour les trois principaux postes de la CSBM	50
Tableau 41	Structure de financement des soins hospitaliers	51
Tableau 42	Structure de financement des soins ambulatoires	51
Tableau 43	Structure de financement des médicaments en officine	52

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 95 »¹.

Cette introduction s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2007. 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 2007 et pour la révision des données relatives aux exercices antérieurs.

Remerciements

Ce document a bénéficié plus particulièrement de contributions d'Alexandre Bourgeois, Marie-Emilie Clerc, Albane Exertier et Daniel Sicart de la Drees.

La Drees tient en outre à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la santé. Étant donné le nombre important des organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera toutefois plus particulièrement la Cnamts et l'Insee pour la diversité et le volume des données fournies, mais aussi l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des instituts de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), les entreprises du médicament (Leem)...

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. Les principales évolutions des dépenses de santé en 2007

En 2007, l'agrégat le plus large des Comptes de la santé, la dépense courante de santé, atteint 206,5 milliards d'euros, soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB). Ce ratio est légèrement inférieur au niveau atteint en 2006 (11,0 %). 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 163,8 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB, niveau identique à celui de 2006. La dépense totale de santé, agrégat retenu par l'OCDE pour mener des comparaisons internationales, représente pour la France 11,0 % du PIB en 2006 (dernière année connue pour la majorité des pays membres), contre 11,1 % en 2005. La France se situe 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 à un niveau proche de la Suisse (11,3 %) et de l'Allemagne (10,6 %).

La consommation de soins et de biens médicaux a progressé en valeur plus rapidement qu'en 2006 (+4,7 % après +3,5 %), mais reste proche de celle du PIB en 2007 (+4,7 %). Malgré cette accélération, l'évolution en 2007 reste toutefois inférieure à ce qui a été observé au début de la décennie (plus de 5,5 % par an de 2001 à 2003). Ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à l'évolution en valeur (1,7 point), suivis des soins ambulatoires (1,5 point).

La variation des prix de la CSBM reste faible et proche de celle de 2006 (+1,0 % après +0,8 %). Comme en 2006, les prix de la CSBM sont freinés par la diminution des prix des médicaments (-2,5 % après -3,7 %), conséquence de la progression des génériques sur le marché du médicament, et des baisses de prix d'un certain nombre de spécialités. À l'inverse, les prix des soins de médecins restent dynamiques (+3,4 % après +4,6 %) en raison des revalorisations des tarifs des généralistes intervenus mi-2006 et mi-2007.

L'accélération de l'évolution en valeur de la CSBM s'explique donc essentiellement par celle des volumes (+3,7 % en 2007 après +2,7 %) qui retrouvent un rythme de progression équivalent à celui de 2004 (+3,6 %) après deux années de ralentissement. L'accélération de la croissance en volume concerne tous les grands postes de dépenses, hormis le transport de malades. En particulier, les médicaments progressent toujours à un rythme soutenu (+7,1 % en 2007 après +5,4 %) et les honoraires des médecins progressent à nouveau en volume (+1,8 %) après la diminution de 2006 (-0,4 %).

L'année 2007 a également été marquée par une nette progression des indemnités journalières (+3,0 % en valeur) qui ne sont pas incluses dans la CSBM mais font partie de la dépense courante de santé. Cette progression fait suite à trois années de stabilité, en raison notamment de l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Le dynamisme des créations d'emploi de 2006 puis de 2007 a mécaniquement induit une reprise à la hausse des indemnités journalières de maladie, dont les premiers signes étaient observés dès la seconde moitié de l'année 2006.

L'année 2005 a été marquée par une inflexion dans la structure du financement de la CSBM. En effet, la part des dépenses restant à la charge des ménages s'est accrue alors que, sur le moyen terme, elle était orientée à la baisse : 9,6 % en 1995, 8,3 % en 2004. Cette baisse tendancielle tenait à l'augmentation des prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée, à un financement accru par les organismes complémentaires (en particulier par les institutions de prévoyance) et, dans une moindre mesure, à la création de la CMU complémentaire. Mais à partir de 2005, la part financée par la Sécurité sociale s'est orientée à la baisse (77,0 % en 2005 et 76,6 % en 2007) ; la part des organismes complémentaires poursuivant quant à elle sa progression (13,2 % en 2005 et 13,6 % en 2007).

Ainsi, depuis trois ans, le reste à charge des ménages est orienté à la hausse, tout en restant inférieur à son niveau de 2000 : il atteint 8,5 % en 2007, contre 8,3 % en 2004 et 9 % en 2000. La progression du reste à charge des ménages et la baisse de la part de la Sécurité sociale depuis 2005 découlent de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie : 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 ; modulation depuis 2006 des taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins, selon qu'ils respectent ou non le parcours de soins ; déremboursements de médicaments. En 2007, la pénalisation en cas de non-respect du parcours de soins a été accrue, et le plafond de la participation forfaitaire d'un euro, qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros, ce qui explique la poursuite de la tendance à la hausse du reste à charge. La progression de la part financée par les organismes complémentaires s'explique quant à elle pour l'essentiel par les hausses du forfait journalier hospitalier d'un euro par an et des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public.

II. Les agrégats des Comptes de la santé

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

La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, 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,
- les consommations de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins pratiqués en dispensaire...),
- les consommations de transports de malades,
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, 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 dans 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 individuelle 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 visent les comportements ou l'environnement.

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 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 de l'action sociale. Ces dépenses, désormais exclues de la CSBM, restent toutefois comprises dans la dépense courante de santé des comptes afin, compte tenu de 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 les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique et les dépenses de formation des personnels de santé ainsi que les coûts de gestion.

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 agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » 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 (formation brute de capital fixe : FBCF).

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades 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 « Dépense totale de santé/PIB ». La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'ACTP et d'APA correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

III. L'évaluation et la 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 le compte définitif de l'année n-3 révisé le compte semi-définitif.

Ainsi en 2008, on estime un compte provisoire pour 2007, un compte semi-définitif pour 2006 et on arrête un compte définitif pour 2005.

Pour le compte provisoire 2007, les points techniques suivants méritent d'être soulignés :

- 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 ;
- l'interprétation des données des secteurs hospitaliers public et privé doit intégrer la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). En 2007, dans le secteur public, elle représente 50 % du financement des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ceci rend délicat l'appréciation des évolutions. Dans le secteur privé, depuis le 1^{er} mars 2005, elle représente 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 ;
- les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 7 juillet 2008.

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

En 2008, l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a fourni des informations issues des données collectées auprès des mutuelles. Malgré l'absence de réponse de la part de certaines mutuelles, ces informations permettent de préciser le montant total et la structure des prestations des mutuelles pour l'année 2006 :

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

Répartition des prestations des mutuelles entre les différents types de soins

	2006
1 - SOINS HOSPITALIERS	15,7%
• Secteur Public	8,6%
• Secteur Privé	7,1%
2 - SOINS AMBULATOIRES	40,6%
• Médecins	17,4%
• Auxiliaires médicaux	5,1%
• Dentistes	14,0%
• Analyses	4,2%
3 - TRANSPORTS DE MALADES	0,5%
4 - MEDICAMENTS	29,8%
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	13,4%
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	100,0%

Sources : Acam, Calculs Drees.

Ces données sont cohérentes avec des informations fournies par ailleurs par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). La réévaluation du montant total des prestations est également cohérente avec celle opérée par l'Insee sur les prestations des mutuelles en 2006 entre les données du compte provisoire et celles du compte semi-définitif. Pour l'année 2007, on a retenu une évolution des prestations des mutuelles de 5 %.

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

La révision à la hausse des prestations des mutuelles s'est traduite par une révision des prestations de Sécurité sociale à l'hôpital public et une diminution du reste à charge des ménages, qui se monte maintenant, en 2006, à 8,4 % de la CSBM, contre 8,6 % selon l'évaluation provisoire publiée l'année dernière. Le profil général d'évolution du reste à charge n'est cependant pas remis en cause : il enregistre une diminution significative jusqu'en 2004, puis une augmentation de 2005 à 2007, en raison principalement de la mise en place de la participation forfaitaire de 1 euro, de la poursuite de la politique de déremboursement de médicaments, puis de la baisse des taux de remboursement pour les patients ne respectant pas le parcours de soins.

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

Ce rapport est structuré de la façon suivante :

- une première partie présente l'évaluation détaillée de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de ses principales composantes. Elle est appréciée du point de vue des soins dispensés 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 2007 sont présentés à la fin du rapport.

Comparaison de différents concepts

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 présentées 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 :

- 1) 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 Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) ;
- 2) 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) ;
- 3) 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) ;

- 4) et 5) l'Ondam médico-social, décomposé en deux sous objectifs et correspondant à la contribution de l'Assurance maladie
 - aux dépenses en établissement et services pour les personnes âgées ;
 - et dépenses en établissement et services les personnes handicapées ;
- 6) 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, lorsque les données recueillies le permettent par enveloppe. Ainsi pour les objectifs 2 et 3, concernant le secteur hospitalier, la comparaison n'est pas à ce jour décomposée.

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 dépenses médico-sociales 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 de l'Ondam médico-social en faveur des personnes handicapées. En revanche, si l'Ondam prend en compte l'ensemble du secteur médico-social, il ne comprend ni les indemnités journalières du risque maternité, ni les dépenses de prévention qui sont incluses dans la dépense courante de santé. Sont également exclues les dépenses de l'Ondam qui n'ont pas le caractère de prestation et ne font pas partie de la CSBM : les dotations aux fonds (FIQCS, 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.

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 financements retenus dans l'Ondam des structures hébergeant des personnes handicapées,
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (FIQCS, FMESPP,...).

Il faut noter qu'à l'exception des dépenses de l'Ondam médico-social 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. TRAITEMENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL DANS LES COMPTES DE LA SANTE

Le secteur médico-social est exclu du domaine de la santé au sens des comptes nationaux en base 2000 car il prend en charge des perturbations durables, voire définitives, de l'état de santé alors que la fonction santé des comptes nationaux est définie comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Le secteur médico-social peut se diviser en deux parties en fonction des publics concernés : les personnes âgées d'une part, les enfants et adultes handicapés d'autre part ; ces deux parties sont traitées différemment dans les comptes de la santé.

1) Dans la consommation de soins et de biens médicaux

Depuis la base 2000 des comptes nationaux, les soins de longue durée à l'hôpital ou en établissement pour personnes âgées quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. C'est donc l'ensemble des soins de longue durée en établissement qui sort du champ de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé.

Les soins à domicile pour les personnes âgées sont en revanche toujours inclus dans la CSBM, qu'ils soient pratiqués par des professionnels libéraux ou par d'autres structures (services de soins infirmiers à domicile notamment). En effet, dans l'état actuel des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer au sein des soins à domicile ceux qui sont spécifiquement liés à la prise en charge de la dépendance.

Les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés sont exclues de la CSBM.

2) Dans la dépense courante de santé

Les soins pour personnes âgées, qu'ils soient à domicile ou en établissement, sont en revanche comptabilisés dans la dépense courante de santé, les dépenses de soins en établissement exclus de la CSBM étant réintégrés dans la dépense courante. Ces dépenses correspondent aux soins de longue durée dans les hôpitaux et aux soins en établissement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD), ces derniers correspondant à la partie de l'Ondam médico-social destinée aux personnes âgées (les dépenses de dépendance et d'hébergement dans la tarification ternaire de ces établissements sont donc exclues de la dépense courante de santé).

Les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés sont exclues de la dépense courante de santé.

3) Dans la dépense totale de santé au sens de l'OCDE

Concernant les personnes âgées, afin de permettre des comparaisons internationales, on comptabilise dans la dépense totale de santé non seulement les soins de longue durée en établissement mais également certaines dépenses liées à la dépendance proprement dite, à domicile comme en institution (principalement la partie de l'Allocation personnalisée d'autonomie, APA, correspondant aux aides pour les activités essentiellement de la vie quotidienne, comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion d'autres activités moins essentielles comme la préparation des repas, le ménage etc.).

Les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés, exclues du secteur de la santé au sens des comptes nationaux, ainsi que de la CSBM et de la dépense courante de santé, sont en revanche incluses dans la dépense totale de santé. Plus précisément, sont retenues dans la dépense totale de santé les prestations en nature en faveur des adultes et enfants handicapés, qui sont constituées essentiellement de la contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services (Ondam médico-social personnes handicapées) et des dépenses d'accueil et d'hébergement financées par les départements dans le cadre de l'aide sociale.

3. 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 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100% en 2008) est complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, 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, 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 résiduelles (restauration, blanchisserie par exemple). 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.

4. 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 premier mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO

Première partie

La consommation

I. La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, s'élève en 2007 à 163,8 milliards d'euros, soit une progression en valeur² de +4,7 % par rapport à 2006 (tableau 01). La CSBM par habitant est de 2 577 euros en augmentation de 4,1 % par rapport à 2006.

La hausse de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur marque une nette progression par rapport à celle de 2006, mais reste inférieure à celle constatée au début des années 2000 (plus de 5,5 % par an de 2001 à 2003, graphique 01).

T 01 - Consommation de soins et de biens médicaux

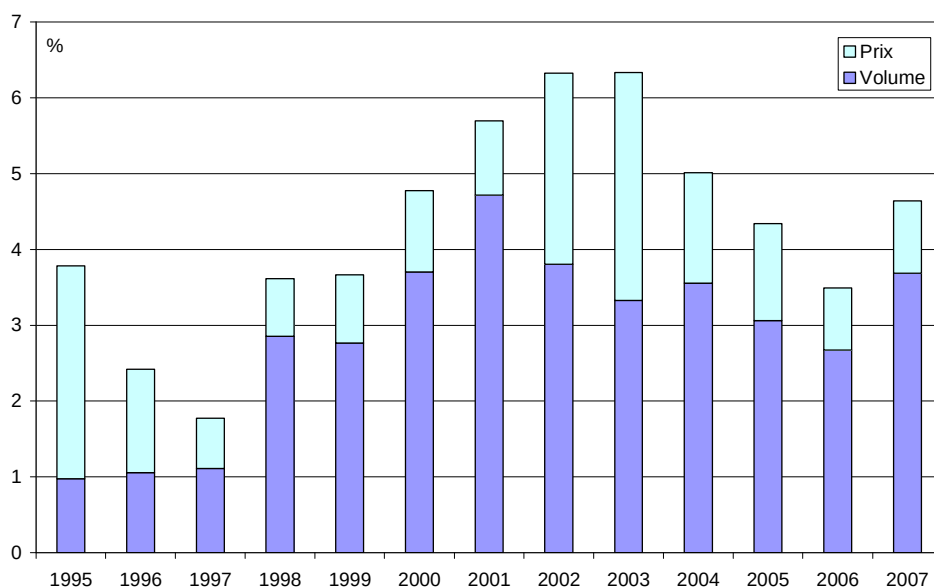
	Taux d'évolution en valeur (en %)			Montants 2007 en millions d'euros
	2005	2006	2007	
1 - SOINS HOSPITALIERS	5,0	3,5	3,9	72 654
• Publics	4,6	3,4	3,9	56 352
• Privés	6,0	3,7	3,8	16 301
2 - SOINS AMBULATOIRES	3,2	4,4	5,5	45 062
• Médecins	3,2	4,2	5,3	20 909
• Auxiliaires médicaux	5,2	6,8	8,4	10 249
• Dentistes	1,1	3,4	3,8	9 355
• Analyses	3,7	3,2	3,5	4 246
• Cures thermales	0,1	-0,1	5,0	304
3 - TRANSPORTS DE MALADES	7,0	9,2	5,1	3 240
4 - MEDICAMENTS (1)	4,2	1,5	4,4	33 351
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	5,4	4,7	8,0	9 533
• Optique	3,3	2,2	4,6	4 537
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.H.P.)	5,3	6,0	8,2	1 474
• Petits matériels et pansements	8,5	7,7	12,5	3 522
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	4,4	3,5	4,7	163 840
6 - PREVENTION INDIVIDUELLE	5,8	5,3	5,9	3 301
- Prévention primaire	2,8	4,6	6,2	2 676
- Prévention secondaire	21,1	8,4	4,6	626
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	4,4	3,5	4,7	167 141
PRODUIT INTERIEUR BRUT (P.I.B.)	4,0	4,7	4,7	1 892 243

(1) médicaments en ambulatoire (y compris les retrocessions hospitalières)

Sources : Drees, Insee.

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

G-01 Taux de croissance en valeur, prix et volume de la consommation de soins et biens médicaux



Note de lecture : le partage volume/prix de ce graphique est établi selon les méthodologies retenues par l'INSEE.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La consommation de soins et biens médicaux représente 8,7 % du PIB en 2007 et 12,1 % de la consommation effective des ménages ; ces parts sont stables depuis 2004 (tableau 02).

T 02 - Évolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé (en %)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB	8,2	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,76	8,66	8,66
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	12,12	12,03	12,05

Sources : Drees, Insee.

La structure de la consommation de soins et biens médicaux a évolué légèrement en 10 ans. Depuis 2000, on observe en effet une diminution de la part des soins hospitaliers (-1,5 point) et une augmentation des soins ambulatoires (+0,4 point) ; la progression des « autres biens médicaux » est la plus dynamique (+0,8 point). La part des médicaments est en revanche particulièrement stable (tableau 03).

T 03 - Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur (en %)

	1995	2000	2005	2006	2007
1 - SOINS HOSPITALIERS	46,7	45,8	44,7	44,7	44,3
• Secteur Public	36,2	35,4	34,7	34,7	34,4
• Secteur Privé	12,4	10,3	10,0	10,0	9,9
2 - SOINS AMBULATOIRES	27,3	27,1	27,1	27,3	27,5
• Médecins	13,2	13,2	12,6	12,7	12,8
• Auxiliaires médicaux	5,3	5,5	5,9	6,0	6,3
• Dentistes	6,1	5,8	5,8	5,8	5,7
• 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	1,9	2,0	2,0
4 - MEDICAMENTS	18,8	20,5	20,8	20,4	20,4
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	3,8	5,0	5,6	5,6	5,8
• Optique	2,6	2,8	2,8	2,8	2,8
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.P.H.)	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
• Petits matériels et pansements	0,4	1,4	1,9	2,0	2,1
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (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 est évaluée en pondérant leur taux de croissance par leur poids dans cet agrégat (tableau 04). À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,7 point) et les soins ambulatoires (1,5 point) qui ont, en 2007, le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux, du fait de leur poids important dans la consommation. Parmi les soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,4 point). Viennent ensuite, avec une contribution nettement inférieure, les médicaments (0,9 point).

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

	2005	2006	2007
1 - SOINS HOSPITALIERS	2,2	1,6	1,7
• Publics	1,6	1,2	1,4
• Privés	0,6	0,4	0,4
2 - SOINS AMBULATOIRES	0,9	1,2	1,5
• Médecins	0,4	0,5	0,7
• Auxiliaires médicaux	0,3	0,4	0,5
• Dentistes	0,1	0,2	0,2
• Analyses	0,1	0,1	0,1
• Cures thermales	0,0	0,0	0,0
3 - TRANSPORTS DE MALADES	0,1	0,2	0,1
4 - MEDICAMENTS	0,9	0,3	0,9
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	0,3	0,3	0,4
• Optique	0,1	0,1	0,1
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.P.H.)	0,0	0,1	0,1
• Petits matériels et pansements	0,2	0,1	0,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	4,4	3,5	4,7

Sources : Drees.

La croissance en volume de la consommation de soins et de biens médicaux est de +3,7 % en 2007 (tableau 05). Ceci marque une accélération par rapport à 2006, après deux années de ralentissement. L'accélération de la croissance en volume concerne tous les grands postes de dépenses, hormis le transport de malade. En particulier, les médicaments progressent toujours à un rythme soutenu (+7,1 % en 2007 après +5,4 %) et les soins de médecins progressent à nouveau en volume (+1,8 %) après la diminution de 2006 (-0,4 %). Comme les années précédentes, ce sont les médicaments qui contribuent le plus à la croissance en volume de l'ensemble.

Pour chaque poste, la variation en volume est obtenue en divisant l'évolution en valeur par celle des prix (tableau 06). Ces prix sont repris, pour l'essentiel, des indices de prix à la consommation (IPC) de l'Insee et en suivent donc les conventions. Les principales exceptions concernent l'hôpital public et, pour les années 2005 à 2007, les soins de médecins.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux (tableau 06) est de +1,0 % en 2007, après +0,8 % en 2006, ce qui confirme le ralentissement des prix après les fortes progressions de 2002 et 2003. Les hausses de 2006 et 2007 sont comparables aux minima enregistrés lors des années 1997 à 1999 (augmentations annuelles comprises entre +0,7 % et +0,9 %.)

L'indice de prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution. La diminution est cependant un peu moins marquée qu'en 2006 (-2,5 % après -3,7 %). Ces diminutions sont les plus marquées de la période 1997-2007. Le plan médicament et le poids croissant des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques (voir point I.4).

T 05 - Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions en volume (en %)

	2005	2006	2007
1 - SOINS HOSPITALIERS	2,5	1,5	1,9
• Publics	2,3	1,2	1,8
• Privés	3,2	2,6	2,1
2 - SOINS AMBULATOIRES	1,7	1,9	3,3
• Médecins	0,5	-0,4	1,8
• Auxiliaires médicaux	5,2	6,8	7,4
• Dentistes	0,1	1,6	2,4
• Analyses	3,7	3,2	3,5
• Cures thermales	-1,9	-2,7	-1,3
3 - TRANSPORTS DE MALADES	4,9	5,8	3,8
4 - MEDICAMENTS	5,5	5,4	7,1
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	4,2	4,5	7,4
• Optique	1,6	2,0	3,9
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.P.H.)	4,8	5,8	7,9
• Petits matériels et pansements	7,9	7,4	12,2
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	3,1	2,7	3,7
PRODUIT INTERIEUR BRUT en volume (P.I.B.)	1,9	2,2	2,2

Sources : Drees, Insee.

T 06 - Consommation de soins et de biens médicaux : évolutions des prix (en %)

	2005	2006	2007
1 - SOINS HOSPITALIERS	2,4	2,0	1,9
• Publics	2,3	2,2	2,0
• Privés	2,7	1,0	1,6
2 - SOINS AMBULATOIRES	1,5	2,5	2,1
• Médecins	2,7	4,6	3,4
• Auxiliaires médicaux	0,0	0,0	0,9
• Dentistes	1,0	1,8	1,3
• Analyses	0,0	0,0	0,0
• Cures thermales	2,0	2,7	6,4
3 - TRANSPORTS DE MALADES	1,9	3,2	1,3
4 - MEDICAMENTS	-1,2	-3,7	-2,5
5 - AUTRES BIENS MEDICAUX EN AMBULATOIRE	1,1	0,2	0,5
• Optique	1,7	0,2	0,7
• Prothèses, orthèses, Véhicules pour handicapés physiques (V.P.H.)	0,6	0,2	0,3
• Petits matériels et pansements	0,5	0,3	0,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (1+...5)	1,3	0,8	1,0
PRIX A LA CONSOMMATION	1,8	1,7	1,5

Sources : Drees, Insee.

I.1. 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 dans la partie consacrée à la dépense courante de santé, dans le paragraphe I qui traite des soins de longue durée 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 partir de 2008 une évaluation directe de la consommation de soins hospitaliers qui sera intégrée aux Comptes de la santé.

I.1.1. La consommation de soins

Avec 72,7 milliards d'euros en 2007, le secteur hospitalier (établissements publics et privés) représente 44,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de +3,9 % en valeur et +1,9 % en volume.

Dans le secteur public, la consommation de soins s'élève à 56,4 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les consultations externes (1,5 milliard d'euros) qui sont comptabilisées avec les soins ambulatoires. La consommation croît de +3,9 % en valeur (tableau 7), ce qui marque une légère accélération par rapport à celle de 2006. Elle est toutefois en retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000. Ceci découle principalement de la moindre progression du coût des facteurs de production. Celui-ci est utilisé pour l'évaluation de la production du secteur hospitalier non marchand. Son évolution est notamment liée au ralentissement de la croissance de la masse salariale. L'effet du passage aux 35 heures, qui était important au début des années 2000, ne pèse plus sur l'évolution de 2007.

En volume (+1,8 %), la consommation dans le secteur hospitalier public progresse par rapport à l'année précédente, mais reste en retrait par rapport à la croissance de 2005. 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 2007 et le compte semi-définitif 2006. En revanche, le volume est évalué de 1995 à 2005 par une mesure directe de l'activité hospitalière dite « méthode de l'output » (voir encadré).

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

T 07 - Consommation de soins hospitaliers dans le secteur public

Taux d'accroissements moyens et annuels en %

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	2,8	5,1	4,6	3,4	3,9
Prix*	1,7	3,7	2,3	2,2	2,0
Volume**	1,1	1,4	2,3	1,2	1,8

* Indice du coût des facteurs de production pour 2006 et 2007.

**Indice de volume de 1995 à 2005.

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 de 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 a souhaité que le calcul des volumes ne se fasse plus par l'application de l'indice du coût des facteurs de production à la production en valeur, mais par une méthode de mesure 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 Statistique annuelle 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 1997-2005, 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 »

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Méthode "output"	0,58%	0,46%	0,80%	1,31%	1,11%	1,49%	2,33%
Méthode "input"	0,53%	0,45%	0,82%	1,34%	0,99%	1,48%	2,63%
Ecart entre "output" et "input" (en point)	0,06	0,00	-0,02	-0,04	0,13	0,01	-0,30

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 2007 à 16,3 milliards d'euros⁴. Son évolution en valeur est de +3,8 % en 2007 (tableau 08), soit une variation proche de celle de 2006 (+3,7 %). Là encore, cette progression reste nettement inférieure à celles enregistrées les années précédentes (+5,6 % par an en moyenne de 2002 à 2005). En 2007, la croissance en volume (+2,1 %) prolonge le ralentissement observé en 2006.

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 redressement de l'évolution des prix en 2007 résulte de l'augmentation des tarifs des cliniques (+1,1 %, après une diminution de l'ordre de -1,0 % en 2006), de celle des honoraires de médecins spécialistes et du forfait journalier au 1^{er} janvier 2007 (de 11 à 12 euros pour les hospitalisations en psychiatrie, et de 15 à 16 euros dans les autres cas).

⁴ L'Insee, à la différence de la Drees, ne comptabilise pas les honoraires des médecins dans la production hospitalière privée, mais dans la production de l'ensemble des médecins en activité libérale. L'optique consommation de soins par les malades, retenue par la Drees dans ce rapport, permet de comparer les hôpitaux des secteurs marchand et non marchand, les rémunérations des médecins étant incluses dans la production de l'hôpital public comme des cliniques privées.

T 08 - Consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé

Taux d'accroissements moyens et annuels en %

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	-0,5	5,0	6,0	3,7	3,8
Prix	0,8	2,9	2,7	1,0	1,6
Volume	-1,3	2,1	3,2	2,6	2,1

Sources : Drees.

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).

I.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 9, 10 et 11. Les données pour l'année 2007 ne sont pas encore disponibles, mais les données sur les années antérieures permettent de retracer les évolutions tendancielle.

Le tableau 9 présente, pour le secteur public, l'évolution des emplois médicaux (médecins salariés et internes) et non médicaux (personnels soignants, administratifs et d'entretien)⁵. En 2006, les emplois non médicaux se stabilisent après une période de recrutements liée à la réduction du temps de travail. Les emplois médicaux continuent de croître mais à un rythme moins soutenu que les années précédentes.

T 09 - Évolution des emplois médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé

Évolution en %

	2003	2004	2005	2006
Emplois médicaux*	0,9	1,8	1,8	0,9
Emplois non médicaux**	2,7	2,4	1,4	0,3

* médecins et internes salariés, médecins libéraux.

** emplois en équivalent temps plein (ETP).

Champ : établissements publics, France métropolitaine (hors services de santé des armées)

Sources : Drees, SAE données statistiques après redressements.

Évolution du nombre de séjours

En 2006, l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine mesurée en nombre de séjours s'est accrue de 2,6 % (tableau 10). Cette hausse s'explique essentiellement par celle de l'hospitalisation partielle (+4,9 %), tandis que l'hospitalisation complète se stabilise (+0,1 %).

Ces évolutions sont tirées par celles de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), compte tenu de la prépondérance de ces séjours dans le total. Ainsi, pour ces séjours la croissance de la prise en charge à temps partiel apparaît forte (+6,7 %) même si elle tend à se ralentir. C'est dans les cliniques privées, que la prise en charge en MCO connaît la plus forte croissance (+9,5 %).

Les nombres de séjours pris en charge à temps partiel dans chacune des disciplines ont une évolution du même ordre de grandeur : +6,4 % en médecine, +7,7 % en chirurgie et +6,0 % en obstétrique.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour en MCO se stabilise à 5,9 jours.

⁵ Fizzala A, « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », Drees, *Études et Résultats*, n° 605, octobre 2007.

T 10 - Évolution de l'activité en nombre de séjours

		Taux d'accroissements annuels en %		
		2004	2005	2006
Total Hospitalisation partielle	Public	4,8	3,8	2,9
	Privé non lucratif	3,9	2,2	1,7
	Privé lucratif	6,4	15,5	11,5
	Ensemble	5,0	6,3	4,9
Total Hospitalisation complète	Public	0,7	1,7	1,2
	Privé non lucratif	0,0	0,1	0,7
	Privé lucratif	-0,6	-3,5	-2,4
	Ensemble	0,2	-0,1	0,1
Total hospitalisation	Ensemble	2,6	3,2	2,6

Dont :

Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)		2004	2005	2006
Venues en hospitalisation partielle (Séjours inférieurs à un jour)	Public	7,6	7,8	4,7
	Privé non lucratif	9,1	9,3	2,4
	Privé lucratif	6,1	15,3	9,5
	Ensemble	6,9	11,3	6,7
Entrées en hospitalisation complète (Séjours de un ou plusieurs jours)	Public	0,9	1,9	1,5
	Privé non lucratif	0,3	0,0	1,3
	Privé lucratif	-0,9	-4,2	-3,1
	Ensemble	0,2	-0,2	0,0
Total hospitalisation	Ensemble	2,5	3,9	2,6

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

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2000-2006 données statistiques pour l'activité de court séjour.

		en nombre de jours		
Durée moyenne des séjours en MCO	Public	6,7	6,6	6,5
	Privé non lucratif	6,0	5,9	5,9
	Privé lucratif	4,8	4,7	4,6
	Ensemble	6,0	5,9	5,9

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

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2000-2006 données statistiques pour l'activité de court séjour

Note: la durée moyenne de séjour est le rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de 24 heures.

Evolution du nombre de journées

Mesurée en nombre de journées, l'hospitalisation complète est en diminution régulière tous secteurs confondus : -1,4 % en 2006 (tableau 11).

Par spécialité, les rythmes d'évolution sont contrastés.

Le nombre de journées en MCO poursuit sa diminution en 2006 (-1,1 %). A l'inverse, les soins de suite et de réadaptation sont plus sollicités d'année en année (+1,5 % en 2006). En psychiatrie, le nombre de journées diminue peu mais régulièrement (-0,7 % en 2006). Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée décroît plus nettement (-5,7 % en 2006). Comme en 2005, ce recul s'explique par la mise en œuvre des réformes des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces réformes sont à l'origine de plusieurs transformations d'unités de soins de longue durée en EHPAD (cf. paragraphe I de la partie consacrée à la dépense courante de santé).

T 11 - Évolution du nombre de journées par spécialité

Taux d'accroissements annuels en %

		2004	2005	2006
Total Hospitalisation complète	Public	-1,3	-0,9	-1,4
	Privé non lucratif	-1,9	-1,4	-1,2
	Privé lucratif	-0,4	-2,0	-1,5
	Ensemble	-1,2	-1,2	-1,4

Dont :

MCO	Public	-0,5	0,5	0,0
	Privé non lucratif	-1,2	-1,3	-0,1
	Privé lucratif	-2,1	-6,2	-4,6
	Ensemble	-1,0	-1,3	-1,1
Soins de suite et réadaptation	Public	1,1	2,1	1,2
	Privé non lucratif	-0,2	-0,1	0,2
	Privé lucratif	1,3	4,4	3,3
	Ensemble	0,8	2,0	1,5
Psychiatrie	Public	-0,8	-0,5	-1,2
	Privé non lucratif	-9,7	-1,5	0,2
	Privé lucratif	5,2	2,2	0,3
	Ensemble	-0,7	-0,1	-0,7
Soins de longue durée	Public	-4,0	-5,0	-5,2
	Privé non lucratif	-1,2	-6,6	-10,6
	Privé lucratif	-16,7	5,9	-2,5
	Ensemble	-3,9	-5,0	-5,7

I.2. La consommation de soins ambulatoires

Elle comprend les soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), les analyses médicales et les cures thermales.

Cette consommation atteint 45,1 milliards d'euros en 2007, soit une progression de +5,5 % en valeur, et de +3,3 % en volume (tableau 12).

La dépense de soins ambulatoires par habitant est de 709 euros en 2007, soit une progression en valeur de +4,8 % par rapport à 2006.

L'évolution du prix des actes des professionnels de santé découle de :

- 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.

T 12 - Évolution des soins ambulatoires

Taux d'accroissements moyens et annuels en %

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	3,1	5,6	3,2	4,4	5,5
Prix	0,6	1,5	1,5	2,5	2,1
Volume	2,5	4,0	1,7	1,9	3,3

Sources : Drees.

I.2.1. Les soins de médecins

La consommation de soins de médecins s'est élevée à 20,9 milliards d'euros en 2007, en hausse de +5,3 % par rapport à 2006 (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 (à l'inverse, les données fournies par la Cnamts, les intègrent aux dépenses de soins de ville) ; en revanche, les soins de médecins comprennent les consultations externes des hôpitaux.

Les soins de médecins progressent à nouveau en volume (+1,8 %) après la légère baisse observée en 2006 ; la progression de 2007 est essentiellement imputable aux spécialistes, les honoraires de généralistes étant stables en volume.

Les prix ont progressé nettement, confirmant l'accélération de 2006 ; la progression reste néanmoins en retrait par rapport aux années 2002 (+6,2 %) et 2003 (+5,4 %) qui avaient connu de fortes augmentations de tarifs. Cette hausse s'explique principalement par les hausses des tarifs des généralistes en août 2006 (consultation à 21€) puis le 1^{er} juillet 2007 (consultation à 22€). La progression de 2006 s'expliquait également par la mise en place, depuis 2005, de la rémunération médecin traitant (RMT) et de la CCAM (cf. encadré).

T 13 - Évolution de la consommation de soins de médecins

Taux de croissance moyens et annuels moyens en %

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	3.2	4.7	3.2	4.2	5.3
Prix	0.8	3.2	2.7	4.6	3.4
Volume	2.4	1.4	0.5	-0.4	1.8

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 et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus 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 (les Comptes de la santé intègrent dans les soins de médecins les consultations externes des hôpitaux, mais excluent les honoraires de médecins intervenant lors d'une hospitalisation complète en clinique).

En 2005, 2006 et 2007, 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, de 0,6 point en 2006, et inférieure de 1,1 point en 2007).

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 pour le seul Régime général 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 jusqu'à 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 intégrés 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 de mai 2006. Dans les Comptes de la santé, il a été jugé 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. Ceci a produit des écarts entre les prix des soins de médecins dans les comptes de la santé et selon l'IPC : +0,9 point en 2005, +0,1 point en 2006 et -1,0 point en 2007.

Les progressions récentes des prix des honoraires résultent également d'autres modifications tarifaires qui sont intervenues en 2007 ; on peut notamment citer :

- pour les spécialistes, des mesures tarifaires concernant certaines spécialités : les neuropsychiatres bénéficient d'une augmentation de tarif variable selon la localisation (34,30 € en métropole, 37,30 aux Antilles, 41,6 en Guyane, la Réunion et Mayotte) ; les psychiatres sont rémunérés de 10 € supplémentaires pour la première consultation familiale ainsi que pour la consultation de synthèse si le patient est en ALD ; les pédiatres perçoivent dix euros supplémentaires par consultation si un enfant de moins de seize ans est particulièrement vulnérable et de cinq euros pour la visite du nourrisson âgé de huit jours.
- l'introduction de nouveaux actes dans la CCAM (tels les treize actes de traumatologie principalement liés à la médecine de montagne), ainsi que l'ajustement de certains tarifs vers des tarifs cibles conduisant dans certains cas à des baisses de tarifs (notamment pour les spécialistes en radiologie), mais dans la plupart des cas à des hausses.

Enfin, il faut également souligner la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière avec création de filières spécifiques à l'Université.

Pour les assurés, la participation des assurés de 18€ (actes cotés K50 ou d'un coût supérieur à 90 euros et plus) devait s'appliquer au 1^{er} septembre 2007. Elle a été reportée au 1^{er} octobre puis au 1^{er} décembre. La pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins (passage préalable par le médecin traitant), est entrée en application le 2 septembre : le ticket modérateur est désormais majoré de 25 %, le taux de remboursement passant de 60 % à 50 %, en ce cas. Ceci s'est traduit, pour le Régime général, par une économie de 75 millions d'euros en année pleine en 2007. Ces mesures sont sans incidence directe sur les évolutions observées en 2007, mais elles modifient la structure de financement de ces dépenses (voir deuxième partie) ; elles peuvent cependant avoir un effet modérateur sur les recours aux soins, et donc sur les volumes.

Les effectifs

De 2005 à 2007, la part des effectifs d'omnipraticiens, dans l'ensemble des médecins libéraux, a diminué de 53,3 % à 53,0 % au profit des spécialistes (+0,3 %).

Parmi les omnipraticiens, 11,8 % sont en secteur II ou ont le droit de pratiquer des dépassements permanents (DP) en 2007 ; cette proportion atteint 39,9 % chez les spécialistes (tableau 14). Au total 25,0 % des médecins pratiquent des dépassements, soit une proportion comparable à celles observées en 2005 et 2006.

En 2007, parmi les médecins de secteur I (honoraires conventionnels), le nombre d'omnipraticiens a progressé de 0,6 %. Celui des spécialistes a diminué de -0,4 % poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002 (mise à part l'année 2006 : +0,1 %). En secteur II (honoraires libres), alors que les omnipraticiens sont toujours moins nombreux avec une baisse de -2,8 % des effectifs, le nombre des spécialistes progresse encore (+2,1 %). Ces rythmes sont proches de ceux observés les années précédentes.

Les médecins qui sont anciens chef de clinique (responsables des internes), assistants des hôpitaux (enseignants) peuvent choisir le secteur II. Ils ne bénéficient alors pas de la prise en charge par la Sécurité sociale des deux tiers de leurs charges sociales. Cet avantage est réservé aux praticiens du secteur I qui appliquent les tarifs conventionnels. Cela explique en partie les honoraires plus élevés des médecins du secteur II.

Les médecins libéraux représentent 54,4 % de l'ensemble des médecins libéraux et salariés. Ce pourcentage est en diminution constante au fil des ans⁶ : il était de 58,8 % en 2000.

⁶ Pour une analyse démographique de l'ensemble des médecins libéraux et salariés : « Les médecins - Estimation au 1^{er} janvier 2007 », *Document de travail*, n° 115, Daniel Sicart, Drees, août-septembre 2007.

T 14 - Effectifs de médecins par mode conventionnel

	2005	2006	2007P
OMNIPRATICIENS	60 975	61 224	61 294
<i>Evolution en %</i>	0,2	0,4	0,1
• Secteur 1	52 602	52 994	53 289
<i>Evolution en %</i>	0,5	0,7	0,6
• Secteur 2	7 552	7 404	7 196
<i>Evolution en %</i>	-2,0	-2,0	-2,8
• DP	28	28	24
<i>Evolution en %</i>	-9,7	0,0	-14,3
• Non conventionnés	793	798	785
<i>Evolution en %</i>	3,8	0,6	-1,6
SPÉCIALISTES	53 651	54 061	54 315
<i>Evolution en %</i>	0,6	0,8	0,5
• Secteur 1	32 597	32 631	32 503
<i>Evolution en %</i>	-0,3	0,1	-0,4
• Secteur 2	20 387	20 821	21 262
<i>Evolution en %</i>	2,4	2,1	2,1
• DP	539	476	411
<i>Evolution en %</i>	-12,8	-11,7	-13,7
• Non conventionnés	128	133	139
<i>Evolution en %</i>	14,3	18,8	8,6
TOTAL DES MÉDECINS LIBERAUX	114 626	115 285	115 609
<i>Evolution en %</i>	0,4	0,6	0,3
ENSEMBLE LIBERAUX ET SALAIRES (1)	210 203	211 713	212 711
<i>Evolution en %</i>	1,2	0,7	0,5

Sources : CNAMTS, SNIR 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).

Les honoraires moyens

L'évolution des honoraires moyens des médecins en activité complète et exclusivement libérale varie selon la spécialité. Le taux d'évolution des honoraires moyens des omnipraticiens double en 2007 après avoir diminué en 2006, celui des médecins spécialistes évolue modérément de 2005 à 2007 (tableau 15)⁷.

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 praticiens⁸.

T 15 - Honoraires moyens des médecins APE*

en milliers d'euros par an

	2000	2004	2005	2006	2007
• OMNIPRATICIENS	105,4	120,1	124,3	127,1	133,0
<i>Évolution en %</i>		-2,0	3,5	2,3	4,6
• SPÉCIALISTES	184,8	221,1	228,0	234,8	242,7
<i>Évolution en %</i>		4,0	3,1	3,0	3,4

* 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 Une approche plus détaillée de l'activité est fournie par « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises ». Collectif Inserm, Drees, *Études et Résultats* n° 610, Drees, novembre 2007.

⁸ Pour une analyse sur moyenne période des revenus des médecins, cf. Nadine LEGENDRE, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins », Drees, *Études et Résultats*, 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 (tableau 16). Les années 2005 et 2006 avaient marqué toutefois une décélération par rapport aux années antérieures et particulièrement par rapport à l'année 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).

T 16 - Dépassements par médecin APE* (Secteur 1DP et Secteur 2)

	<i>en milliers d'euros par an</i>				
	2000	2004	2005	2006	2007
• DÉPASSEMENTS PAR MÉDECIN	43,7	62,2	64,9	67,7	72,2
Évolution en %		5,5	4,3	4,3	6,7

* 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.

I.2.2. Les soins des chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 9,4 milliards d'euros en 2007, soit une croissance de +3,8 % en valeur par rapport à 2006, et de +2,4 % en volume. Ces évolutions confirment l'accélération observée en 2006 (tableau 17).

Le prix des soins dentaires progresse de 1,3 % après 1,8 % en 2006. Le 1^{er} juillet 2006, plusieurs revalorisations tarifaires, notamment des lettres C (consultation) et SC (soins conservateurs et chirurgicaux), furent mises en œuvre ; l'année 2007 enregistre donc l'effet en année pleine de ces revalorisations. La progression des honoraires moyens qui s'était particulièrement ralentie en 2005 tend à retrouver les taux de progression plus élevés des années antérieures (tableau 18).

En 2007 ont été mis en place les « examens bucco-dentaires de prévention obligatoires (EBD) » au profit des enfants de six et douze ans, avec un objectif de réduction en 5 ans de 30 % du risque carieux des 6 et 12 ans ; les femmes enceintes sont également concernées. Ces examens sont réalisés par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue exerçant en libéral ou dans un centre de santé (dispensaire), et financés par le FNPEIS.

T 17 - Évolution de la consommation de soins dentaires

	<i>Taux d'accroissements moyens et annuels en %</i>				
	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	2,3	5,5	1,1	3,4	3,8
Prix	0,5	-1,4	1,0	1,8	1,3
Volume	1,8	7,0	0,1	1,6	2,4

Sources : Drees.

T 18 - Honoraires moyens des chirurgiens- dentistes APE*

	<i>en milliers d'euros par an</i>				
	2000	2004	2005	2006	2007
• HONORAIRE MOYEN	160,9	208,5	211,1	216,4	223,6
Évolution en %		3,9	1,3	2,5	3,4

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 honoraires et des dépassements des chirurgiens dentistes connaissent un ralentissement marqué en 2005. Mais, sur la période 2003-2007 la tendance générale est plutôt celle d'un ralentissement modéré avec une reprise observée sur les deux dernières années.

Cette baisse est toutefois moins marquée, sauf exception en 2004, pour les dépassements que pour les honoraires totaux (tableau 19). La part des dépassements dans les honoraires dentaires poursuit donc son augmentation et atteint 49,0 % en 2007.

T 19 - Part des dépassements dans les honoraires dentaires

en milliers d'euros par an

	2000	2004	2005	2006	2007
• HONORAIRES TOTAUX	5822,1	7515,1	7612,5	7780,2	8023,3
Évolution en %		4,2	1,3	2,2	5,4
• DÉPASSEMENTS	2745,7	3575,0	3662,6	3791,6	3930,3
Évolution en %		3,5	2,4	3,5	7,3
Part des dépassements en %	47,2	47,6	48,1	48,7	49,0

Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine - Calculs DREES.

En 2007, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux (tableau 20) est, pour la deuxième année consécutive en léger recul. Dans le même temps, la croissance du nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés se tasse par rapport aux années précédentes⁹.

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

T 20 - Effectifs des chirurgiens dentistes libéraux

	2005	2006	2007P
• Conventionnés	35 882	36 312	36 207
Évolution en %	-1,0	1,2	-0,3
• DP	377	357	331
Évolution en %	-0,5	-5,3	-7,3
• Non conventionnés	76	78	104
Évolution en %	0,0	2,6	33,3
TOTAL LIBÉRAUX	36 335	36 747	36 642
Évolution en %	-1,0	1,1	-0,3
ENSEMBLE LIBÉRAUX ET SALAIRES (1)	41 653	41 857	42 169
Évolution en %	0,0	0,5	0,7

Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine - Calculs DREES.

(1) Sources : DREES.

I.2.3. Les prescriptions

a) Les auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 10,2 milliards d'euros en 2007, en augmentation de +8,4 % et 7,4 % en volume (tableau 21).

⁹ Collet M. et Sicard D., « Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », Drees, *Études et Résultats*, n° 594, septembre 2007.

Collet M. et Sicard D., « La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », Drees, *Études et Résultats* n° 595, septembre 2007.

T 21 - Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux

	Taux d'évolution moyens et annuels (en %)					Montants 2007 (en millions d'euros)
	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007	
INFIRMIERS						
• Valeur	3,8	7,0	6,2	7,7	9,2	5 369
• Prix	0,7	3,1	0,0	0,0	1,8	
• Volume	3,1	3,8	6,2	7,7	7,3	
KINÉSITHÉRAPEUTES						
• Valeur	3,9	7,0	4,1	6,1	7,8	4 087
• Prix	1,4	0,3	0,0	0,0	0,0	
• Volume	2,4	6,7	4,1	6,1	7,8	
AUTRES*						
• Valeur	5,8	7,6	4,5	4,6	5,6	793
• Prix	0,7	1,2	0,0	0,0	0,0	
• Volume	5,1	6,3	4,5	4,6	5,6	
ENSEMBLE						
• Valeur	4,0	7,1	5,2	6,8	8,4	10 249
• Prix	0,8	1,6	0,0	0,0	0,9	
• Volume	3,1	5,3	5,2	6,8	7,4	

* Orthophonistes et orthoptistes.

Sources : Drees.

En 2007, les effectifs d'auxiliaires médicaux libéraux augmentent à un rythme qui ne cesse de s'accroître (tableau 22). En 2003, cette progression n'était que de +2,2 % ; elle atteint 3,6 % en 2007.

Les infirmiers libéraux représentent 11,3 % de l'ensemble des effectifs infirmiers, libéraux et salariés. Cette proportion est stable depuis cinq ans. L'essentiel des infirmiers salariés est employé dans le secteur hospitalier.

Les effectifs d'infirmiers libéraux progressent plus nettement en 2007 que lors des années précédentes. En 2003 et 2004 les augmentations respectives étaient de 0,8 % puis 2,2 %.

T 22 - Évolution du nombre d'auxiliaires médicaux

PROFESSIONS LIBERALES	2004	2005	2006	2007P
• INFIRMIERS	49 744	51 362	53 297	55 646
Évolution en %	2,2	3,3	3,8	4,4
• KINÉSITHÉRAPEUTES	43 002	44 238	45 431	46 547
Évolution en %	3,0	2,9	2,7	2,5
• ORTHOPHONISTES	11 630	12 147	12 587	13 144
Évolution en %	3,4	4,4	3,6	4,4
• ORTHOPTISTES	1 552	1 572	1 621	1 661
Évolution en %	3,7	1,3	3,1	2,5
• ENSEMBLE LIBERAUX	105 928	109 319	112 936	116 998
Évolution en %	2,7	3,2	3,3	3,6

Sources : SNIR France métropolitaine - calculs DREES.

ENSEMBLE LIBERAUX ET SALARIES	2004	2005	2006	2007P
• INFIRMIERS	446 100	461 503	478 483	493 503
Évolution en %	3,4	3,5	3,7	3,1
• KINÉSITHÉRAPEUTES	59 895	61 705	63 431	64 098
Évolution en %	3,1	3,0	2,8	1,1

Sources : DREES.

• Les soins infirmiers

Les soins infirmiers, dans les Comptes de la santé, intègrent les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui en constituent une part croissante. Ils s'élèvent en 2007 à 5,4 milliards d'euros (tableau 21), en augmentation de +9,2 % en valeur par rapport à 2006. L'augmentation des prix est de 1,8 % après plusieurs années sans revalorisation. La variation de volume est donc de 7,3 %.

Le 26 juillet 2007, en effet, est entrée en vigueur la première étape de la revalorisation tarifaire des actes infirmiers (la seconde étant prévue en 2009). Le tarif des actes en AMI (soins courants) qui représentent 66 % des actes a été porté de 2,90 € à 3 €. Celui des actes en AIS (plans de soins infirmiers, garde à domicile) est passé de 2,40 € à 2,50 €. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2,00 € à 2,20 € et la majoration du dimanche de 7,62 € à 7,80 €.

Le 20 avril 2007, les textes créant l'Ordre national des infirmiers sont entrés en vigueur.

- **Les soins des masseurs-kinésithérapeutes**

En 2007, ils s'élèvent à 4,1 milliards d'euros et progressent par rapport à 2006 de +7,8 % en valeur et en volume, les prix étant inchangés pour la troisième année consécutive (tableau 21).

Le 17 mai 2007 est entrée en vigueur une nouvelle convention qui n'a toutefois guère d'incidence directe sur les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes.

Cette convention a pour objet la simplification administrative. Elle organise une meilleure orientation et prise en charge des patients. Certains actes sont toutefois revalorisés d'un demi point de coefficient : les rééducations ostéo-articulaires (fractures) et rachidiennes (dos), cotées AMS en ville et AMC en établissement.

Depuis 2005, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux augmente moins vite que celui des infirmiers, alors que c'était le contraire entre 2000 et 2004.

Les soins d'orthophonistes et d'orthoptistes

En 2007, ces catégories de soins (0,8 milliard d'euros), prises ensemble, augmentent en valeur et en volume de +5,6 % (tableau 21).

Fin décembre 2006, des modifications de la nomenclature¹⁰ sont entrées en vigueur concernant les actes des **orthophonistes**.

Les compétences des **orthoptistes** ont été élargies en 2007 mais les tarifs de leurs honoraires n'ont pas été revalorisés.

La croissance des effectifs d'orthophonistes et d'orthoptistes en 2007 (tableau 22) est estimée respectivement à +4,4 % et +2,5 %. Une différence d'évolution de cette ampleur ne se retrouve qu'en 2005.

b) Les laboratoires d'analyses

En 2007, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoire s'élève à 4,2 milliards d'euros, en augmentation de +3,5 % en valeur et en volume par rapport à 2006 (tableau 23). Les prix sont en effet restés constants, comme c'est le cas depuis 2004.

Les évolutions observées depuis trois ans sont modérées (entre 3 et 4 % par an), après plusieurs années de fortes hausses (plus de 9 % par an entre 2001 et 2003). Ce ralentissement peut s'expliquer par la mise en place, depuis janvier 2005, comme pour les actes des médecins exerçant en ambulatoire, d'une participation forfaitaire d'un euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale. Par ailleurs, en 2007, de nouvelles mesures sont intervenues dans le cadre de la procédure d'alerte (le plafond du montant journalier de la participation forfaitaire est passé à 4 euros) ; outre leur effet direct sur la structure de financement des dépenses (80 millions d'économies prévus pour le régime général), ces mesures ont pu contribuer à une modération de la consommation.

On peut également noter que des changements dans la nomenclature des actes de biologie en 2007 modifient les cotations : inscription de nouveaux actes (oncologie, hématologie, biochimie), création d'un nouveau chapitre (diagnostic des maladies héréditaires) et baisse d'un nombre restreint de cotations.

¹⁰ Dans les comptes de la santé, comme dans l'indice des prix de l'Insee, les modifications de nomenclatures ne sont pas intégrées dans les prix mais dans les volumes.

T 23 - Évolution de la consommation d'analyses de laboratoires

Taux d'évolution moyens et annuels (en %)

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	3,2	7,3	3,7	3,2	3,5
Prix	-0,4	0,4	0,0	0,0	0,0
Volume	3,7	6,9	3,7	3,2	3,5

Sources : Drees.

Le nombre des laboratoires est en diminution régulière (tableau 24) depuis la fin des années 1990 (4012 en 2001).

T 24 - Évolution du nombre de laboratoires

	2005	2006	2007
• NOMBRE	3 876	3 870	3 840
Évolution en %	-0,9	-0,2	-0,9

Sources : SNIR France métropolitaine - Calculs DREES.

c) Les cures thermales

La fréquentation des cures thermales engendre une consommation de soins de 300 millions d'euros (hors hébergement) soit une progression en valeur de 5,0 %, ce qui marque une évolution assez importante après plusieurs années de stagnation (tableau 25). La diminution des volumes se poursuit cependant. Ceci correspond au tassement des effectifs de curistes (environ un demi-million) dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions.

La progression de 5,0 % en valeur s'explique donc uniquement par l'augmentation des prix. En effet, un avenant à la convention nationale thermale a fixé une revalorisation tarifaire de +4 % en août 2006 (avec un effet en année pleine en 2007) à laquelle se sont ajoutés +2 % supplémentaires à partir du 1^{er} février 2007.

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. Les cures remboursées par l'assurance maladie représentent 74 % du chiffre d'affaires cumulé des établissements.

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.

T 25 - Évolution de la consommation de cures thermales

Taux d'évolution moyens et annuels (en %)

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	1,3	1,1	0,1	-0,1	5,0
Prix	0,7	1,7	2,0	2,7	6,4
Volume	0,6	-0,7	-1,9	-2,7	-1,3

Sources : Drees.

I.3. Les transports sanitaires

En 2007, la consommation de transports sanitaires s'élève à 3,2 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de +5,1 % (tableau 26), nettement inférieure à celle des années précédentes (plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006). L'effet prix étant de +1,3 %, la croissance en volume est ramenée à +3,8 %.

En 2007, la hausse du prix des taxis est de 2,2 %. La revalorisation tarifaire avait été fixée le 1^{er} janvier à 2,5 % répartis entre les trois composantes de la course (prise en charge, indemnité kilomètre et heure d'attente).

Ce ralentissement d'ensemble des dépenses de transport peut s'expliquer par les efforts de maîtrise médicalisée. Pour les transports sanitaires de nouvelles règles de prescription plus restrictives se sont appliquées également à compter du 1^{er} janvier. Par exemple, une définition du mode de transport approprié a été établie.

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 de conséquences financières directes sur les prix.

Les transports sanitaires, hors services médicaux d'urgence (SMUR), sont assurés, en 2007, à hauteur de 42 % par des ambulances, 25 % par des VSL (véhicules sanitaires légers), 29 % par des taxis et 4 % par d'autres moyens de transports (en train principalement).

T 26 – Évolution de la consommation de transports de malades

Taux d'évolution moyens et annuels (en %)

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	5,0	8,4	7,0	9,2	5,1
Prix	1,8	1,9	1,9	3,2	1,3
Volume	3,1	6,3	4,9	5,8	3,8

Sources : Drees.

I.4. Les médicaments

En 2007, la consommation de médicaments atteint 33,4 milliards d'euros, soit une progression en valeur de +4,4 % (tableau 27). Par habitant, son montant est de 525 euros, soit une progression de +3,8 % par rapport à 2006.

Plusieurs mesures concernant le plan médicament et son impact ont été prises au cours de l'année 2007 :

- actions de maîtrise médicalisée (voir avenant 23 à la convention médicale) : poursuite des engagements sur les antibiotiques, les psychotropes, les hypolipémiants et les statines, ces deux dernières classes thérapeutiques diminuant respectivement le taux de lipides et de cholestérol dans le sang ;
- poursuite de la politique de déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, de baisse du taux de remboursement et de baisse de prix ;
- loi du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament ;
- à la suite de la saisine du comité d'alerte un plan de redressement met en place l'accélération de la participation des génériques, de nouveaux tarifs forfaitaires de responsabilités (TFR), et des baisses de prix ;
- montée en charge des « conditionnements de trois mois » (pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée) qui a rapporté, sur la période 2005-2007, 37 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 32 % dans la croissance du marché des médicaments remboursables¹¹ ;
- la part de plus en plus importante des traitements pris en charge à 100 % du tarif remboursable (45 % pour le Régime général en 2007) ;
- la progression des ventes de médicaments traitants des pathologies lourdes (cancer, sida, hépatites ...).

T 27 - Évolution de la consommation de médicaments

Taux d'évolution moyens et annuels (en %)

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
Valeur	5,1	5,9	4,2	1,5	4,4
Prix	0,0	-1,0	-1,2	-3,7	-2,5
Volume	5,0	7,0	5,5	5,4	7,1

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,

¹¹ Clerc M-E., « Les dépenses de médicaments remboursables en 2007 », Drees, *Études et Résultats*, n° 634, mai 2008.

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 2007, les spécialités remboursables ont vu leur prix moyen baisser de -3,4 %. En revanche, le prix des spécialités non remboursables a progressé de 5,6 %.

T 28 - Indice des prix des spécialités pharmaceutiques

base 100 en 1998

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
• SPÉCIALITÉS REMBOURSABLES	100,0	99,5	98,8	97,5	96,0	95,2	93,6	92,2	87,7	84,7
Évolution annuelle en %		-0,5	-0,7	-1,3	-1,5	-0,8	-1,7	-1,5	-4,9	-3,4
• SPÉCIALITÉS NON REMBOURSABLES	100,0	102,4	104,7	106,3	109,4	113,3	117,3	119,2	128,7	135,9
Évolution annuelle en %		2,4	2,2	1,5	2,9	3,6	3,5	1,6	8,0	5,6
• ENSEMBLE	100,0	99,8	99,4	98,3	97,2	96,8	95,6	94,4	90,9	88,7
Évolution annuelle en %		-0,2	-0,4	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5

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 2007 concernant les génériques et leur répertoire (liste des princeps et génériques à un moment donné) sont les suivantes :

- la baisse de 15 % des prix du répertoire décidée en mars 2006 a encore des effets en 2007,
- nouvelles vagues de tarifs forfaitaires de responsabilité TFR (princeps remboursé sur la base du prix du générique) tout au long de l'année 2007,
- opération « tiers payant contre générique » prévue par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 dans les départements qui n'ont pas atteint l'objectif conventionnel fixé à 70 % de pénétration du générique en 2006.

En 2007, les ventes de médicaments génériques poursuivent leur progression (+16,7 % par rapport à 2006), avec un taux de croissance très supérieur à celui du chiffre d'affaires global des médicaments remboursables : +3,8 %. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 87 en 2007, sur un total de 360 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques représentent plus de 50 % des ventes en 2007, contre 43 % en 2003. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables progresse : 10,1 % en valeur en 2007 par rapport à 4,1 % en valeur 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 2007. Avec 1,4 milliard d'euros de produits rétrocédés en 2004 et 1,0 milliard d'euros en 2007, la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général diminue de 8,5 % en 2004 à 5,0 % en 2007.

Cette rupture est due au décret du 16 juin 2004 réorganisant 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 leur dispensation en ville.

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 rétrocédés et 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.

Par ailleurs, jusqu'à fin 2004, les prix de vente des produits rétrocédés 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 rétrocédées 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 entre 2005 et 2007.

En 2007, 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'assurance-maladie quand la croissance des ventes de médicaments rétrocédables dépasse un taux fixé par le Parlement (1 % pour la période 2005/2007) ;
- d'autre part, en mars 2007, la liste des médicaments rétrocédables a été actualisée.

I.5. Les autres biens médicaux consommés en ambulatoire

Depuis l'introduction de la base 2000 des comptes de la santé et la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements) regroupe 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, prothèses de hanche...), sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

Ainsi, en ambulatoire la consommation totale des autres biens médicaux s'élève à 9,5 milliards d'euros en 2007 (+8,0 % en valeur, tableau 29), dont 4,5 milliards d'euros pour l'optique, 1,5 milliard d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques, et 3,5 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène, dans la mesure où sa nomenclature [Liste des produits et prestations (LPP)] contient près de 4 000 références. Depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Les produits et prestations favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments, fauteuils roulants) représentent plus de la moitié de la consommation et constituent le premier facteur de la croissance de la consommation du poste « autres biens médicaux ». Cette croissance s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation qui se traduit par un transfert de l'hôpital vers les soins de ville. La croissance de la LPP tient également à l'allongement de la durée de la vie, au développement du maintien à domicile des personnes âgées, à l'augmentation de certaines

pathologies telles le diabète et les troubles du sommeil et aux progrès technologiques (défibrillateurs cardiaques, genoux à microprocesseurs).

La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des prestataires de maintien à domicile, des orthésistes, des podologues, des orthoprothésistes (grands appareillages orthopédiques), des podo-orthésistes (chaussures thérapeutiques sur mesure), des opticiens et des audioprothésistes.

Au cours de l'année 2007, la liste des produits et prestations a été actualisée quatorze fois (création d'un forfait d'aide à la toux, par exemple). De nouvelles conditions de prises en charge ont été définies. Des mesures tarifaires ont été prises à la hausse (sur-matelas anti-escarres par exemple, de 250 à 298€) ; des baisses de prix ont été introduites (matériels de perfusion par exemple). Enfin de nouvelles conditions de prise en charge ont été instaurées, d'autres réduites.

En 2007, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP était d'environ douze millions (près de 20 % de la population). Leur âge moyen était de 70 ans.

T 29 - Évolution de la consommation des autres biens médicaux

Taux d'évolution annuels moyens et (en %)

	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
OPTIQUE					
• Valeur	5,0	5,6	3,3	2,2	4,6
• Prix	0,9	1,8	1,7	0,2	0,7
• Volume	4,0	3,7	1,6	2,0	3,9
PROTHÈSES, ORTHÈSES, VHP*					
• Valeur	2,8	7,6	5,3	6,0	8,2
• Prix	0,5	0,6	0,6	0,2	0,3
• Volume	2,2	6,9	4,8	5,8	7,9
PETITS MATÉRIELS ET PANSEMENTS					
• Valeur	31,4	12,8	8,5	7,7	12,5
• Prix	0,7	0,8	0,5	0,3	0,3
• Volume	30,5	12,0	7,9	7,4	12,2
ENSEMBLE DES AUTRES BIENS MÉDICAUX					
• Valeur	9,0	8,1	5,4	4,7	8,0
• Prix	0,8	1,3	1,1	0,2	0,5
• Volume	8,1	6,8	4,2	4,5	7,4

* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : Drees.

• Optique

On note une forte évolution du taux de croissance de la consommation d'optique en 2007 : le double en valeur et en volume par rapport à 2006 (tableau 29).

Du fait de la liberté des prix des lunettes, les montants pris en charge par l'assurance maladie sont 12,5 fois inférieurs à la consommation.

Les moins de dix-huit ans représentent 18 % des volumes et 30 % des remboursements.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler et adapter les verres correcteurs et si nécessaire les montures sur la base d'une prescription de moins de trois ans. Les frais occasionnés, à l'exception des honoraires de l'opticien, sont pris en charge depuis 2007 par l'assurance maladie.

• Prothèses, orthèses, VHP en ambulatoire

Ce poste regroupe des dispositifs très divers : des fauteuils roulants, parfois complexes, jusqu'aux appareils correcteurs de la surdité.

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 2007 enregistre un taux de croissance très dynamique et supérieur de deux points à ceux des années antérieures (tableau 29).

- **Petits matériels et pansements**

Cette dernière catégorie de biens médicaux est également d'une grande hétérogénéité. Cependant leur circuit de distribution est plus homogène. Il passe 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 +12,5 % en valeur en 2007 (tableau 29). Cette dernière progression est toutefois en accélération par rapport aux évolutions des deux années précédentes.

Ainsi selon le secteur, l'évolution est contrastée :

- à la baisse pour les secteurs concernés par l'application des réductions tarifaires, accompagnées de prix limites 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 auto-traitement et auto-surveillance des diabétiques, nutrition orale, diffuseurs portables, produits pour les stomisés ;
- les traitements respiratoires (oxygénothérapie...).

II. La dépense courante de santé

La dépense courante de santé comprend l'ensemble des versements intervenus chaque année en faveur de la santé (dépenses en capital exclues puisqu'il s'agit de dépenses courantes).

Elle regroupe :

- la consommation de soins et biens médicaux,
- la consommation de soins aux personnes âgées en établissement,
- 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 individuelle et collective,
- la recherche médicale et pharmaceutique,
- la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion de la santé.

En 2007, le montant de la dépense courante de santé est de 206,5 milliards d'euros (tableau 30). Il représente 10,9 % du PIB, soit une légère diminution par rapport à 2006 (11,0 %).

T 30 - Dépense courante de santé

	Montants 2007 (en millions d'euros)	Structure (en %)
DÉPENSES POUR LES MALADES	182 209	88,2
• Soins et biens médicaux	163 840	79,3
• Soins aux personnes âgées en établissements	5 651	2,7
• Aide aux malades (IJ)	10 712	5,2
• Subventions au système de soins	2 007	1,0
DÉPENSES DE PRÉVENTION	5 737	2,8
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	8 163	4,0
• Recherche	7 003	3,4
• Formation	1 160	0,6
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	14 328	6,9
DOUBLE COMPTE*	-3 942	-1,9
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	206 495	100,0
PRODUIT INTERIEUR BRUT (P.I.B.)	1 892 243	

*Dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente des médicaments.

Sources : Drees, Insee.

La dépense courante de santé progresse de +4,3 % en valeur en 2007, soit un rythme supérieur à celui de 2006 et très proche de celui de 2005 (+4,4 %). Ces évolutions sont liées à celles de la consommation de soins et de biens médicaux, qui représente en effet la majeure partie (79 % environ) de la dépense courante de santé (tableau 31).

T 31 - Évolution de la dépense courante de santé et de sa structure

	Évolution annuelle (en %)			Évolution de la structure (en %)		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
DÉPENSES POUR LES MALADES	4,3	3,4	4,6	88,0	87,9	88,0
• Soins et biens médicaux	4,4	3,5	4,7	79,0	78,9	79,1
• Soins aux personnes âgées en établissements	14,8	10,0	8,7	2,2	2,5	2,6
• Aide aux malades (IJ)	-1,1	0,6	3,0	5,7	5,4	5,3
• Subventions au système de soins	8,0	-5,5	0,5	1,1	1,1	1,0
DÉPENSES DE PRÉVENTION	7,2	9,5	0,1	2,7	2,7	2,9
DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	0,6	3,9	2,9	4,1	4,0	4,0
• Recherche	0,2	3,9	1,8	3,6	3,5	3,5
• Formation	3,6	4,3	9,7	0,5	0,5	0,5
COÛTS DE GESTION DE LA SANTÉ	6,0	1,7	3,0	7,0	7,1	7,0
DOUBLE COMPTE	-2,6	-11,1	-4,4	-1,8	-1,8	-1,9
DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	4,4	3,3	4,3	100,0	100,0	100,0
PRODUIT INTERIEUR BRUT (P.I.B.)	4,0	4,7	4,7			

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 fournies par l'OCDE, de comparer la proportion de la dépense totale de santé (y compris, notamment, les dépenses en capital) dans le PIB des différents États.

II.1. Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissements

Les soins aux personnes âgées peuvent être assurés :

- à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes 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 2007, 4,2 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD (tableau 32), ce qui représente une augmentation de +11,1 % par rapport à 2006. Ce montant, qui a plus que doublé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

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

Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2007, on peut estimer à 1,4 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

En 2007, 5000 places ont été créées en EHPAD et la filière gériatrique a été développée à l'hôpital. Une Agence nationale des services et établissements médicaux sociaux a été fondée. Enfin, en ambulatoire, une consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans a été créée.

T 32- Soins de longue durée aux personnes âgées

en millions d'euros

	2005	2006	2007
En établissements de santé			
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 407	1 409	1 439
Évolution en %	15,7	0,1	2,1
En maisons de retraite (EHPA et EHPAD)			
• publiques	2 066	2 308	2 513
Évolution en %	11,8	11,7	8,9
• privées	1 256	1 483	1 699
Évolution en %	19,1	18,1	14,6
TOTAL EHPA et EHPAD	3 322	3 791	4 212
Évolution en %	14,5	14,1	11,1
TOTAL en établissements	4 729	5 200	5 651
Évolution en %	14,8	10,0	8,7
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	911	1 017	1 106
Évolution en %	8,8	11,7	8,7

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

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 2007, à 89 090 personnes, 6 000 places ayant été créées au cours de l'année. 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 1 106 millions d'euros en 2007 soit une multiplication par près de deux 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'acte¹².

II.2. Les aides aux malades : les indemnités journalières

Les indemnités journalières considérées ici sont celles relevant des risques maladie, accident du travail et maternité. L'année 2007 a été marquée par une nette progression des indemnités journalières (+3,0 %), qui se montent à 10,7 milliards d'euros (tableaux 30, 31 et 33) ; seule l'évolution des indemnités maternité ralentit en 2007, en lien avec la légère diminution du nombre de naissances (816 500 en 2007) après le très haut niveau atteint en 2006 (830 300 naissances). La progression de 2007, qui fait suite à trois années de stabilité en valeur, reste toutefois en net retrait par rapport aux taux de croissance des années antérieures à 2004 (+8,6 % en moyenne entre 1999 et 2003).

T 33- Dépenses d'indemnités journalières

en millions d'euros

	2000	2004	2005	2006	2007
Maladie	4619	5974	5804	5693	5848
Maternité	2030	2364	2425	2529	2552
Accidents du travail	1513	2121	2113	2178	2312
Ensemble	8162	10459	10343	10400	10712

Source : Drees

Une analyse de l'évolution en valeur des indemnités journalières des risques maladie et accident du travail montre que celle-ci est liée à plusieurs facteurs¹³ :

- l'évolution des salaires, qui constituent le prix des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui tire mécaniquement à la hausse le volume des indemnités journalières ;
- la part des seniors dans la population active, en raison des problèmes de santé qui peuvent apparaître avec l'âge, nécessitant des arrêts plus longs que pour les salariés plus jeunes ; on peut cependant noter

¹² Ces derniers ont assuré 13 % des visites en 2002 : Bressé S, « Les services des soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 350, novembre 2004.

¹³ Lê F., Raynaud D., « Les indemnités journalières », Drees, *Études et Résultats*, septembre 2007.

que la part des seniors n'a d'impact que sur les indemnités journalières de longue durée (plus de 3 mois) alors qu'elle ne semble pas influencer sur celles de courte durée (moins de 3 mois) ;

- les mesures de maîtrise des dépenses, et notamment la politique de contrôle des arrêts de travail par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

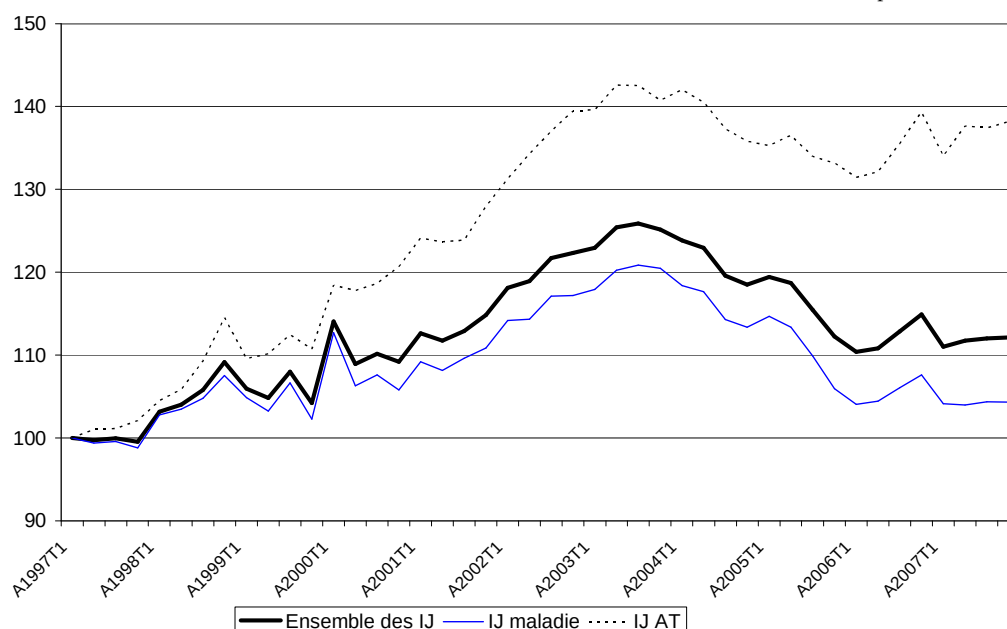
On peut ainsi noter que l'évolution du volume des indemnités, rapporté à l'emploi¹⁴ connaît une rupture de tendance, avec :

- une forte progression de 2001 à 2003 (graphique 02), qui s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom, et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la Cnamts et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ; au cours de ces trois années, les dépenses d'indemnités journalières en valeur se sont stabilisées.

En 2007, le volume des indemnités journalières rapporté à l'emploi se stabilise. Le dynamisme des créations d'emploi en 2006 puis en 2007 a donc induit mécaniquement une reprise à la hausse des dépenses d'indemnités journalières en valeur.

G-02 Évolution du volume d'indemnités journalières (maladie et accidents du travail), rapportées à l'emploi

Base 100 au premier trimestre 1997



Sources : Cnamts, Insee, calculs Drees

En 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées. Au 1^{er} janvier les indemnités journalières au-delà de trois mois ont été revalorisées de 1,8 % pour les risques maladie et accident du travail. Les sorties des patients hors de leur domicile sont régies par de nouvelles dispositions : soit les sorties ne sont pas autorisées, soit le patient doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h. Par ailleurs, il a été introduit plus de souplesse pour le congé maternité prénatal obligatoire : il peut être réduit à trois semaines, et les congés post-nataux sont alors augmentés d'autant. Enfin, dans le cadre de la procédure d'alerte liée au dépassement de l'Ondam, les contrôles des arrêts de travail ont été renforcés : à partir du 1^{er} novembre 2007, ils sont devenus systématiques à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours auparavant.

¹⁴ Les indemnités journalières sont « déflatées » par l'emploi salarié observé neuf mois auparavant, décalage nécessaire en raison des règles d'ancienneté requises dans l'emploi pour pouvoir bénéficier des indemnités journalières de longue durée.

II.3. Les subventions au système de soins

Une prise en charge des cotisations d'assurance maladie des praticiens était assurée par les régimes d'assurance-maladie depuis les années soixante-dix. Cette prise en charge a été confirmée en 1998 pour inciter les praticiens à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). En 1998, seuls les généralistes ont accueilli favorablement cette mesure. En 2003, ils ont été suivis par les spécialistes, ce qui leur a permis de bénéficier pleinement de ce dispositif à partir de cette date.

Les Comptes de la santé assimilent cet allègement des charges des médecins à une subvention au système de soins. En 2007, son montant est de 2,0 milliards d'euros, soit une évolution de 0,5 % par rapport à l'année 2006 ; l'année 2006 avait enregistré une diminution à la suite d'une baisse de la prise en charge des cotisations des dentistes.

II.4. 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...) ¹⁵. Selon cette nouvelle définition, la consommation de services de prévention s'élève à 5,7 milliards d'euros en 2007, dont 3,3 milliards pour la prévention individuelle et 2,4 milliards pour la prévention collective (tableau 30). 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 Drees ¹⁶ 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 5,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé.

Les actions de prévention peuvent être individuelles ou collectives.

II.4.1. 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 vaccination ¹⁷ en est 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.

¹⁵ Fenina A., Geffroy Y., « Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé », *Document de travail - Série Statistiques*, n° 99, Drees, juillet 2006.

¹⁶ Le Fur Ph., Paris V., Pereira C., Renaud T., Sermet C., « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé », *Études et résultats*, Drees, n° 247, juillet 2003.

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

¹⁷ 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 (130 millions d'euros en 2007) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé. Le solde, 446 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 576 millions d'euros en augmentation de 12,7 % par rapport à 2006 (données Afssaps).

II.4.2. La prévention collective

Les dépenses correspondantes ne sont pas « individualisables » (imputables à un individu). La prévention collective comporte deux parties.

- La prévention collective visant les 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).

II.4.3. La prévention en 2007

En 2007, les dépenses de prévention ainsi retenues s'élèvent à 5,7 milliards d'euros soit 90 euros par habitant. Après avoir augmenté de 7,2 % en 2005 et de 9,5 % en 2006 elles stagnent en 2007 (tableau 34). Ces évolutions, très variables d'une année à l'autre, s'expliquent en grande partie par la très forte variation des montants consacrés à l'élimination des farines animales. Les dépenses correspondantes étaient de 380 millions d'euros en 2003, de 82 puis 86 millions d'euros en 2004 et 2005. Elles s'élevaient à nouveau à 406 millions d'euros en 2006 pour retomber à 95 millions d'euros en 2007. Hors élimination des farines animales, les dépenses de prévention progressent de +5,5 %.

L'État et les collectivités locales financent 62,6 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 14,6 % et le secteur privé 22,8 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail). Depuis 1995, cette structure a évolué mais n'a pas été bouleversée (respectivement : 56 %, 17,9 % et 26,2 % en 1995).

En 2007, les dépenses totales de prévention au sens des Comptes représentent 2,9 % de la dépense courante de santé, soit une progression par rapport au niveau de 2005 et 2006 (2,7 %).

T 34 - Consommation de services de prévention

en millions d'euros

	2005	2006	2007
1) PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 409	2 520	2 676
Vaccins	121	122	130
PMI Planning	714	768	831
Medecine du travail	1 321	1 358	1 393
Medecine scolaire	253	272	321
2) PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	552	598	626
Dépistage des tumeurs	180	193	195
Dépistage IST, tuberculose	103	106	122
Dépistage SIDA, Hépatites	60	78	91
Dépistage autres pathologies	4	6	9
Examens de santé	174	173	179
Bilans bucco-dentaires	31	41	29
3) PREVENTION COLLECTIVE	2 273	2 613	2 436
<u>A) Visant les comportements</u>			
Campagne en faveur des vaccinations	30	33	36
Lutte contre l'addiction	86	90	99
Information, promotion, éducation à la santé	371	415	440
<u>B) A visée environnementale</u>			
Hygiène du milieu	477	513	558
Prévention des risques professionnels	376	378	382
Prévention et lutte contre la pollution	205	150	157
Recherches en prévention sanitaire	2	1	1
Observation veille alerte	97	108	116
Urgences et crises	10	15	17
Sécurité sanitaire de l'alimentation	571	836	555
Production et mise en œuvre de dispositifs (1)	49	74	75
ENSEMBLE PREVENTION	5 233	5 731	5 737
Evolution en %		9,5	0,1

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

Sources : Drees

II.4.4. La consommation médicale totale

La consommation médicale totale ajoute les dépenses de prévention individuelle à la CSBM (tableau 35). Elle atteint 167,1 milliards d'euros en 2007, soit une augmentation de 4,7 % en valeur.

T 35 - Consommation médicale totale

	Taux d'évolution en valeur (en %)			Montants 2007 en millions d'euros
	2005	2006	2007	
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX	4,4	3,5	4,7	163 840
PREVENTION INDIVIDUELLE	5,8	5,3	5,9	3 301
- Prévention primaire	2,8	4,6	6,2	2 676
- Prévention secondaire	21,1	8,4	4,6	626
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	4,4	3,5	4,7	167 141

Sources : Drees.

II.5. 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 :

- o la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIRES (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur). 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. ;
- o la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche)
- o la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités, notamment pour les personnels à double statut (universitaire et hospitalier) ;
- o les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;
- o 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 ;
- o la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif, qui couvre en particulier la contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives.

T 36 - Recherche médicale et pharmaceutique

en millions d'euros

	2005	2006	2007
FINANCEMENTS BUDGÉTAIRES	3 096	2 974	2 933
dont budget civil de R et D	1 993	1 830	1 805
dont Universités et Hôpitaux	1 103	1 144	1 128
AUTRES FINANCEMENTS	3 524	3 903	4 070
dont industries pharmaceutiques	3 398	3 775	3 942
dont secteur associatif	126	128	128
TOTAL	6 621	6 877	7 003
<i>Evolution en %</i>	<i>0,2</i>	<i>3,9</i>	<i>1,8</i>

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 2007, selon des données provisoires, à 7,0 milliards d'euros (tableau 36), soit 110 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 58 % en 2007.

II.6. 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.

Selon les données fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, les dépenses de formation ont atteint 1160 millions d'euros en 2007. Elles ont augmenté de +9,7 % par rapport à celles de l'année précédente.

II.7. Le coût de gestion de la santé

Le coût de gestion de la santé (tableau 37) 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).

T37 - Coût de gestion de la santé

<i>en millions d'euros</i>			
COUTS DE GESTION	2005	2006	2007
• des principaux organismes gérant le risque maladie(1)	7 698	7 664	7 852
• du ministère de la Santé	1 049	1 073	1 117
• autres (2)	4 938	5 175	5 359
TOTAL GESTION	13 684	13 911	14 328
<i>Evolution en %</i>	6,0	1,7	3,0

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

(2) Mutuelles, Assurances, Instituts de prévoyance, Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Sources : Comptes de la Protection Sociale et Comptabilité des organismes.

II.8. 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, de laquelle on défalque les dépenses d'indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), et on ajoute la formation brute de capital fixe ainsi que certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'ACTP et d'Apa correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

Cependant le passage de la Dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, EUROSTAT et à l'OMS) ne se fait pas à des rythmes identiques selon les pays (tableau 38). Les principales divergences avec l'ancien indicateur 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) ; à titre d'exemple, l'augmentation du ratio dépense de santé/PIB a été de +0,5 point pour la France. Les comparaisons entre pays doivent donc encore être faites avec prudence.

T 38 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

<i>en milliards d'euros</i>							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
DCS=dépense courante de santé	146,9	155,0	165,2	175,6	183,5	191,5	197,9
IJ	8,2	8,8	9,6	10,4	10,5	10,3	10,4
FORMATION	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1
RECHERCHE nette	2,8	3,0	3,2	3,2	3,3	3,2	3,1
Dépenses de prévention environnementale et alimentaire	0,9	1,0	1,4	1,4	1,2	1,2	1,5
FBCF	3,5	3,4	3,8	4,6	5,1	5,3	5,5
Dépenses liées à la dépendance et au handicap	7,5	7,8	9,0	9,4	10,0	10,7	11,6
Dépense totale de santé (DTS)*	145,2	152,7	162,9	173,6	182,7	191,7	199,0

*Recherche nette : recherche hors recherche pharmaceutique (déjà comprise dans le poste médicaments)

** DTS=DCS-IJ-Formation-recherche-prévention hors champ OCDE+FBCF+dépenses PA et PH

Dans ce cadre harmonisé, et selon des données provisoires, l'OCDE (tableau 39 et graphique 03) évalue pour 2006 à 11,0 % 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 à un niveau proche de la Suisse (11,3 %) et de l'Allemagne (10,6 %).

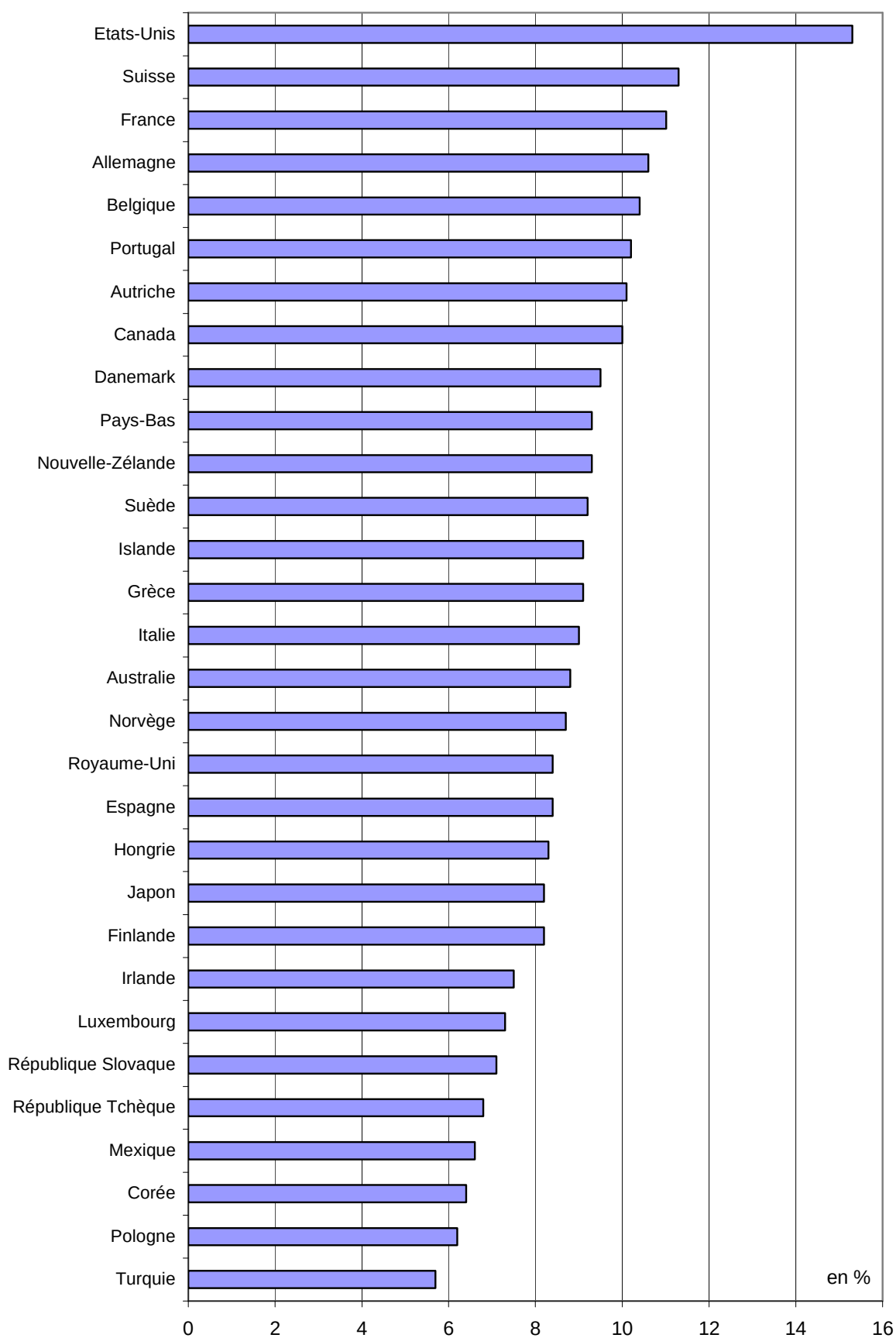
T 39 - Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE

	<i>en %</i>		
	2004	2005	2006
Allemagne	10,6	10,7	10,6
Australie	8,8	8,8	nd
Autriche	10,3	10,3	10,1
Belgique	10,7	10,7	10,4
Canada	9,8	9,9	10,0
Corée	5,5	6,0	6,4
Danemark	9,4	9,4	9,5
Espagne	8,2	8,3	8,4
Etats-Unis	15,2	15,2	15,3
Finlande	8,1	8,3	8,2
France	11,0	11,1	11,0
Grèce	8,3	9,0	9,1
Hongrie	8,2	8,5	8,3
Irlande	7,5	8,2	7,5
Islande	9,9	9,4	9,1
Italie	8,7	8,9	9,0
Japon	8,0	8,2	nd
Luxembourg	8,1	7,8	7,3 (e)
Mexique	6,5	6,4	6,6
Norvège	9,7	9,1	8,7
Nouvelle-Zélande	8,5 b	8,9	9,3 (e)
Pays-Bas	9,5	9,2	9,3
Pologne	6,2	6,2	6,2
Portugal	10,0	10,2	10,2
Royaume-Uni	8,0	8,2	8,4
République Slovaque	7,2 b	7,1	nd
République Tchèque	7,2	7,1	6,8
Suisse	11,4	11,4	11,3 (e)
Suède	9,2	9,2	9,2
Turquie	5,9	5,7	nd

Sources : Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eco-Santé 2008 pour les autres pays

(e) : estimé ; nd : non disponible.

G-03 Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2005



Sources : Drees, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eco-Santé 2008 pour les autres pays

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, la CMU complémentaire-organismes de base¹⁸, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) ainsi que par les ménages.

La part des différents financeurs (Sécurité sociale, État, la CMU complémentaire-organismes de base, organismes complémentaires, ménages) est exprimée en pourcentage du total dépensé pour chaque catégorie de soins ou de biens concernée. La partie du financement incombant aux ménages est appelée « reste à charge des ménages ».

Notons que, dans les tableaux suivants, la répartition par financeur est établie en fonction de l'organisme ou agent qui paye la prestation, sans que soit prise en compte la façon dont ces prestations sont financées. Cela a deux conséquences :

- tout d'abord, les dépenses hospitalières non financées (c'est-à-dire le déficit des hôpitaux publics) ne sont pas identifiées en tant que telles ; non prises en charge par un autre agent économique (ménage, Etat, CMUc organismes complémentaires) elles sont imputées sur le compte de la sécurité sociale ;
- ensuite, les remboursements de frais des CMUistes sont imputés à l'agent économique qui prend en charge leurs dépenses et non à celui qui les finance in fine. En particulier, les prestations qu'ils versent aux bénéficiaires de la CMU complémentaire qui leur sont affiliés sont prises en compte dans leurs dépenses.

Comme on a pu le noter, au paragraphe III de la première partie, ces tableaux de financement ont été révisés par rapport à ceux qui avaient été présentés l'année dernière. Les données fournies cette année par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) ont conduit à réviser sensiblement le montant des dépenses prises en charge par les mutuelles. Ces données révisées mériteront d'être consolidées ; en effet, l'établissement de ces comptes de financement reste fragile. Deux facteurs d'incertitude sont à noter :

- tout d'abord, l'Acam n'a pu collecter les données de certaines mutuelles ; on a donc supposé que le rapport entre les prestations et les cotisations pour ces mutuelles était proche de ce qu'il est pour les autres mutuelles ;
- ensuite, les modifications apportées à la comptabilisation des dépenses hospitalières, avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), ont perturbé les remontées statistiques. La cohérence des données issues de différentes sources n'est ainsi pas encore totalement assurée.

¹⁸ Seules sont comptabilisées au titre de la CMU complémentaire les prestations versées aux bénéficiaires affiliés aux régimes de base, les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes complémentaires n'étant pas distinguées des autres prestations versées par ces derniers (cf. encadré ci-après).

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 principalement par les conseils généraux. Son fonctionnement associe les régimes de base d'assurance-maladie et les organismes dispensant des couvertures complémentaires maladie. Son financement est assuré par le « Fonds CMU ». 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 109 en 2007) compensée par l'attribution de droits sur l'alcool (480 millions d'euros en 2007) et sur le tabac (411 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 complémentaire santé, instaurée le 1^{er} janvier 2005 au profit des personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au plafond de la CMU. En 2007, cette contribution des organismes complémentaires est de 684 millions d'euros.
- depuis 2005, une dotation de l'assurance maladie relative à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Au 1^{er} janvier 2007, le Fonds CMU rembourse 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 (montant identique à celui de 2006). 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 370 euros en 2007 (341 euros en 2006).

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 (62 millions d'euros en 2007).

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 (88 millions d'euros en 2007).

Le tableau suivant donne le compte économique simplifié du Fonds CMU pour l'année 2007.

en millions d'euros

En millions d'euros.

Charges		Produits	
Versements aux régimes de base	1443	Dotation budgétaire (LFI)	109
Déductions CMUc (1)	204	Contribution des organismes complémentaires	684
Déductions Crédit d'impôt pour acquisition d'une complémentaire santé (2)	62	Dotation Assurance Maladie	62
Gestion administrative	1	Taxes sur l'alcool	480
		Taxe sur le tabac	411
Résultat (excédent)	36		
TOTAL CHARGES	1746	TOTAL PRODUITS	1746

(1) avoirs accordés aux OC pour les contrats CMUc qu'ils gèrent

(2) avoirs accordés aux OC pour les crédits d'impôts accordés à leurs clients pour l'acquisition d'une complémentaire santé

Sources : *Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU pour l'année 2007*

Selon le rapport d'activité du Fonds CMU, on comptait 4,8 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire à fin 2007, dont 12,5 % 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 ». Ce montant peut s'écarter du montant versé par le Fonds CMU à ces régimes de base.
- 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. Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux

T 40 - Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
• Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6
• CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4
• Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
• Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2
• Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
• Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,4	8,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

Sources : Drees.

De 1995 à 2004, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM était globalement stable, autour de 77 % (tableau 40). Cette stabilité était le résultat de deux évolutions contraires : la structure de la CSBM se déformait vers les produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, optique) mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur était en nette progression. Le reste à charge des ménages était 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 a marqué une inflexion dans la structure de financement des dépenses de santé : la part financée par la Sécurité sociale diminue (de 77,1 % en 2004 à 76,6 % en 2007) tandis que le reste à charge des ménages progresse de 8,3 % en 2004 à 8,5 % en 2007 tout en restant inférieur à son niveau de 2000 (Graphique 4). La part des organismes complémentaires poursuit quant à elle sa progression (de 13,2 % en 2005 à 13,6 % en 2007).

Outre la poursuite de la déformation de consommation vers des produits les moins bien remboursés ou non remboursés, la diminution de la part prise en charge par la Sécurité sociale depuis 2005 découle de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. Tout d'abord, il a été introduit au 1^{er} janvier 2005 une participation forfaitaire d'un euro se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale ; cette participation forfaitaire a généré environ 400 millions d'euros d'économies pour l'Assurance maladie, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages. Les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement avaient toutefois été modérés par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'assurance-maladie. En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon qu'ils 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 d'environ 150 millions d'euros pour la Cnamts, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages, puisque les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. 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 de la permanence des soins, qui sont toutes deux financées entièrement par la Cnamts, modèrent la baisse du financement par la Sécurité sociale.

La progression de la part des organismes complémentaires s'explique notamment par la hausse du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les fortes hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. Ces tarifs, qui servent de base au calcul des tickets modérateurs, sont déconnectés des tarifs opposables des GHS et peuvent donc être modulés par les établissements, avec l'autorisation des ARH. Pendant plusieurs années, quand les hôpitaux publics étaient financés par la dotation globale hospitalière, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement ; la dégradation de situation financière des hôpitaux publics depuis 2005 a cependant incité ces hôpitaux à chercher à augmenter leurs ressources en augmentant les TJP, et donc les tickets modérateurs, qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires¹⁹.

¹⁹ Pour plus d'informations, on pourra se référer au rapport d'information de la Mecss sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages (<http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-3851.pdf>).

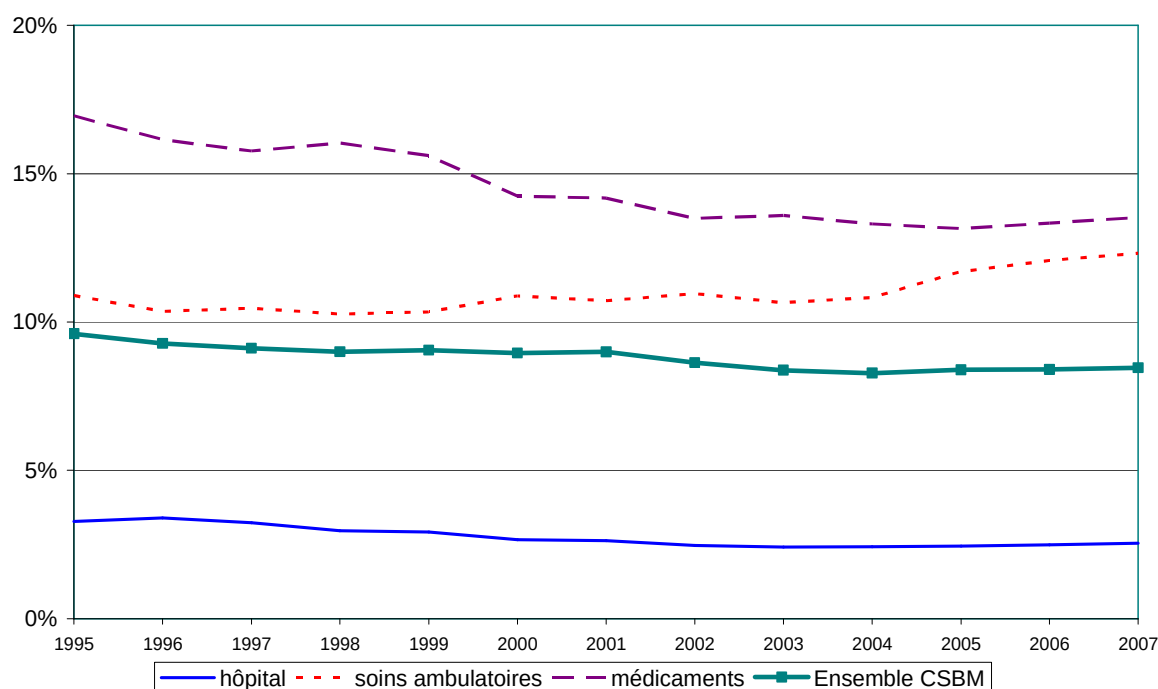
En 2007, plusieurs mesures ont été mises en place par le plan d'économie déclenché à la suite de la procédure d'alerte. Ainsi, la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins (pas de passage préalable par le médecin traitant ou patients n'ayant pas choisi de médecin traitant) a été augmentée à partir du mois de septembre, passant à 20 % au lieu de 10 % précédemment : le taux de remboursement passe ainsi de 60 % à 50 % en ce cas, au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné. Ceci c'est traduit, pour le Régime général, par une économie de 75 millions d'euros en année pleine en 2007, sommes qui sont essentiellement reportées sur le reste à charge des ménages. Le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros ; cette mesure devrait rapporter une économie de 140 millions d'euros en année pleine, et de 80 millions en 2007.

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

L'impact de ces nouvelles mesures a cependant été partiellement compensé par d'autres facteurs. Tout d'abord, l'effet des facteurs de baisse tendancielle du reste à charge des ménages rappelés ci-dessus (notamment la progression toujours vive des dépenses au titre des affections de longue durée) se poursuit. Par ailleurs, les augmentations de tarif, notamment pour les généralistes, ont été financées essentiellement par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires, tendant ainsi à diminuer la part du reste à charge des ménages. Finalement, la part financée par la Sécurité sociale diminue encore légèrement, tandis que le reste à charge des ménages progresse modérément en 2007, d'un peu moins de 0,1 point.

Dans les parties suivantes, on examine séparément la structure de financement des 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 (93,7 % en 2007). À l'inverse, les autres biens médicaux restent le poste le moins bien remboursé par l'assurance-maladie (43,5 % en 2007), même si cette prise en charge progresse régulièrement depuis plusieurs années. 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 37 % en 2007, 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 (21 % en 2007, après 37 % en 2000 et 51 % en 1995).

G-04 Évolution du reste à charge des ménages pour les trois principaux postes de la CSBM



Sources : Drees.

II. Le financement des soins hospitaliers

T 41 - Structure de financement des soins hospitaliers

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
• Sécurité sociale de base (1)	92,2	92,2	92,1	91,9	91,4	91,1
• CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3
• Mutuelles (2)	2,2	2,4	2,4	2,5	2,7	2,9
• Sociétés d'assurance (2)	0,7	0,7	1,0	1,1	1,2	1,3
• Institutions de prévoyance (2)	0,4	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
• Ménages	3,3	2,7	2,4	2,4	2,5	2,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

Sources : Drees.

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 % jusqu'en 2004. Cependant, cette part est en recul depuis 2005, et atteint 91,1 % en 2007 (tableau 41). Cette diminution se reporte sur les parts des organismes complémentaires et des ménages. Le reste à charge des ménages progresse ainsi de 0,1 point entre 2004 et 2007 (graphique 04).

Cette évolution résulte principalement de la hausse du forfait journalier hospitalier (+1 euro au 1^{er} janvier de chaque année), pour atteindre 12 euros pour la psychiatrie et 16 euros pour les autres hospitalisations, en 2007), des tarifs journaliers de prestations (TJP), et dans une moindre mesure de la mise en place du forfait pour acte lourd qui n'intervient qu'à la toute fin d'année à l'hôpital (cf. supra).

III. Le financement des soins ambulatoires

T 42 – Structure de financement des soins ambulatoires

(soins des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et cures thermales)

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
• Sécurité sociale de base (1)	67,0	67,0	66,4	65,8	65,6	65,5
• CMU-C organismes de base et AME	1,2	1,3	1,6	1,6	1,7	1,7
• Mutuelles (2)	11,8	12,3	11,7	11,7	11,7	11,5
• Sociétés d'assurance (2)	6,1	4,8	5,2	5,2	5,2	5,1
• Institutions de prévoyance (2)	3,0	3,8	4,2	4,0	3,9	3,9
• Ménages	10,9	10,9	10,8	11,7	12,1	12,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

Sources : Drees.

Depuis 2000, 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 (tableau 42). 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 (cf. supra). Dans le même temps le reste à charge des ménages avait augmenté de 0,9 point. Ces tendances se poursuivent, quoiqu'en s'atténuant en 2006, en raison de 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.

En 2007 la part de la sécurité sociale diminue de 0,1 point et le reste à charge des ménages augmente de 0,2 point (après 0,4 en 2006), ce qui s'explique essentiellement par la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la hausse du plafond journalier pour la participation forfaitaire de 1 euro (porté de 1 à 4 euros).

IV. Le financement des médicaments

T 43 – Structure de financement des médicaments en officine (pharmacies, rétrocession hospitalière, produits sanguins)

	en %					
	1995	2000	2004	2005	2006	2007
• Sécurité sociale de base (1)	61,7	65,1	67,2	67,5	67,5	67,6
• CMU-C organismes de base et AME	1,2	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4
• Mutuelles (2)	12,7	12,0	11,2	11,2	11,4	11,4
• Sociétés d'assurance (2)	5,2	4,1	3,9	4,0	3,9	3,8
• Institutions de prévoyance (2)	2,3	3,1	2,8	2,6	2,4	2,4
• Ménages	17,0	14,2	13,3	13,2	13,3	13,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

Sources : Drees.

Le taux de remboursement moyen des médicaments par la Sécurité sociale, bien que relativement bas par rapport aux autres postes de dépenses, a fortement augmenté ces dernières années : +5,9 points depuis 1995, et +2,5 points depuis 2000 (tableau 43). 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 près de la moitié (45 %) des médicaments remboursés par le Régime général.

Le reste à charge des ménages était quant à lui orienté à la baisse jusqu'en 2005 (-1,0 point entre 2000 et 2005), mais il est reparti à la hausse depuis 2 ans. Ceci peut être relié à plusieurs mesures de déremboursement qui ont concerné des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant.

Annexes

Tableaux détaillés : 1995-2007

La consommation médicale totale.....	54
La consommation de soins et de biens médicaux.....	56
La dépense courante de santé.....	60
La dépense courante par type de financeur	62

CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995 - 2007

(en millions d'euros courants)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
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	67 580	69 941	72 654
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 235	56 352
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 706	16 301
2. SOINS AMBULATOIRES	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 908	42 727	45 062
• Médecins	12 984	13 185	13 483	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 863	20 909
• 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	10 249
- 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	5 369
- masseurs-kinésithérapeutes	2 105	2 176	2 131	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 790	4 087
- autres	375	402	410	429	469	497	532	595	649	687	718	751	793
• Dentistes	5 950	6 147	6 261	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 015	9 355
• Analyses	2 387	2 367	2 411	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833	3 974	4 102	4 246
• Cures Thermales (forfait soins)	258	256	271	279	286	275	285	288	291	290	290	290	304
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	3 082	3 240
4. MEDICAMENTS	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	31 942	33 351
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 432	8 829	9 533
• Optique	2 540	2 593	2 606	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 337	4 537
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	776	789	736	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 285	1 363	1 474
• Petits matériels et pansements	405	542	751	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 905	3 130	3 522
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	151 208	156 521	163 840
6. MÉDECINE PREVENTIVE	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 660	2 798	2 960	3 118	3 301
• 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	2 676
• Prévention individuelle secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	428	456	552	598	626
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	100 006	102 467	104 301	108 105	112 080	117 437	124 132	132 059	140 543	147 661	154 169	159 639	167 141

CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE 1995 - 2007

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
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	103,5	103,9
• Secteur public	102,8	105,1	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,6	103,4	103,9
• 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	103,8
2. SOINS AMBULATOIRES	103,1	105,6	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,19	104,45	105,47
• Médecins	103,2	104,7	101,5	102,3	103,7	103,7	104,8	103,6	106,8	106,7	103,0	103,2	104,2	105,3
• 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	108,4
- 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	109,2
- 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	107,8
- 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	105,6
• 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	103,4	103,8
• 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	103,2	103,5
• 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	99,9	105,0
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	105,1
4. MEDICAMENTS	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	104,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	109,0	108,1	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,4	104,7	108,0
• Optique	105,0	105,6	102,1	100,5	103,5	105,2	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3	103,3	102,2	104,6
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	102,8	107,6	101,7	93,2	103,4	107,0	109,3	110,2	109,2	106,2	107,3	105,3	106,0	108,2
• 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	107,7	112,5
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (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	104,7
6. MEDECINE PREVENTIVE	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	105,9
• 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	106,2
• 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	121,1	108,4	104,6
CONSOMMATION MEDICALE 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	103,5	104,7

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995 - 2007

(indices des prix : base 100 année précédente)

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,5	103,5	101,8	100,9	101,2	101,6	102,1	103,1	104,3	104,6	103,1	102,4	102,0	101,9
• Secteur public	101,7	103,7	101,7	100,8	101,3	102,2	102,6	103,5	104,6	104,9	103,2	102,3	102,2	102,0
• 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	101,6
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	102,1
• 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	103,4
• 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	100,9
• 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	101,3
• 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	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	106,4
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	101,3
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	97,5
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,8	101,3	101,7	100,1	100,7	100,9	100,7	101,1	101,1	101,5	101,5	101,1	100,2	100,5
• 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	100,7
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	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	100,3
• 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	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	101,3	100,8	101,0

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995 - 2007

	(indices de volume-base 100 année précédente)													
	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,5	101,6	101,0	100,2	100,9	99,9	100,5	100,8	101,6	101,3	101,5	102,5	101,5	101,9
• Secteur public	101,1	101,4	101,2	100,2	103,1	100,6	100,5	100,8	101,3	101,1	101,5	102,3	101,2	101,8
• 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	102,1
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	101,9	103,3
• 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	99,6	101,8
• 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	107,4
• 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	101,6	102,4
• 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	103,2	103,5
• 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	98,7
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	103,8
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	107,1
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	108,1	106,8	103,7	104,2	108,3	112,2	112,2	111,5	106,5	105,4	106,2	104,2	104,5	107,4
• Optique	104,0	103,7	100,0	100,8	102,5	103,7	113,5	109,6	102,9	101,7	103,0	101,6	102,0	103,9
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés phys	102,2	106,9	101,0	92,6	103,0	107,0	108,4	109,2	108,4	105,8	106,4	104,8	105,8	107,9
• 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	107,4	112,2
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	102,3	103,8	101,1	101,1	102,9	102,8	103,7	104,7	103,8	103,3	103,6	103,1	102,7	103,7

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995 - 2007

(en millions d'euros 2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. SOINS HOSPITALIERS	51 294	51 831	51 958	52 461	52 414	52 668	53 097	53 963	54 676	55 503	56 898	57 745	58 846
• Secteur public	38 626	39 102	39 164	40 381	40 617	40 802	41 128	41 666	42 130	42 759	43 757	44 274	45 089
• 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	13 757
2. SOINS AMBULATOIRES	27 596	27 886	28 140	29 015	29 950	31 223	33 307	34 790	36 081	37 377	38 003	38 762	40 063
• Médecins	13 485	13 544	13 781	14 146	14 587	15 191	15 649	15 739	15 936	16 232	16 315	16 253	16 539
• 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	9 363
• Dentistes	6 112	6 252	6 311	6 472	6 536	6 668	7 611	8 440	8 957	9 354	9 360	9 507	9 740
• Analyses	2 334	2 310	2 351	2 474	2 614	2 795	3 038	3 278	3 524	3 760	3 897	4 024	4 165
• Cures Thermales	267	263	277	282	286	275	286	281	276	271	266	259	256
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	2 713	2 817
4. MÉDICAMENTS	18 490	18 646	19 244	20 400	21 820	23 631	25 780	27 535	29 331	31 378	33 113	34 898	37 363
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 878	4 022	4 192	4 540	5 091	5 714	6 369	6 781	7 152	7 600	7 925	8 285	8 907
• Optique	2 661	2 661	2 683	2 751	2 851	3 236	3 546	3 648	3 710	3 822	3 884	3 963	4 116
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physique	797	805	745	767	821	890	972	1 054	1 116	1 187	1 244	1 317	1 421
• Petits matériels et pansements	420	556	764	1 022	1 419	1 588	1 851	2 079	2 326	2 591	2 797	3 005	3 370
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	138 504	142 403	147 996

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX 1995 - 2007

(indices de volume-base 100 en 2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. SOINS HOSPITALIERS	97,4	98,4	98,7	99,6	99,5	100,0	100,8	102,5	103,8	105,4	108,0	109,6	111,7
• Secteur public	94,7	95,8	96,0	99,0	99,5	100,0	100,8	102,1	103,3	104,8	107,2	108,5	110,5
• 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	115,9
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	124,1	128,3
• Médecins	88,8	89,2	90,7	93,1	96,0	100,0	103,0	103,6	104,9	106,9	107,4	107,0	108,9
• 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	148,8
• Dentistes	91,7	93,8	94,6	97,1	98,0	100,0	114,1	126,6	134,3	140,3	140,4	142,6	146,1
• Analyses	83,5	82,6	84,1	88,5	93,5	100,0	108,7	117,3	126,1	134,5	139,4	144,0	149,0
• 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	93,1
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	143,8	149,4
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	158,1
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	67,9	70,4	73,4	79,5	89,1	100,0	111,5	118,7	125,2	133,0	138,7	145,0	155,9
• Optique	82,2	82,2	82,9	85,0	88,1	100,0	109,6	112,7	114,6	118,1	120,0	122,5	127,2
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	89,6	90,4	83,7	86,2	92,2	100,0	109,2	118,4	125,4	133,4	139,8	148,0	159,7
• 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	189,2	212,2
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	120,3	123,7	128,6

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995 - 2007

(en millions d'euros courants)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	156 521	163 840
• Soins aux particuliers	75 857	77 753	78 754	80 937	82 871	85 777	89 792	95 689	101 908	106 673	111 311	115 750	120 956
- soins hospitaliers	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	69 941	72 654
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 235	56 352
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 706	16 301
- soins ambulatoires	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 908	42 727	45 062
- 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	3 082	3 240
• Médicaments	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	31 942	33 351
• Autres biens médicaux	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 432	8 829	9 533
12. SOINS AUX PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS	2 270	2 381	2 476	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651
13. AIDE AUX MALADES (Indemnités Journalières)	6 651	6 694	6 649	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 712
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	1 465	1 415	1 481	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	1 997	2 007
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	108 418	110 908	112 814	117 128	121 656	127 828	135 237	144 300	153 816	161 397	168 393	174 118	182 209
21 - Prévention individuelle	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 660	2 798	2 960	3 118	3 301
- Prévention 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	2 676
- Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	428	456	552	598	626
22 - Prévention collective	1 482	1 511	1 557	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 361	2 083	2 273	2 613	2 436
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	3 456	3 560	3 650	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	5 021	4 881	5 233	5 731	5 737
31.DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	4 092	4 125	4 121	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	6 877	7 003
32.DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	4 779	4 826	4 845	5 000	5 765	6 239	6 599	7 170	7 406	7 589	7 635	7 934	8 163
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	9 616	9 922	10 152	10 435	10 912	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	13 911	14 328
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	-3 398	-3 775	-3 942
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	124 301	127 234	129 487	134 316	139 791	146 893	155 012	165 220	175 564	183 466	191 547	197 920	206 495

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ 1995 - 2007

(indices de valeur-base 100 année précédente)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
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	104,7
• 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	104,5
- Soins hospitaliers	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	106,0	104,7	105,0	103,5	103,9
• Secteur public	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,6	103,4	103,9
• Secteur privé	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	103,7	103,8
- soins ambulatoires	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,2	104,4	105,5
- 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	105,1
• Médicaments	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	101,5	104,4
• Autres biens médicaux	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,4	104,7	108,0
12. SOINS AUX PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS	104,9	104,0	104,8	104,8	107,8	105,6	110,3	109,2	110,3	114,8	110,0	108,7
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	100,6	103,0
14. SUBVENTION AU SYSTEME 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	94,5	100,5
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	102,3	101,7	103,8	103,9	105,1	105,8	106,7	106,6	104,9	104,3	103,4	104,6
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	105,9
- Prévention primaire	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,2	105,0	102,8	104,6	106,2
- Prévention secondaire	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,7	106,5	121,1	108,4	104,6
22 - Prévention collective	102,0	103,0	104,5	104,0	105,1	102,5	122,5	105,8	88,2	109,1	115,0	93,2
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,0	102,5	104,3	103,5	104,0	103,2	112,3	105,8	97,2	107,2	109,5	100,1
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	100,2	103,9	101,8
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	109,7
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	100,6	103,9	102,9
4. COUT DE GESTION DE LA SANTE	103,2	102,3	102,8	104,6	104,2	103,1	103,3	104,2	102,3	106,0	101,7	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	102,6	111,1	104,4
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	102,4	101,8	103,7	104,1	105,1	105,5	106,6	106,3	104,5	104,4	103,3	104,3

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1995

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et Collectivités Locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	total financements privés (1)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	33 513	499	548	199	89	618	1 454	35 467
Hôpitaux du secteur Privé	10 387	48	517	155	105	946	1 723	12 158
Sous-total : Soins hospitaliers	43 901	547	1 065	354	194	1 564	3 177	47 625
Médecins	9 609	195	1 493	713	398	627	3 231	13 036
Auxiliaires	4 280	61	383	172	46	442	1 043	5 384
Dentistes	2 323	29	967	596	293	1 742	3 598	5 950
Laboratoires d'analyses	1 721	28	314	157	63	105	638	2 387
Sous-total : Soins ambulatoires	17 933	313	3 158	1 638	799	2 916	8 510	26 756
Transports de malades	1 414	2	23	14	2	21	60	1 476
Total : Prestataires de soins	63 248	862	4 245	2 006	996	4 500	11 748	75 857
Officines pharmaceutiques	11 377	217	2 352	962	417	3 128	6 859	18 454
Autres biens médicaux en ambulatoire (2)	955	26	515	244	191	1 790	2 740	3 721
Total : Biens médicaux	12 332	243	2 868	1 206	608	4 918	9 599	22 175
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	75 580	1 105	7 113	3 212	1 603	9 419	21 347	98 032
Soins aux personnes âgées en établissements	2 270						0	2 270
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 651						0	6 651
Aide indirecte (subventions)	1 465						0	1 465
DÉPENSES POUR LES MALADES	85 966	1 105	7 113	3 212	1 603	9 419	21 347	108 417
Prévention individuelle	337	762					875	1 974
Prévention collective	284	1 170					28	1 482
TOTAL : PRÉVENTION	620	1 932					903	3 456
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 022					2 069	4 092
FORMATION	8	613					66	687
COUT DE GESTION DE LA SANTE	5 961	711					2 945	9 616
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-1 967	-1 967
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	92 555	6 383					25 363	124 301

(1) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(2) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1996

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et Collectivités Locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	total financements privés (1)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	34 414	503	520	220	104	753	1 597	36 514
Hôpitaux du secteur Privé	10 606	48	612	174	121	914	1 821	12 476
Sous-total : Soins hospitaliers	45 021	551	1 132	394	225	1 667	3 418	48 990
Médecins	9 704	200	1 563	748	436	586	3 333	13 236
Auxiliaires	4 433	64	398	190	51	413	1 052	5 549
Dentistes	2 385	31	1 021	622	326	1 762	3 731	6 147
Laboratoires d'analyses	1 719	29	322	162	68	67	618	2 367
Sous-total : Soins ambulatoires	18 241	324	3 304	1 720	882	2 828	8 734	27 299
Transports de malades	1 402	2	23	15	2	19	60	1 464
Total : Prestataires de soins	64 663	877	4 460	2 130	1 109	4 514	12 212	77 753
Officines pharmaceutiques	11 560	237	2 477	991	449	3 026	6 943	18 739
Autres biens médicaux en ambulatoire (2)	1 056	23	579	268	219	1 779	2 845	3 925
Total : Biens médicaux	12 616	260	3 056	1 259	668	4 805	9 788	22 664
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	77 279	1 138	7 516	3 389	1 777	9 319	22 001	100 418
Soins aux personnes âgées en établissements	2 381						0	2 381
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 694						0	6 694
Aide indirecte (subventions)	1 415						0	1 415
DÉPENSES POUR LES MALADES	87 770	1 138	7 516	3 389	1 777	9 319	22 001	110 908
Prévention individuelle	349	798					902	2 049
Prévention collective	296	1 185					29	1 511
TOTAL : PRÉVENTION	645	1 984					932	3 560
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 038					2 087	4 125
FORMATION	8	625					68	701
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 086	726					3 110	9 922
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-1 982	-1 982
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	94 509	6 511					26 214	127 234

(1) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(2) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1997

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et Collectivités Locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	total financements privés (1)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	34 777	530	524	207	117	710	1 558	36 864
Hôpitaux du secteur Privé	10 816	50	622	168	136	894	1 820	12 686
Sous-total : Soins hospitaliers	45 593	580	1 146	374	253	1 604	3 378	49 551
Médecins	9 905	204	1 608	717	486	617	3 428	13 537
Auxiliaires	4 408	67	391	165	56	433	1 045	5 520
Dentistes	2 429	34	1 066	567	381	1 784	3 798	6 261
Laboratoires d'analyses	1 754	31	326	155	76	68	626	2 411
Sous-total : Soins ambulatoires	18 497	336	3 391	1 605	999	2 902	8 897	27 730
Transports de malades	1 407	2	23	14	2	26	66	1 474
Total : Prestataires de soins	65 496	918	4 561	1 993	1 255	4 532	12 340	78 754
Officines pharmaceutiques	12 098	261	2 481	957	510	3 053	7 001	19 360
Autres biens médicaux en ambulatoire (2)	1 193	23	626	258	256	1 738	2 877	4 093
Total : Biens médicaux	13 291	283	3 107	1 215	767	4 791	9 879	23 453
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	78 787	1 201	7 667	3 208	2 022	9 323	22 219	102 208
Soins aux personnes âgées en établissements	2 476						0	2 476
Aide aux malades (indemnités journalières)	6 649						0	6 649
Aide indirecte (subventions)	1 481						0	1 481
DÉPENSES POUR LES MALADES	89 393	1 201	7 667	3 208	2 022	9 323	22 219	112 814
Prévention individuelle	342	827					925	2 094
Prévention collective	306	1 221					30	1 557
TOTAL : PRÉVENTION	648	2 048					954	3 650
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 040					2 081	4 121
FORMATION	8	644					72	724
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 152	749					3 251	10 152
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-1 975	-1 975
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	96 201	6 682					26 603	129 487

(1) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(2) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1998

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et Collectivités Locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	total financements privés (1)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	36 389	543	530	214	156	685	1 586	38 518
Hôpitaux du secteur Privé	10 208	51	639	172	172	816	1 799	12 058
Sous-total : Soins hospitaliers	46 597	594	1 169	387	328	1 501	3 384	50 576
Médecins	10 337	208	1 721	715	488	564	3 488	14 033
Auxiliaires	4 608	65	403	169	57	467	1 096	5 769
Dentistes	2 399	35	1 147	541	445	1 848	3 980	6 415
Laboratoires d'analyses	1 849	32	339	168	74	75	656	2 537
Sous-total : Soins ambulatoires	19 194	340	3 610	1 592	1 064	2 954	9 220	28 754
Transports de malades	1 527	2	26	14	3	36	79	1 608
Total : Prestataires de soins	67 318	936	4 805	1 993	1 395	4 490	12 683	80 937
Officines pharmaceutiques	12 861	267	2 598	974	533	3 290	7 395	20 522
Autres biens médicaux en ambulatoire (2)	1 424	22	712	285	265	1 757	3 020	4 466
Total : Biens médicaux	14 285	289	3 311	1 259	798	5 047	10 414	24 989
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	81 603	1 225	8 116	3 252	2 193	9 537	23 097	105 926
Soins aux personnes âgées en établissements	2 595						0	2 595
Aide aux malades (indemnités journalières)	7 065						0	7 065
Aide indirecte (subventions)	1 542						0	1 542
DÉPENSES POUR LES MALADES	92 806	1 225	8 116	3 252	2 193	9 537	23 097	117 128
Prévention individuelle	367	857					955	2 179
Prévention collective	313	1 284					30	1 627
TOTAL : PRÉVENTION	679	2 141					986	3 806
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 087					2 159	4 246
FORMATION	9	670					75	754
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 262	769					3 404	10 435
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 052	-2 052
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	99 756	6 891					27 669	134 316

(1) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(2) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1999

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et Collectivités Locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	total financements privés (1)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	37 363	554	557	211	190	703	1 662	39 579
Hôpitaux du secteur Privé	9 863	53	669	171	178	800	1 818	11 733
Sous-total : Soins hospitaliers	47 226	607	1 226	383	368	1 503	3 479	51 313
Médecins	10 750	212	1 788	701	491	615	3 595	14 557
Auxiliaires	4 895	66	418	166	61	538	1 182	6 144
Dentistes	2 411	36	1 187	519	468	1 837	4 012	6 459
Laboratoires d'analyses	1 945	33	345	163	80	93	681	2 659
Sous-total : Soins ambulatoires	20 001	346	3 738	1 548	1 101	3 083	9 471	29 818
Transports de malades	1 647	2	30	13	3	46	92	1 740
Total : Prestataires de soins	68 874	955	4 994	1 944	1 472	4 632	13 042	82 871
Officines pharmaceutiques	13 950	269	2 699	971	599	3 420	7 689	21 908
Autres biens médicaux en ambulatoire (2)	1 760	22	799	287	296	1 890	3 273	5 055
Total : Biens médicaux	15 710	291	3 498	1 258	895	5 310	10 961	26 963
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	84 584	1 246	8 491	3 202	2 367	9 943	24 003	109 834
Soins aux personnes âgées en établissements	2 720						0	2 720
Aide aux malades (indemnités journalières)	7 487						0	7 487
Aide indirecte (subventions)	1 616						0	1 616
DÉPENSES POUR LES MALADES	96 407	1 246	8 491	3 202	2 367	9 943	24 003	121 656
Prévention individuelle	377	890					979	2 246
Prévention collective	325	1 337					31	1 692
TOTAL : PRÉVENTION	702	2 227					1 010	3 938
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 394					2 587	4 981
FORMATION	10	692					82	784
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 553	814					3 546	10 912
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-2 481	-2 481
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	103 671	7 373					28 747	139 791

(1) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(2) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2000

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	38 543	553	569	215	240	681	1 705	40 802
Hôpitaux du secteur Privé	10 016	53	685	174	220	718	1 798	11 866
Sous-total : Soins hospitaliers	48 560	606	1 254	390	460	1 399	3 503	52 669
Médecins	11 190	233	1 793	665	497	869	3 823	15 246
Auxiliaires	5 222	55	462	162	80	533	1 237	6 514
Dentistes	2 436	66	1 206	493	503	1 965	4 166	6 668
Laboratoires d'analyses	2 082	40	371	175	96	30	673	2 795
Sous-total : Soins ambulatoires	20 929	394	3 832	1 495	1 176	3 397	9 899	31 223
Transports de malades	1 795	10	38	13	6	25	81	1 886
Total : Prestataires de soins	71 284	1 010	5 124	1 898	1 641	4 821	13 484	85 777
Officines pharmaceutiques	15 386	349	2 829	969	733	3 365	7 896	23 631
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	2 046	43	862	284	358	2 121	3 625	5 713
Total : Biens médicaux	17 431	392	3 690	1 253	1 091	5 486	11 521	29 344
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	88 715	1 402	8 814	3 151	2 732	10 308	25 004	115 121
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931						0	2 931
Aide aux malades (indemnités journalières)	8 162						0	8 162
Aide indirecte (subventions)	1 613						0	1 613
DÉPENSES POUR LES MALADES	101 422	1 402	8 814	3 151	2 732	10 308	25 004	127 828
Prévention individuelle	386	915					1 015	2 316
Prévention collective	330	1 417					31	1 779
TOTAL : PRÉVENTION	717	2 331					1 047	4 095
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 662					2 760	5 422
FORMATION	10	722					86	817
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 603	855					3 914	11 372
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-2 641	-2 641
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	108 752	7 972					30 169	146 893

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2001

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	40 193	651	562	249	232	680	1 723	42 567
Hôpitaux du secteur Privé	10 275	66	681	197	214	763	1 855	12 196
Sous-total : Soins hospitaliers	50 468	717	1 243	446	446	1 443	3 578	54 763
Médecins	11 522	237	1 770	663	647	961	4 040	15 800
Auxiliaires	5 567	51	487	163	84	545	1 279	6 897
Dentistes	2 689	143	1 280	549	617	1 998	4 444	7 276
Laboratoires d'analyses	2 244	42	393	183	99	29	703	2 989
Sous-total : Soins ambulatoires	22 022	472	3 930	1 558	1 446	3 533	10 467	32 961
Transports de malades	1 970	11	39	13	5	29	86	2 067
Total : Prestataires de soins	74 460	1 201	5 212	2 017	1 897	5 005	14 131	89 792
Officines pharmaceutiques	16 868	373	2 962	964	718	3 617	8 261	25 502
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	2 353	60	912	310	472	2 330	4 023	6 436
Total : Biens médicaux	19 221	433	3 874	1 274	1 190	5 947	12 285	31 938
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	93 681	1 633	9 085	3 291	3 087	10 952	26 415	121 730
Soins aux personnes âgées en établissements	3 096						0	3 096
Aide aux malades (indemnités journalières)	8 763						0	8 763
Aide indirecte (subventions)	1 648						0	1 648
DÉPENSES POUR LES MALADES	107 189	1 633	9 085	3 291	3 087	10 952	26 415	135 237
Prévention individuelle	391	959					1 052	2 403
Prévention collective	330	1 461					32	1 823
TOTAL : PRÉVENTION	722	2 420					1 084	4 226
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 861					2 900	5 761
FORMATION	10	740					88	838
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 778	927					4 019	11 723
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-2 773	-2 773
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	114 698	8 581					31 733	155 012

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2002

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	42 525	634	654	296	290	697	1 936	45 095
Hôpitaux du secteur Privé	10 912	92	688	234	267	736	1 925	12 929
Sous-total : Soins hospitaliers	53 437	726	1 342	530	557	1 433	3 861	58 024
Médecins	12 173	275	1 796	716	642	1 275	4 429	16 877
Auxiliaires	6 086	65	506	174	89	623	1 392	7 542
Dentistes	2 777	157	1 475	644	689	1 952	4 760	7 694
Laboratoires d'analyses	2 492	56	420	181	112	32	745	3 294
Sous-total : Soins ambulatoires	23 528	553	4 197	1 715	1 532	3 881	11 326	35 407
Transports de malades	2 146	12	44	11	5	40	100	2 258
Total : Prestataires de soins	79 110	1 291	5 583	2 257	2 094	5 354	15 288	95 689
Officines pharmaceutiques	18 007	454	3 108	986	738	3 634	8 466	26 928
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	2 711	62	1 050	374	542	2 192	4 158	6 931
Total : Biens médicaux	20 718	516	4 158	1 360	1 281	5 826	12 624	33 859
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	99 829	1 807	9 741	3 617	3 374	11 180	27 912	129 548
Soins aux personnes âgées en établissements	3 417						0	3 417
Aide aux malades (indemnités journalières)	9 617						0	9 617
Aide indirecte (subventions)	1 719						0	1 719
DÉPENSES POUR LES MALADES	114 581	1 807	9 741	3 617	3 374	11 180	27 912	144 300
Prévention individuelle	385	1 032					1 094	2 511
Prévention collective	367	1 833					33	2 233
TOTAL : PRÉVENTION	752	2 865					1 127	4 744
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 049					3 226	6 275
FORMATION	11	790					94	894
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 897	987					4 230	12 114
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 108	-3 108
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	122 242	9 498					33 480	165 220

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2003

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	45 114	651	743	312	296	734	2 085	47 851
Hôpitaux du secteur Privé	11 578	93	709	247	273	752	1 980	13 651
Sous-total : Soins hospitaliers	56 693	744	1 452	558	569	1 486	4 065	61 502
Médecins	13 028	288	1 876	798	684	1 323	4 682	17 999
Auxiliaires	6 608	72	527	192	88	644	1 451	8 131
Dentistes	2 963	188	1 604	748	692	2 044	5 089	8 240
Laboratoires d'analyses	2 732	64	440	206	119	32	797	3 593
Sous-total : Soins ambulatoires	25 331	612	4 447	1 944	1 584	4 044	12 019	37 963
Transports de malades	2 319	16	50	13	6	40	109	2 443
Total : Prestataires de soins	84 343	1 372	5 949	2 515	2 159	5 570	16 193	101 908
Officines pharmaceutiques	19 190	466	3 217	1 002	798	3 882	8 900	28 555
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	2 952	64	1 226	463	612	2 102	4 404	7 420
Total : Biens médicaux	22 142	530	4 443	1 465	1 411	5 985	13 304	35 975
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	106 485	1 901	10 392	3 980	3 570	11 555	29 497	137 883
Soins aux personnes âgées en établissements	3 733						0	3 733
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 416						0	10 416
Aide indirecte (subventions)	1 783						0	1 783
DÉPENSES POUR LES MALADES	122 417	1 901	10 392	3 980	3 570	11 555	29 497	153 816
Prévention individuelle	379	1 142					1 139	2 660
Prévention collective	431	1 897					34	2 361
TOTAL : PRÉVENTION	810	3 038					1 173	5 021
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 057					3 418	6 475
FORMATION	12	822					97	931
COUT DE GESTION DE LA SANTE	7 200	1 002					4 420	12 622
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 301	-3 301
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	130 439	9 821					35 304	175 564

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2004

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	47 184	664	817	353	296	788	2 254	50 103
Hôpitaux du secteur Privé	12 122	96	744	279	272	774	2 069	14 287
Sous-total : Soins hospitaliers	59 306	761	1 561	632	568	1 562	4 323	64 390
Médecins	13 430	291	1 925	861	715	1 311	4 812	18 533
Auxiliaires	6 938	73	573	232	102	731	1 638	8 648
Dentistes	3 055	206	1 660	762	727	2 219	5 368	8 629
Laboratoires d'analyses	2 916	71	462	225	128	32	846	3 833
Sous-total : Soins ambulatoires	26 339	641	4 620	2 079	1 671	4 293	12 664	39 643
Transports de malades	2 503	18	48	23	8	40	118	2 640
Total : Prestataires de soins	88 148	1 420	6 229	2 734	2 247	5 895	17 105	106 673
Officines pharmaceutiques	20 300	474	3 375	1 184	838	4 016	9 414	30 188
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	3 283	65	1 357	542	672	2 084	4 654	8 002
Total : Biens médicaux	23 583	540	4 731	1 726	1 511	6 100	14 068	38 190
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	111 731	1 959	10 961	4 460	3 758	11 995	31 173	144 863
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118						0	4 118
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 459						0	10 459
Aide indirecte (subventions)	1 957						0	1 957
DÉPENSES POUR LES MALADES	128 265	1 959	10 961	4 460	3 758	11 995	31 173	161 397
Prévention individuelle	392	1 232					1 174	2 798
Prévention collective	371	1 676					35	2 083
TOTAL : PRÉVENTION	763	2 908					1 210	4 881
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 171					3 439	6 610
FORMATION	12	864					102	979
COUT DE GESTION DE LA SANTE	7 195	1 024					4 690	12 910
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 311	-3 311
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	136 236	9 927					37 304	183 466

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2005

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	49 260	703	912	397	305	854	2 468	52 431
Hôpitaux du secteur Privé	12 860	102	792	313	280	801	2 186	15 149
Sous-total : Soins hospitaliers	62 120	806	1 704	710	585	1 655	4 654	67 580
Médecins	13 633	292	2 006	910	682	1 602	5 201	19 126
Auxiliaires	7 304	79	617	242	100	744	1 703	9 086
Dentistes	3 046	210	1 680	743	706	2 337	5 466	8 721
Laboratoires d'analyses	2 947	73	504	219	129	103	954	3 974
Sous-total : Soins ambulatoires	26 930	654	4 806	2 114	1 617	4 786	13 324	40 908
Transports de malades	2 665	20	53	28	9	48	138	2 823
Total : Prestataires de soins	91 715	1 480	6 563	2 852	2 212	6 489	18 116	111 311
Officines pharmaceutiques	21 247	479	3 526	1 258	818	4 138	9 740	31 466
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	3 503	70	1 508	613	679	2 059	4 860	8 432
Total : Biens médicaux	24 750	549	5 034	1 871	1 497	6 197	14 599	39 898
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	116 465	2 028	11 598	4 723	3 708	12 686	32 715	151 208
Soins aux personnes âgées en établissements	4 729						0	4 729
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 343						0	10 343
Aide indirecte (subventions)	2 113						0	2 113
DÉPENSES POUR LES MALADES	133 650	2 028	11 598	4 723	3 708	12 686	32 715	168 393
Prévention individuelle	464	1 298					1 198	2 960
Prévention collective	403	1 834					36	2 273
TOTAL : PRÉVENTION	867	3 131					1 234	5 233
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621
FORMATION	13	895					106	1 014
COUT DE GESTION DE LA SANTE	7 698	1 049					4 938	13 684
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 398	-3 398
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	142 228	10 200					39 119	191 547

(1) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(2) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(3) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2006

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	total financements privés (3)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	50 712	775	1 055	456	324	913	2 748	54 235
Hôpitaux du secteur Privé	13 239	109	868	360	298	832	2 358	15 706
Sous-total : Soins hospitaliers	63 951	885	1 922	816	622	1 745	5 106	69 941
Médecins	13 999	314	2 132	951	709	1 816	5 608	19 921
Auxiliaires	7 833	82	620	237	100	817	1 774	9 689
Dentistes	3 152	244	1 721	760	715	2 424	5 619	9 015
Laboratoires d'analyses	3 028	76	513	254	127	105	999	4 102
Sous-total : Soins ambulatoires	28 012	715	4 986	2 202	1 651	5 161	14 001	42 727
Transports de malades	2 901	23	60	33	10	53	157	3 082
Total : Prestataires de soins	94 864	1 623	6 969	3 051	2 283	6 960	19 263	115 750
Officines pharmaceutiques	21 560	457	3 654	1 233	780	4 258	9 925	31 942
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 747	74	1 648	693	735	1 933	5 009	8 829
Total : Biens médicaux	25 307	531	5 302	1 926	1 515	6 191	14 934	40 771
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	120 170	2 154	12 271	4 977	3 798	13 151	34 197	156 521
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200						0	5 200
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 400						0	10 400
Aide indirecte (subventions)	1 997						0	1 997
DÉPENSES POUR LES MALADES	137 768	2 154	12 271	4 977	3 798	13 151	34 197	174 118
Prévention individuelle	455	1 428					1 235	3 118
Prévention collective	400	2 175					38	2 613
TOTAL : PRÉVENTION	855	3 603					1 273	5 731
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 974					3 903	6 877
FORMATION	13	934					111	1 057
COUT DE GESTION DE LA SANTE	7 664	1 073					5 175	13 911
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 775	-3 775
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	146 300	10 737					40 883	197 920

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(3) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(4) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2007

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	total financements privés (3)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	52 480	836	1 161	508	367	1 001	3 037	56 352
Hôpitaux du secteur Privé	13 675	116	924	402	337	848	2 511	16 301
Sous-total : Soins hospitaliers	66 155	952	2 084	910	704	1 849	5 548	72 654
Médecins	14 713	324	2 200	989	733	2 011	5 933	20 970
Auxiliaires	8 492	86	648	243	107	915	1 913	10 492
Dentistes	3 258	285	1 781	792	758	2 480	5 811	9 355
Laboratoires d'analyses	3 074	78	534	271	145	144	1 094	4 246
Sous-total : Soins ambulatoires	29 537	774	5 162	2 295	1 744	5 550	14 751	45 062
Transports de malades	3 042	27	67	36	11	57	171	3 240
Total : Prestataires de soins	98 734	1 752	7 313	3 241	2 459	7 456	20 470	120 956
Officines pharmaceutiques	22 542	457	3 786	1 266	788	4 513	10 352	33 351
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	4 150	78	1 786	812	810	1 898	5 306	9 533
Total : Biens médicaux	26 691	534	5 571	2 078	1 598	6 411	15 658	42 884
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	125 426	2 286	12 885	5 319	4 057	13 867	36 128	163 840
Soins aux personnes âgées en établissements	5 651						0	5 651
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 712						0	10 712
Aide indirecte (subventions)	2 007						0	2 007
DÉPENSES POUR LES MALADES	143 795	2 286	12 885	5 319	4 057	13 867	36 128	182 209
Prévention individuelle	435	1 596					1 270	3 301
Prévention collective	399	1 996					41	2 436
TOTAL : PRÉVENTION	834	3 593					1 311	5 737
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 933					4 070	7 003
FORMATION	14	1 024					121	1 160
COUT DE GESTION DE LA SANTE	7 852	1 117					5 359	14 328
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 942	-3 942
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	152 495	10 953					43 047	206 495

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMUc versées par ces organismes

(3) y compris autres financements privés (entreprises privées)

(4) Optique, prothèses, orthèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.