

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

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Comptes nationaux de la santé
2008**

Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC, Michel DUEE

n°137 - septembre 2009

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

Coordination	C. Zaidman
Rédaction	A. Fenina, M.A. Le Garrec, M. Duée
Contributions	A. Bourgeois, M. Chaleix, M. Collet, A. Exertier, A. Expert (CNAMTS) M. Garnero, C. de Kermadec (Insee), F. Lê, C. Pilarski (Insee), D. Sicart, F. Tallet, W. Thao Khamsing,

Remerciements

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 pour la diversité et le volume des données fournies la direction de la sécurité sociale, la direction générale des finances publiques, l'Insee et la Cnamts, 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)...

Directrice de la publication A.M. Brocas

Avant-propos

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2000 » de la Comptabilité nationale qui s'est substituée en 2004 à la précédente « base 95 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2008, aux données semi-définitives de l'année 2007 et aux données définitives de l'année 2006.

Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants qu'ils relèvent de l'assurance-maladie, de l'État, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ces comptes servent de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS). Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2008. Une deuxième partie apporte des éclairages sous forme de trois dossiers : le premier sur les disparités départementales des dépenses de santé, le deuxième sur l'évolution des revenus des titulaires d'officines pharmaceutiques et le troisième sur la place de la santé dans l'économie. La troisième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques. Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 1995 à 2008.

Sommaire

Vue d'ensemble	7
-----------------------------	----------

Dossiers	25
-----------------------	-----------

Les disparités départementales des dépenses de santé.....	27
Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006.....	51
La place de la santé dans l'économie	63

Fiches thématiques	77
---------------------------------	-----------

1. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)

1.1. La consommation de soins et de biens médicaux	78
1.2. La consommation de soins hospitaliers	80
1.3. L'offre hospitalière	82
1.4. L'activité hospitalière	84
1.5. La consommation de soins de médecins	86
1.6. Les effectifs de médecins	88
1.7. Les chirurgiens-dentistes.....	90
1.8. Les auxiliaires médicaux	92
1.9. Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	94
1.10. La consommation de médicaments.....	96
1.11. Le marché des médicaments	98
1.12. Les autres biens médicaux.....	100
1.13. Les transports sanitaires	102

2. La Dépense Courante de Santé (DCS)

2.1. La dépense courante de santé.....	104
2.2. Les soins de longue durée aux personnes âgées.....	106
2.3. Les indemnités journalières.....	108
2.4. La prévention.....	110
2.5. Les autres dépenses courantes de santé	112

3. La Dépense Totale de Santé (DTS)

3.1. Comparaisons internationales de la dépense totale de santé	114
3.2. Comparaisons internationales sur les médecins	116
3.3. Comparaisons internationales sur les médicaments	118

4. Le financement de la santé

4.1. Les différentes approches du financement	120
4.2. Le financement des principaux types de soins	122
4.3. Les financements publics	124
4.4. La CSBM, la DCS et l'ONDAM.....	126
4.5. Le financement par les organismes complémentaires	128
4.6. Le reste à charge des ménages.....	130
4.7. Le financement du Fonds CMU.....	132

Annexes..... 135

1. Les agrégats des Comptes de la santé.....	137
1.1. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM).....	137
1.2. Les autres dépenses courantes de santé	137
1.3. La dépense courante de santé (DCS).....	138
1.4. La dépense totale de santé (DTS)	138
2. Le champ des Comptes de la santé	139
2.1. Dans la consommation de soins et de biens médicaux	139
2.2. Dans la dépense courante de santé.....	139
2.3. Dans la dépense totale de santé au sens de l'OCDE	139
2.4. La révision des Comptes	140
3. La production des établissements de santé.....	141
3.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier	141
3.2. Les établissements de santé du secteur public	141
3.3. Les établissements de santé du secteur privé	142
4. Des indices spécifiques au secteur de la santé	143
4.1. L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé.....	143
4.2. Le prix des soins de médecins	143
4.3. Le prix des médicaments.....	144

Tableaux détaillés : 1995 – 2008 145

1. La consommation de soins et biens médicaux	146
2. La dépense courante de santé	152
3. La dépense courante par type de financeur	154

Vue d'ensemble

Vue d'ensemble

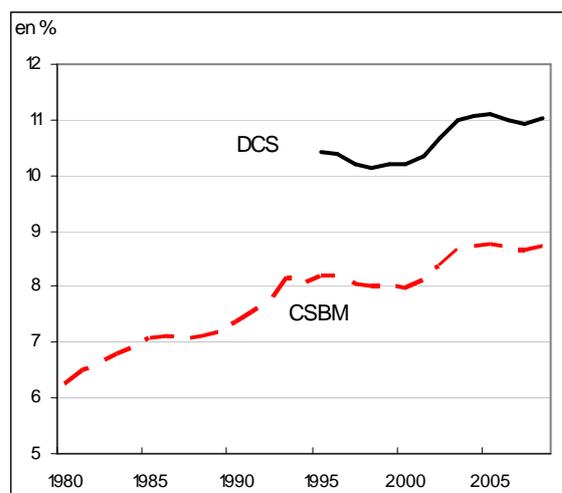
Les Comptes nationaux de la santé, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Ils en décrivent également le mode de financement.

En 2008, le montant de la **dépense courante de santé (DCS)** s'élève à 215 milliards d'euros, en progression de 3,9 % par rapport à 2007. Elle représente 11,0 % du produit intérieur brut (PIB) contre 10,9 % en 2007. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les quatre cinquièmes.

La **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** atteint 170,5 milliards d'euros en 2008, soit une consommation par habitant de 2 659 euros en augmentation de 3,2 % par rapport à 2007. La CSBM progresse en fait un peu moins rapidement qu'en 2007 : +3,8 % en valeur après +4,4 %, son évolution restant ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie.

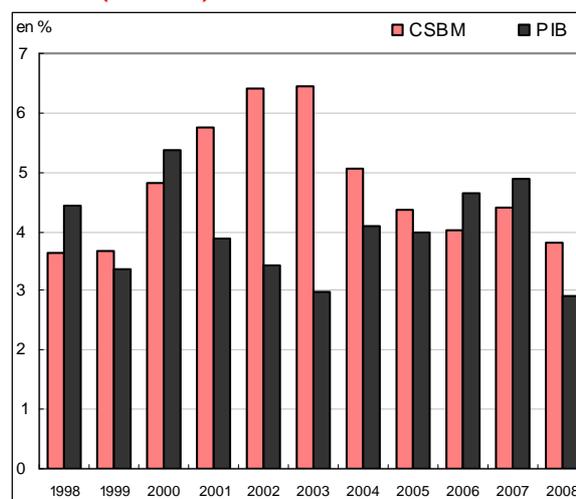
En part de PIB, elle augmente toutefois légèrement en raison du fort ralentissement de la croissance du PIB (+2,9 % en valeur en 2008, après +4,9 % en 2007) lié aux premiers effets de la crise économique. En presque 50 ans, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 3,4 % en 1960 à 8,7 % en 2008. Jusqu'au milieu des années 80, cette progression a été assez régulière, la part de la CSBM dans le PIB atteignant 7,1 % en 1985. Ensuite, la progression s'est faite par à-coups avec des périodes de stabilité et des périodes de forte croissance (*graphique 1*). Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8,2 %, elle a progressé nettement entre 2000 et 2003, passant de 8,2 % à 8,7 % du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de la CSBM mais aussi de la moindre augmentation du PIB (*graphique 2*). Elle s'est depuis à nouveau stabilisée.

Graphique 1 : Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources : DREES, INSEE.

Graphique 2 : Taux de croissance de la CSBM et du PIB (en valeur)



Sources : DREES, INSEE.

Encadré 1**Les agrégats des Comptes de la santé****1) Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 170,5 milliards d'euros en 2008.**

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement.

2) Dépense courante de santé (DCS) : 215,0 milliards d'euros en 2008.

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

3) Dépense totale de santé (DTS) : 217,5 milliards d'euros en 2008.

C'est le concept commun utilisé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE*en milliards d'euros*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CSBM	115,1	121,7	129,5	137,9	144,9	151,2	157,3	164,2	170,5
DCS (Dépense courante de santé)	146,9	155,0	165,2	175,5	183,5	191,3	198,7	206,9	215,0
- Indemnités Journalières	- 8,2	- 8,8	- 9,6	- 10,4	- 10,5	- 10,3	- 10,4	- 10,7	- 11,3
- Prévention environnementale et alimentaire	- 0,9	- 1,0	- 1,4	- 1,4	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,2	- 1,2
- Recherche nette *	- 2,8	- 3,0	- 3,2	- 3,2	- 3,3	- 3,2	- 3,3	- 3,3	- 3,3
- Formation	- 0,8	- 0,8	- 0,9	- 0,9	- 1,0	- 1,0	- 1,1	- 1,2	- 1,3
+ FBCF	3,5	3,4	3,8	4,6	5,1	5,4	5,8	6,1	6,1
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	7,5	7,8	9,0	9,4	10,0	10,7	11,6	12,6	13,5
DTS (Dépense totale de santé)	145,2	152,7	162,9	173,6	182,6	191,6	200,1	209,1	217,5

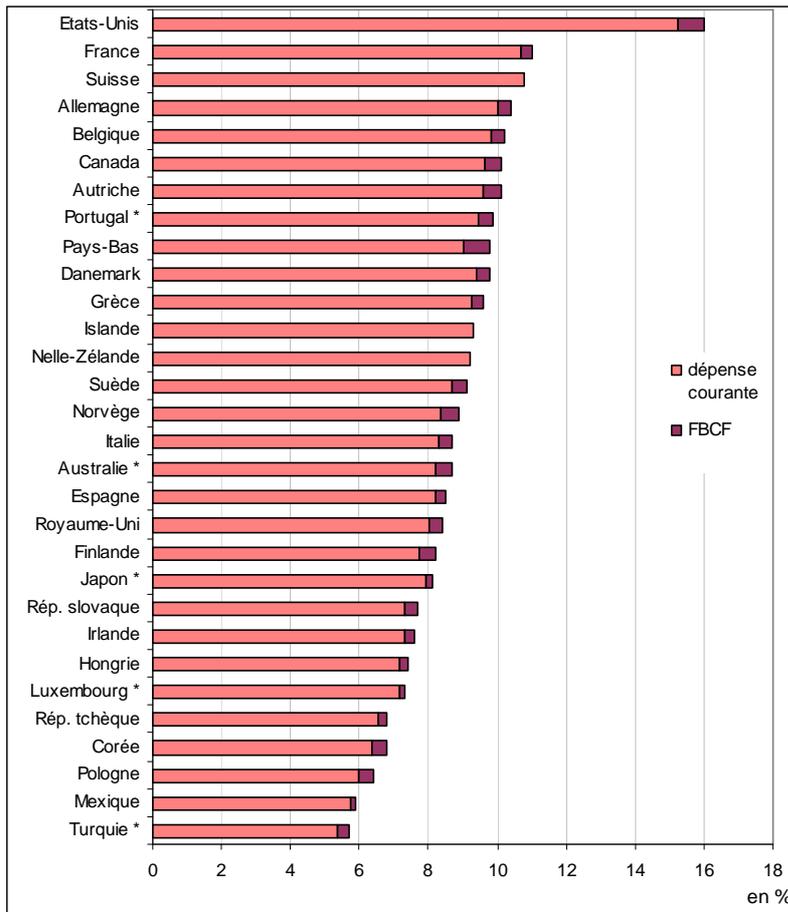
* Recherche nette : recherche hors recherche pharmaceutique (déjà comprise dans le poste médicaments).

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe ainsi dans le groupe de tête pour sa dépense de santé (*graphique 3*). Avec une **dépense totale de santé (DTS)**, concept retenu pour les comparaisons internationales (*cf. encadré*), égale à 11 % du PIB en 2007, la France se trouve en deuxième position, loin derrière les États-Unis (16 %), et à un niveau proche de la Suisse (10,8 %) et de l'Allemagne (10,4 %). Notons que cette position n'est pas récente puisqu'elle était déjà atteinte en 1995, avant même les années 2000-2003 de forte croissance. Depuis 1995, les positions relatives des différents pays sont, en effet, assez stables (*graphique 4*).

Les comparaisons entre pays doivent cependant être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment pour celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse, en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue sa position selon l'OCDE.

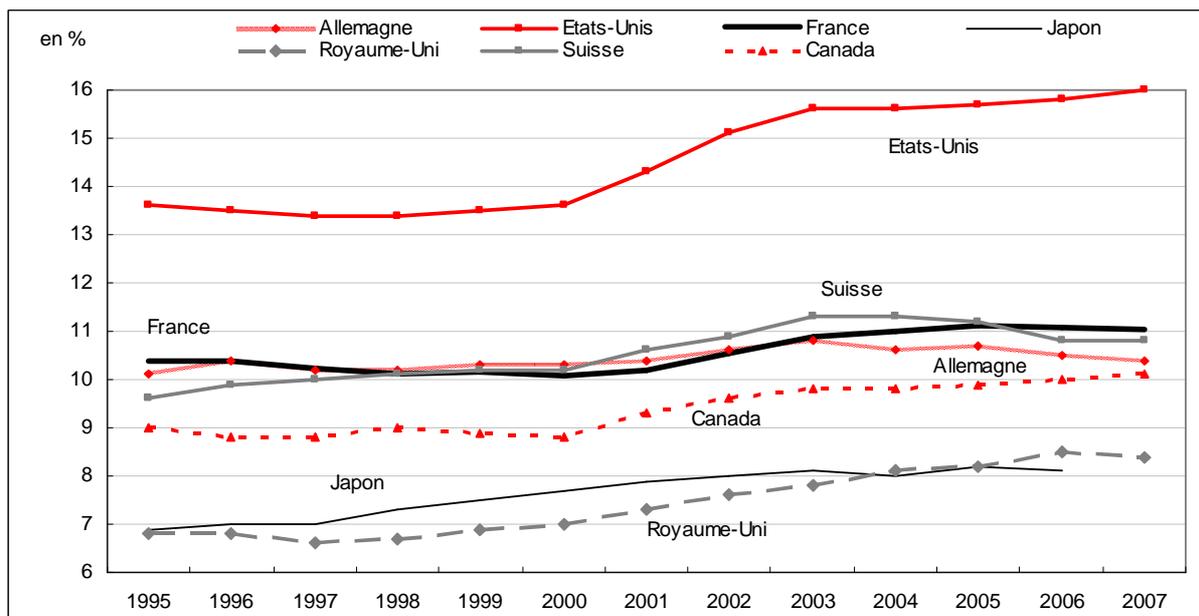
Graphique 3 - Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2007



* valeurs 2006.

Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-Santé 2009 pour les autres pays.

Graphique 4 - Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2007



Sources : DREES, Comptes nationaux de la santé 2007 pour la France ; OCDE, Éco-santé 2009 pour les autres pays.

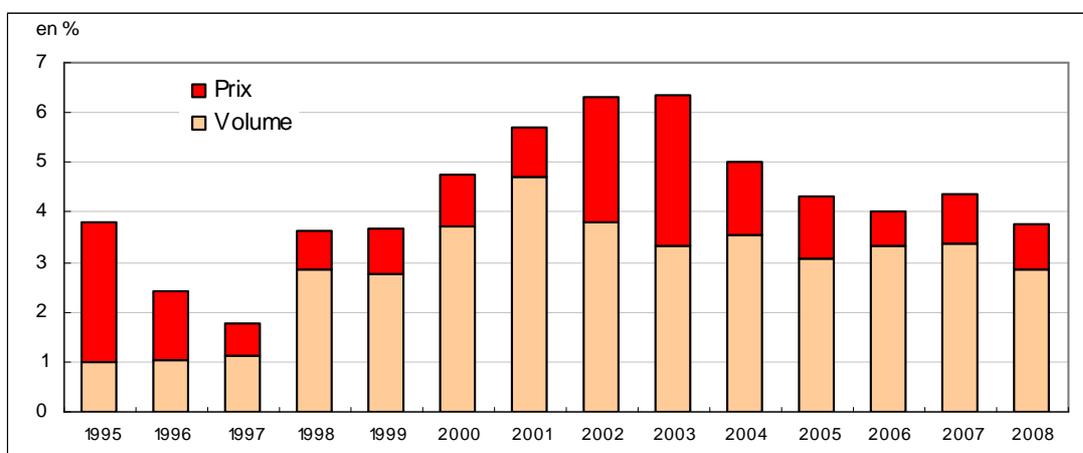
1. Dynamique d'évolution de la CSBM et de ses composantes

Si l'on considère la période 1995-2008, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide, +6 % par an en moyenne (*graphique 5*) : d'une part, c'est en 2001 que la croissance des volumes a été la plus forte (+4,7 %), d'autre part, c'est en 2002 et 2003 que les prix ont été les plus dynamiques, sous l'effet notamment des augmentations de tarifs des médecins et de la hausse des coûts salariaux à l'hôpital, liée à la réduction du temps de travail. Cette croissance s'est nettement ralentie entre 2004 à 2006, mais a repris en 2007 avec une croissance en valeur de 4,4 % et de 3,4 % en volume, tout en restant cependant inférieure à celle observée au cours des années 2001-2003.

La progression de la CSBM ralentit à nouveau en 2008, en valeur comme en volume. Atteignant **170,5 milliards d'euros** en 2008, la CSBM progresse de 3,8 % en valeur et de 2,8 % en volume par rapport à 2007 (*tableau 2*). Le ralentissement en valeur concerne les principaux postes de dépense, à l'exception notable des soins hospitaliers. La progression du prix de la CSBM reste par ailleurs de faible ampleur (+0,9 % après +1 % en 2007 et +0,7 % en 2006), ce qui confirme le ralentissement des prix après les fortes progressions de 2002 et 2003. Les hausses des années 2006 à 2008 sont comparables aux minima enregistrés lors des années 1997 à 1999 qui allaient de +0,7 % à +0,9 % (*graphique 5*).

En 2008, le prix des soins hospitaliers progresse de 2,1 % et celui des soins ambulatoires de 1,5 %. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution de -2,3 %, après -2,5 % en 2007 et -3,7 % en 2006 : ce sont les plus fortes diminutions enregistrées depuis 1997. Cette diminution, due à la poursuite des mesures de baisse de prix et au poids croissant des génériques constitue donc la cause principale de la progression modérée des prix de la CSBM.

Graphique 5 - Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



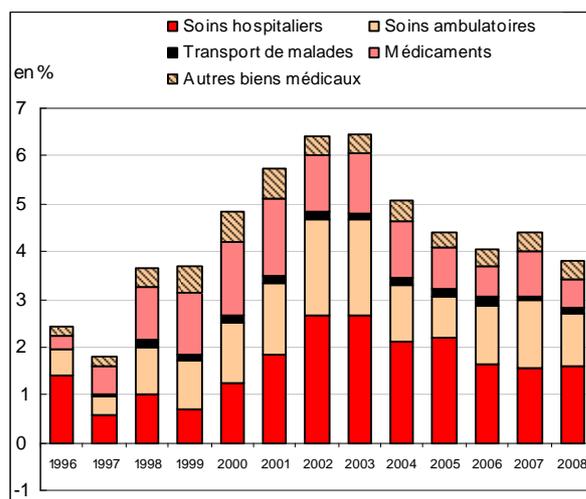
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 - La Consommation de soins et biens médicaux

	Valeurs en milliards d'euros 2008	Taux d'évolution annuels moyens (en %)											
		en valeur				en volume				en prix			
		2000-2005	2006	2007	2008	2000-2005	2006	2007	2008	2000-2005	2006	2007	2008
1- Soins hospitaliers	75,2	5,1	3,6	3,5	3,7	1,6	2,0	1,4	1,6	3,5	1,6	2,1	2,1
publics	57,9	5,1	3,5	3,2	3,4	1,4	1,7	1,2	1,4	3,7	1,8	2,0	2,0
privés	17,2	5,0	4,1	4,5	4,6	2,1	3,1	1,9	2,2	2,9	1,0	2,5	2,3
2- Soins ambulatoires	46,8	5,6	4,6	5,2	4,0	4,0	2,1	3,0	2,4	1,5	2,5	2,1	1,5
dont médecins	21,5	4,7	4,2	4,8	3,2	1,4	-0,4	1,3	1,5	3,2	4,6	3,4	1,6
dentistes	9,7	5,5	4,1	3,5	2,7	7,0	2,3	2,2	0,9	-1,4	1,8	1,3	1,8
auxiliaires médicaux	11,0	7,1	6,8	8,5	7,5	5,3	6,8	7,5	5,7	1,6	0,0	0,9	1,7
analyses	4,3	7,3	3,2	2,8	2,9	6,9	3,2	2,8	2,9	0,4	0,0	0,0	0,0
cures thermales	0,3	1,1	-0,1	5,0	0,2	-0,7	-2,7	-1,4	-2,8	1,7	2,7	6,4	3,2
3- Transports de malades	3,4	8,4	9,2	5,2	4,5	6,3	5,8	3,9	3,5	1,9	3,2	1,3	1,0
4- Médicaments	34,9	5,9	3,0	4,5	3,0	7,0	7,0	7,2	5,4	-1,0	-3,7	-2,5	-2,3
5- Autres biens médicaux	10,2	8,1	6,3	7,3	6,4	6,8	6,1	6,7	5,3	1,2	0,2	0,5	1,1
CSBM (1+...+5)	170,5	5,6	4,0	4,4	3,8	3,8	3,3	3,4	2,8	1,8	0,7	1,0	0,9

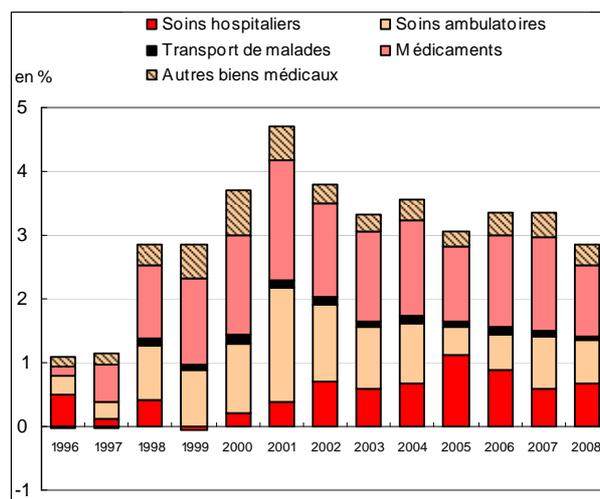
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 6 - Contributions à la croissance de la CSBM en valeur



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 7 - Contributions à la croissance de la CSBM en volume



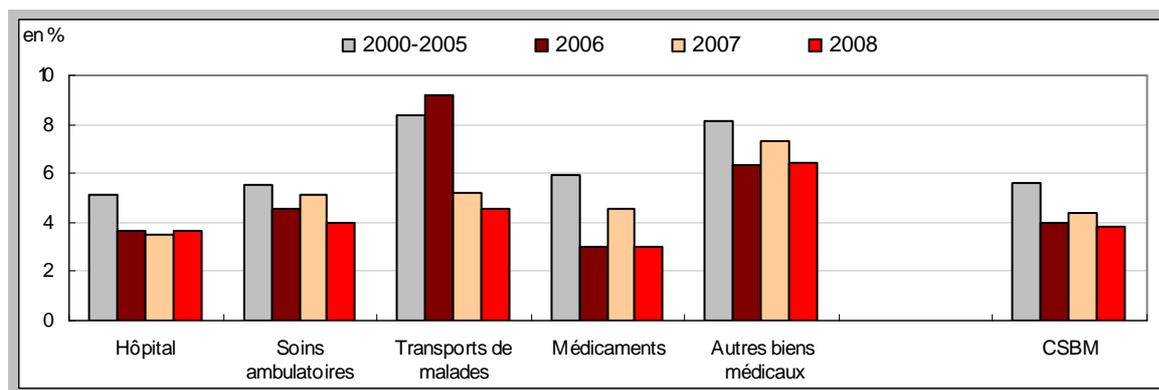
Sources : DREES, Comptes de la santé.

La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en **valeur** et en **volume**, s'obtient en pondérant son taux de croissance par son poids dans cet agrégat.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,6 point) et les soins ambulatoires (1,1 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2008 (*graphique 6*), ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Au sein des soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,2 point). Viennent ensuite les médicaments, avec une contribution nettement inférieure (0,6 point).

En revanche, pour ce qui concerne la croissance en **volume**, c'est la consommation de médicaments qui continue de contribuer le plus à la croissance en 2008 (1,1 point), comme c'est le cas depuis 1997. Viennent ensuite les soins hospitaliers et les soins ambulatoires avec un niveau équivalent (0,7 point), soit 2,5 points pour ces trois postes sur un total de 2,8 points (*graphique 7*).

Graphique 8 – Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Soins hospitaliers

En 2008, la consommation de soins hospitaliers est d'environ 75 milliards d'euros, soit 44,1 % de la CSBM. Sa croissance est de 3,7 % en valeur et de 1,6 % en volume, ce qui constitue une légère accélération par rapport à 2007 (*tableau 2 et graphique 8*).

- Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 57,9 milliards d'euros. Cette consommation croît de 3,4 % en valeur, évolution à peine supérieure à celle de 2007 (+3,2 %) ; la progression reste toutefois en retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000 (5,3 % par an en moyenne de 2002 à 2005). Ceci découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale : l'effet du passage aux 35 heures, qui était important au début des années 2000, ne pèse plus sur l'évolution de 2008.

- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2008 à 17,2 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 4,6 % en 2008, pratiquement au même rythme qu'en 2007 (+4,5 %). Là encore, la progression reste nettement inférieure à celles enregistrées les années précédentes (+5,6 % par an en moyenne de 2002 à 2005, *cf. fiche 1.2*).

Soins ambulatoires

En 2008, la consommation de soins ambulatoires est de près de 47 milliards d'euros, soit 27,5 % de la CSBM. Sa croissance en valeur (+4 %) marque un net ralentissement par rapport à 2007 (-1,2 point). La croissance des volumes s'infléchit également : +2,4 % contre +3 % en 2007, et retrouve un rythme analogue à celui de l'année 2006 (*tableau 3*). Par ailleurs, la croissance des prix se tasse elle aussi sensiblement en 2008 : +1,5 %, après +2,1 % en 2007 et +2,5 % en 2006, en raison notamment de l'absence de revalorisation des tarifs des médecins en 2008.

Tableau 3 - Évolution des soins ambulatoires

	Taux d'accroissements moyens et annuels en %							
	1995-2000	2000-2005	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valeur	3,1	5,6	7,2	4,4	3,2	4,6	5,2	4,0
Prix	0,6	1,5	3,5	0,9	1,5	2,5	2,1	1,5
Volume	2,5	4,0	3,6	3,5	1,7	2,1	3,0	2,4

Sources : DREES, Comptes de la santé.

- La consommation de soins de **médecins** augmente de 3,2 % en valeur en 2008 après +4,8 % en 2007. Après deux années d'accélération, la croissance de la consommation de soins de médecins ralentit nettement en 2008. Le volume des soins de médecins progresse de 1,5 % en 2008, après +1,3 % en 2007. La croissance des prix des soins de médecins ralentit nettement : +1,6 % en 2008 après deux années de hausse importante (+3,4 % en 2007 et +4,6 % en 2006). Les fortes augmentations de l'année 2002 dues à la revalorisation des tarifs des généralistes et dans une moindre mesure de 2003 (hausses des tarifs des spécialistes) avaient été suivies en 2004 par une quasi stabilisation des prix. Les années 2005 à 2007 ont ensuite été marquées par une croissance soutenue des prix. Les années 2005 et 2006 ont ainsi vu la mise en place de la rémunération médecin traitant (d'un montant de 40 euros par patient souffrant d'une affection de longue durée), mais aussi le remplacement progressif de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par la classification commune des actes médicaux (CCAM). S'y sont ajoutées deux hausses du prix de la

consultation des généralistes passé à 21 € en 2006, puis 22 € en 2007. D'autres modifications tarifaires sont également intervenues en 2007 pour certaines spécialités (neuropsychiatres, psychiatres, pédiatres). En 2008, la progression des prix est nettement plus faible qu'en 2007, en l'absence de revalorisation tarifaire importante.

- La consommation de soins de **dentistes** progresse de 2,7 % en valeur, ce qui marque un ralentissement par rapport aux progressions enregistrées en 2007 (+3,5 %) et en 2006 (+4,1 %) ; ces évolutions sont en retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie : +6 % par an en moyenne de 2000 à 2004 (*fiche 1.7*). Les prix progressent de 1,8 %, après +1,3 % en 2007.

- Les soins d'**auxiliaires médicaux** et les **analyses de laboratoire** progressent respectivement de 7,5 % et 2,9 %, en valeur, et de 5,7 % et 2,9 % en volume. La croissance du poste des soins d'auxiliaires médicaux est ainsi essentiellement tirée par celle des volumes, dont la progression s'est montrée de plus en plus dynamique jusqu'en 2007 : de +3,1 % par an en moyenne entre 1995 et 2000, elle est passée à +5,3 % par an entre 2000 et 2005 pour atteindre +6,8 % en 2006 et +7,5 % en 2007. Avec une hausse de 5,7 % en volume, l'année 2008 marque un ralentissement. Les prix des soins d'auxiliaires médicaux progressent de 1,7 % en 2008, en raison de l'effet en année pleine de la revalorisation de 2007 des actes infirmiers. En juillet 2007, en effet, est entrée en application la première phase de la revalorisation tarifaire des actes infirmiers, la seconde étant intervenue en avril 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, gardes à domicile) est passé de 2,40 € à 2,50 €. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2 € à 2,20 € et la majoration du dimanche est passée de 7,62 € à 7,80 €. Les tarifs des orthophonistes et ceux des orthoptistes ont également augmenté en 2008.

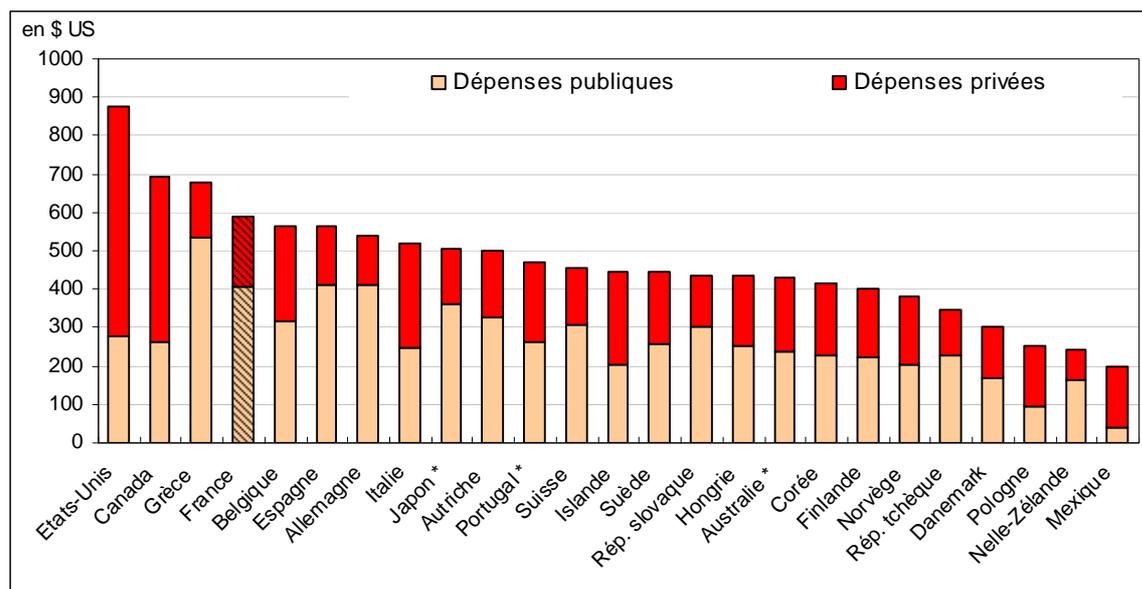
Transports de malades

En 2008, la consommation de transports sanitaires s'élève à 3,4 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de 4,5 % (après +5,2 % en 2007), nettement inférieure à celle des années précédentes : plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006. Ce ralentissement des dépenses de transports de malades, amorcé en 2007, peut s'expliquer par les efforts de maîtrise médicalisée : en effet, de nouvelles règles de prescription plus restrictives se sont appliquées aux transports sanitaires à compter du 1^{er} janvier 2007.

Médicaments

En 2008, les médicaments représentent 34,9 milliards d'euros, soit 20,5 % de la CSBM. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de médicaments se situe au 4^{ème} rang mondial en 2006, derrière celle des États-Unis, du Canada et de la Grèce, à un niveau très proche de celui de la Belgique et de l'Espagne (*graphique 9*).

Graphique 9 - Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2007 (en parités de pouvoir d'achat)



* 2006.

Sources : Éco-santé OCDE 2009, juin 2009.

La consommation de médicaments augmente de 3 % en valeur en 2008, après +4,5 % en 2007. Ce ralentissement en valeur résulte du ralentissement de la croissance des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments est de 5,4 % en 2008, en net recul par rapport à 2007 (+7,2 %). Cette diminution est liée à plusieurs mesures comme le déremboursement de certains médicaments pour service médical rendu insuffisant ou la politique de maîtrise médicalisée. Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent le plus fort contributeur à la croissance en volume de la CSBM en 2008.

Les prix, dont l'évolution suit celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue, sous l'effet notamment du développement des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : 64 en 2002, 90 en 2008, sur un total de 348 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se substituer à des princeps, les génériques représentent plus de 60 % des ventes en 2008, contre 43 % en 2003. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables a progressé, passant de 4,1 % en valeur en 2002 à 11 % en 2008. Néanmoins, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes en 2006. En effet, la définition des génériques en France est plus restrictive puisqu'elle s'appuie sur la notion d'équivalent chimique (même molécule), alors qu'aux Pays-Bas et en Allemagne elle s'appuie sur la notion plus large d'équivalent thérapeutique.

Les prix des génériques étant inférieurs à ceux des médicaments princeps, leur place croissante sur le marché tend à faire baisser les prix. Cette baisse peut être accentuée par la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (qui conduit l'assurance maladie à rembourser le princeps sur la base du prix du générique).

Au-delà de cette tendance à long terme, le tassement des prix de l'année 2008 (-2,3 %) qui fait suite à ceux de 2006 (-3,7 %) et 2007 (-2,5 %) est imputable à plusieurs mesures : baisses de prix ciblées, action de maîtrise médicalisée, développement des grands conditionnements pour les traitements de longue durée, diminution des marges arrière de distribution.

Les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les médicaments, représentent 92 % de la CSBM. D'autres évolutions sont significatives, même si le poids des postes concernés est moindre. Ainsi, en 2008, l'augmentation en valeur des dépenses liées aux « **autres biens médicaux** » est de 6,4 % en valeur et de 5,3 % en volume. L'optique progresse de 3,2 % en valeur et les « petits matériels et pansements » de 10,3 %. La croissance de ce dernier poste, bien qu'importante en 2008, ralentit depuis 2000 : le taux d'évolution en valeur était en effet de 31 % en moyenne par an entre 1995 et 2000.

2. Les autres dépenses de santé

Outre la CSBM, la Dépense courante de santé comprend les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie, les subventions reçues par le système de santé (c'est-à-dire les prises en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention organisée (individuelles ou collectives), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé. Ces autres dépenses représentent environ 21 % de la Dépense courante de santé (*tableau 4*).

Tableau 4 - Dépense courante de santé

en millions d'euros courants

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CSBM	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	164 241	170 488
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445
Indemnités Journalières	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 732	11 327
Prévention	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 949	5 175	5 322	5 506
Subvention au système de soins *	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880
Recherche	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 324	7 427
Formation	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160	1 252
Coût de gestion du système de santé	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 621	14 879
Double compte (recherche pharmaceutique)	- 2 641	- 2 773	- 3 108	- 3 301	- 3 311	- 3 398	- 3 810	- 4 023	- 4 163
DCS	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 263	198 711	206 889	215 041
Taux de croissance annuel (%)	5,1	5,5	6,6	6,2	4,5	4,2	3,9	4,1	3,9

* Prise en charge partielle des cotisations sociales des professions de santé.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Les **soins aux personnes âgées** en établissement représentent 6,4 milliards d'euros en 2008, soit une hausse de 14,1 % par rapport à 2007. Ces dépenses augmentent pratiquement de 10 % tous les ans depuis 2002.

Les soins peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée,
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées ; ceux-ci sont répartis depuis 2002 entre 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 2008, 5 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD, ce qui représente une augmentation de près de 20 % par rapport à 2007. Ce montant, qui a plus que doublé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. 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 2008, on peut estimer à 1,4 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

L'année 2008 a été marquée par une nette progression des **indemnités journalières** (+5,5 %), qui s'élèvent à 11,3 milliards d'euros. Après trois années de stabilité due notamment à l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins, la croissance de ces dépenses avait déjà repris en 2007 (+3,2 %). La reprise à la hausse de la croissance des indemnités journalières de maladie en 2007, puis en 2008 s'explique en partie par le dynamisme des créations d'emploi observé en 2006, puis en 2007.

Les **subventions au système de soins** s'élèvent à 1,9 milliard d'euros en 2008, soit une évolution de +0,9 % par rapport à 2007. Il s'agit de la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé. Ce dispositif, mis en place en 1960 pour les seuls médecins afin de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements), a été progressivement élargi à d'autres professions.

Avec un montant de 5,5 milliards d'euros, les dépenses de **prévention organisée** progressent de 3,5 % en 2008. Elles s'élèvent à 86 euros par habitant. Elles incluent les dépenses de prévention individuelle (vaccination, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.). L'État et les collectivités locales financent 58 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 17 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des

accidents du travail). Les évolutions de ces dépenses sont assez variables d'une année à l'autre, notamment en raison de la forte variation des montants consacrés à l'élimination des farines animales, comptabilisées au sein des dépenses de sécurité sanitaire de l'alimentation ; après avoir atteint un maximum en 2002-2003 (400 millions d'euros), celles-ci se sont stabilisées depuis 2006 à un peu moins de 100 millions d'euros.

Cette rubrique ne comprend toutefois qu'une partie des dépenses de prévention : elle ne peut saisir les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense courante de santé ; les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,4 milliards d'euros en 2008, soit 116 euros par habitant. En 2001, la part des financements publics et celle des financements privés étaient équivalentes. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a progressé pour atteindre 58 % en 2008.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont atteint 1,3 milliard d'euros en 2008. Elles sont en forte augmentation pour la deuxième année consécutive : + 8 % en 2008 après + 9,7 % en 2007.

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 de formation initiale s'ajoutent celles de la formation continue.

Enfin, le **coût de gestion de la santé** est évalué en 2008 à 14,9 milliards d'euros. Il 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).

Dans les données actuelles des comptes de la santé, l'estimation des coûts de gestion n'est pas satisfaisante. Des travaux méthodologiques sont en cours pour mieux identifier tous ces éléments ; ils devraient permettre de présenter en 2010 une estimation plus précise des coûts de gestion des différents organismes.

3. La structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux

Les évolutions présentées ci-dessus sont différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2009). Les trois agrégats des comptes nationaux de la santé (DCS, CSBM et DTS), diffèrent en effet quant au champ de ceux présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (*encadré 2*). Les comptes de la santé permettent notamment d'apprécier la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

Encadré 2

Des comptes nationaux de la santé aux comptes de la Sécurité sociale et à l'ONDAM

Les agrégats des comptes de la santé sont des agrégats économiques : ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant trois ans pour intégrer les révisions afférentes à une année considérée. L'année 2008 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2010 (compte semi-définitif), puis en 2011 (compte définitif).

Les comptes des régimes d'assurance-maladie présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois définitivement figés en septembre de l'année n+2. Ils se différencient ainsi de ceux des caisses qui sont quant à eux définitivement figés en mars de l'année n+1, lors de la clôture des comptes. Ces derniers, en droits constatés, s'approchent eux-aussi des dates effectives des soins par l'intégration des variations de provisions.

Les agrégats des comptes de la santé sont donc proches de l'ONDAM en termes de concepts (cf. fiche 15-2 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2008).

Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance-maladie, alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance-maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle soit non financée (déficit des hôpitaux publics-cf. annexe 3.2).

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 de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (FIQCS, FAC,...) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des Comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Tableau 5 - Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2008

	<i>en milliards d'euros</i>
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	128,8
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	1,9
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	8,7
+ Soins aux personnes âgées en établissement (2)	5,7
+ Ondam personnes handicapées	7,4
+ Dotations à différents fonds en soins de ville (FAC, télétransmission)	0,2
+ Autres prises en charge (3)	0,9
Total	153,6
Ecart = déficit des hôpitaux publics et ajustements divers	0,7
ONDAM	152,9

(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2).

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS pour l'ONDAM.

Atteignant 128,8 milliards d'euros en 2008, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM continue sa diminution amorcée depuis 2004 : elle est de 75,5 % contre 76,1 % en 2007 et 76,3 % en 2006. De 1995 à 2004, cette part était restée globalement stable, autour de 77 % (tableau 6). Cette stabilité était le résultat de deux évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, comme l'optique), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Tableau 6 - Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
Etat et CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
dont Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
TOTAL	100,0						

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

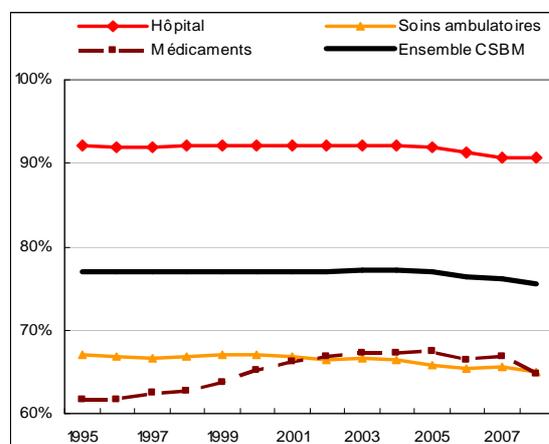
Depuis 2005, les diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie ont orienté la part de la Sécurité sociale à la baisse, alors que la progression des dépenses prises en charge dans le cadre des ALD s'est poursuivie (graphique 10).

L'année 2005 a ainsi vu la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, ou analyse de biologie médicale ; les effets de cette participation forfaitaire sur la structure du financement ont été contrebalancés par la mise en place de la rémunération médecin traitant (RMT), financée entièrement par l'assurance-maladie.

En 2006 a été introduite une majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins, pour une économie estimée à 150 millions d'euros pour la CNAM. Cette pénalisation a été accrue en 2007, le taux de remboursement passant ainsi de 60 % à 50 %, pour une économie de 75 millions d'euros ; la participation forfaitaire d'un euro a été étendue aux consultations externes des hôpitaux, et le plafond journalier est passé de 1 à 4 € par jour, ce qui aboutit à une économie de 140 millions d'euros en année pleine ; de plus, la participation de 18 € pour les actes « lourds » cotés K 50 ou d'un coût supérieur à 91 € a rapporté quant à elle une économie de 50 millions d'euros à la Sécurité sociale en 2007 (et de 150 millions d'euros en 2008), qui s'est reportée sur les organismes complémentaires. En outre, de nombreux médicaments ont fait l'objet de déremboursements.

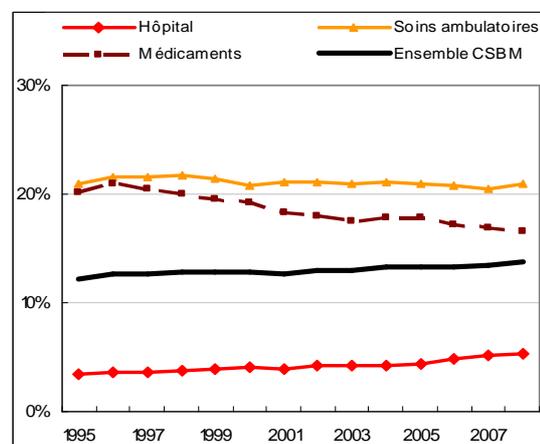
En 2008, l'instauration des franchises (0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte d'auxiliaire médical, 2 € par transport, dans la limite de 50 € par patient et par an), destinées à contribuer au financement des plans de santé publique, a rapporté 750 millions d'euros au régime général et près de 890 millions à l'ensemble de la branche maladie, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2009, le poste « médicaments » ayant à lui seul concentré plus de 85 % de ces économies.

Graphique 10 - Prise en charge par la Sécurité sociale des différents postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 11 - Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (*graphique 11*). Cette progression s'explique notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital intervenues entre 2005 et 2007, ainsi que par les 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, les hôpitaux publics étant financés par la dotation globale hospitalière, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement ; la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics depuis 2005 a cependant conduit ces hôpitaux à chercher à augmenter leurs ressources en actualisant les TJP, et donc les tickets modérateurs, qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires.

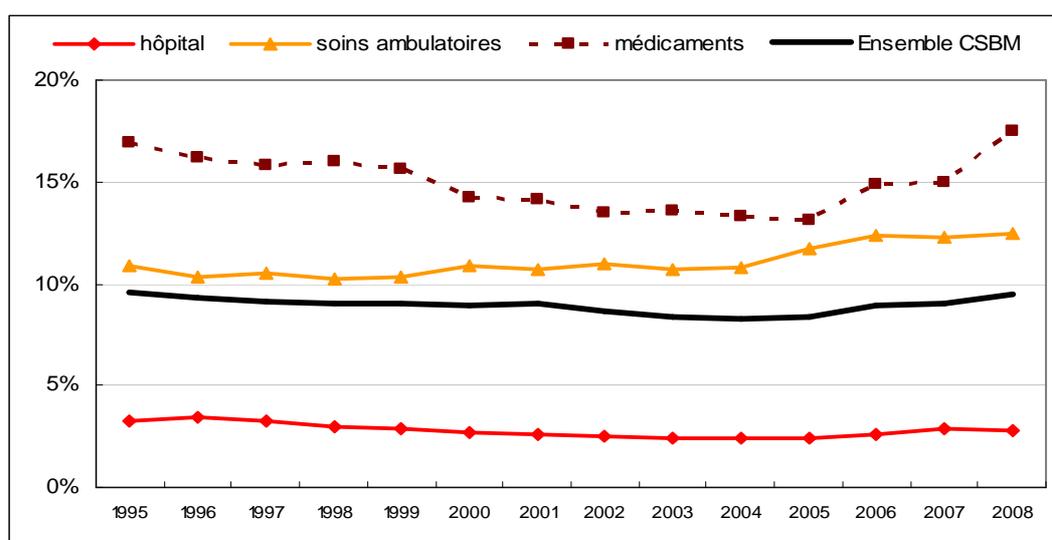
En 2008, la progression de la prise en charge par les organismes complémentaires a été accentuée par la mise en place de la participation forfaitaire de 18 euros sur le remboursement des actes médicaux de plus de 91 euros, entrée en vigueur au 1^{er} décembre 2007 en ce qui concerne les soins de ville. Elle diminue en revanche pour les médicaments, les organismes complémentaires n'étant pas incités à prendre en charge la nouvelle franchise.

Le **reste à charge des ménages** atteint 16,1 milliards d'euros en 2008, soit 9,4 % de la CSBM ; il progresse ainsi de 0,4 point par rapport à 2007 (*graphique 12*). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais reste très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (moins de 3 %).

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Depuis 2005, son évolution est orientée à la hausse : 9,4 % en 2008, après 9,0 % en 2007 et 8,9 % en 2006. Son niveau reste toutefois inférieur en 2008 à celui atteint en 1995 (9,6 %). Cette reprise s'explique par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui ont plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base.

Le reste à charge a augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'est poursuivie en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

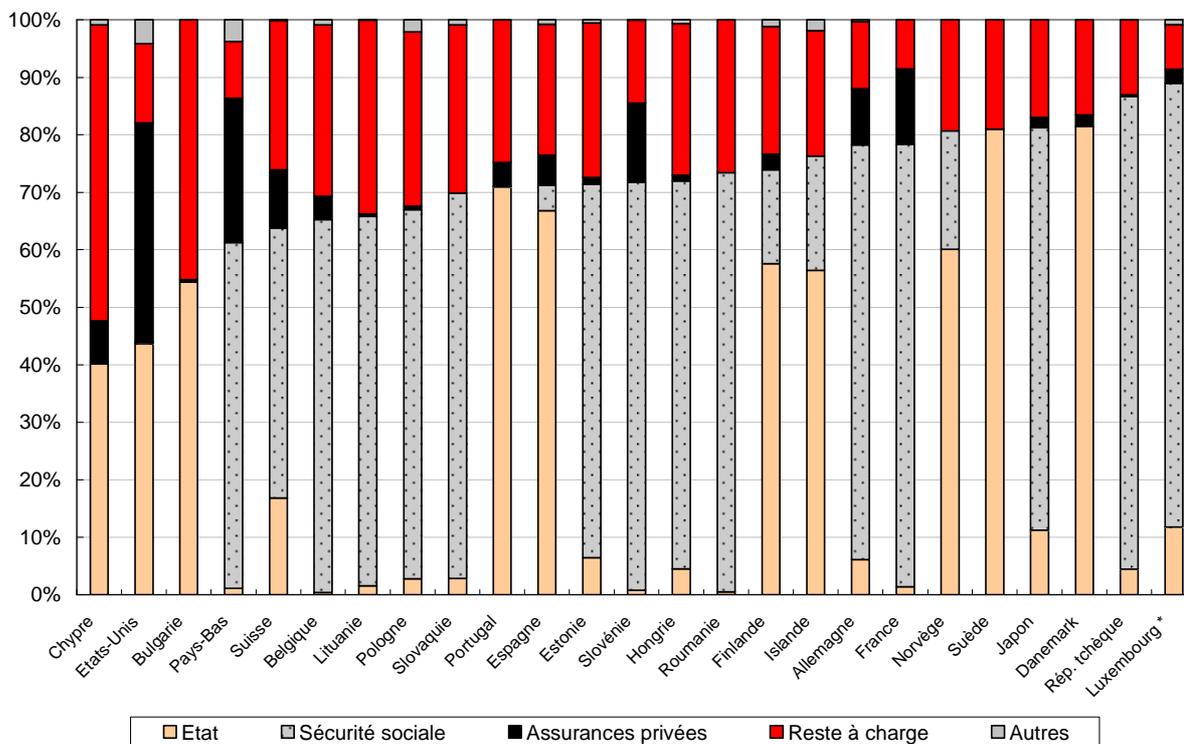
Graphique 12 - Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Sources : Drees, Comptes de la santé

La France reste un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls le Luxembourg, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée, avec toutefois des restes à charge des ménages plus élevés (graphique 13).

Graphique 13 – Financement des dépenses individuelles de santé (hors soins de longue durée), en 2006



* : données 2005.

Sources : Éco-santé OCDE 2009, juin 2009.

Pour en savoir plus

Fenina A., Geffroy Y., « La méthodologie des Comptes de la santé en base 2000 », DREES, *Document de travail - Série Statistiques*, n°99, juillet 2006.

Arnault S., Evain F., Fizzala, A., Leroux I., « L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle », DREES, *Études et Résultats*, n° 687, mai 2009.

Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F., « Les revenus libéraux des médecins 2006-2007 », DREES, *Études et Résultats*, n°686, avril 2009.

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

W. Thao Khamsing, « Les dépenses de médicaments remboursables en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

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.

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.

Lê F., Raynaud D., « Les indemnités journalières », DREES, *Études et Résultats*, n°595, septembre 2007.

Fenina A., « 55 années de dépenses de santé – Une rétopolation de 1950 à 2005 », DREES, *Études et Résultats*, n°572, mai 2007.

Dossiers

Les disparités départementales des dépenses de santé

Aude Expert (CNAMTS), François Lê et Frédéric Tallet (DREES)

En 2007, les disparités départementales et régionales de consommation moyenne par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour apparaissent importantes. Celles-ci s'expliquent pour partie par les différences départementales et régionales de structure démographique et d'état de santé de la population. Lorsque l'on tient compte de ces paramètres (âge, sexe, proportion de personnes en ALD – affection de longue durée – mortalité) les écarts entre départements et régions se réduisent, tant pour les soins de ville, que pour les soins hospitaliers de court séjour.

Si pour les soins de ville les écarts résiduels ainsi obtenus, après prise en compte des différences de structure démographique et d'état de santé, s'expliquent pour partie par l'offre de soins (mesurée par la densité d'omnipraticiens dans chaque département) ce qui confirme les résultats déjà présentés d'une possible induction de la demande par les offreurs de soins, il n'en est rien en ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour. Pour les soins hospitaliers de court séjour, les variables d'offre retenues pour l'analyse (mesurées par la capacité hospitalière) ne permettent pas d'expliquer les écarts résiduels. Globalement, le fait de disposer dans son département d'une offre hospitalière supérieure à la moyenne nationale ne semble pas induire une plus forte consommation de soins hospitaliers de court séjour. Plus que pour les soins de ville, les soins hospitaliers de court séjour sont consommés en partie par des patients venant d'autres départements que ceux des structures hospitalières considérées.

L'analyse croisée – ville/hôpital – montre en outre qu'il n'existe pas au niveau global de relation simple entre consommation de soins de ville et consommation de soins hospitaliers de court séjour : dans certains départements ces consommations semblent complémentaires (certains départements présentant une consommation par habitant, une fois prise en compte la structure d'âge et l'état de santé, supérieure à la moyenne nationale tant en soins de ville qu'en soins hospitaliers de court séjour), dans d'autres substituables (une consommation supérieure à la moyenne nationale – ou inférieure – en soins de ville étant associée à une consommation en soins hospitaliers en court séjour inférieure – ou supérieure – à la moyenne nationale).

Le présent dossier développe les premières conclusions d'une étude engagée conjointement par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé et des sports (DREES) en prolongement des travaux de 2005 qui cherchaient à expliquer les écarts constatés de consommations moyennes en soins de ville entre les départements¹. La présente étude élargit l'approche en examinant les consommations à la fois en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour.

¹ Les résultats présentés ci-dessous sont extraits d'une étude CNAMTS-DREES à paraître en 2009. La méthodologie employée est issue de travaux de la DREES et de la CNAMTS.

Lire notamment :

- Pereira C., Podevin M. et Raynaud D., Indicateurs départementaux de consommations de santé in *Études sur les consommations de santé*, DREES, Dossiers Solidarité et Santé n° 1 – janvier - mars 2005.

- Balsan D., *Analyse des disparités inter-régionales de consommations de santé*, Document de travail DREES, juillet 2000.

L'étude s'appuie sur les données de consommation recueillies par la CNAMTS pour l'année 2007 (encadré 1). Les données utilisées correspondent aux consommations des patients domiciliés dans un département donné ; elles se différencient de celles généralement présentées et qui sont, pour l'hôpital, construites à partir des données de production. Les mobilités interdépartementales, voire interrégionales, de la patientèle, particulièrement importantes en ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour – nombre d'assurés se faisant soigner hors de leur département de domiciliation – sont ainsi prises en compte.

Dans une première partie, on cherche à évaluer l'impact de la prise en compte des caractéristiques démographiques et sanitaires des populations (âge, sexe, proportion de personnes en affection de longue durée – ALD –, mortalité...) dans l'explication des écarts départementaux et régionaux de consommation par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour. On calcule ainsi des consommations départementales et régionales **standardisées**². Les écarts résiduels subsistant entre les consommations par habitant standardisées sont ceux que n'expliquent pas les différences de composition démographique ou d'état de santé entre les différents départements et les différentes régions. La méthodologie retenue est présentée en annexe.

Dans une seconde partie, on cherche à expliquer par des facteurs d'offre (densité d'omnipraticiens, importance relative du nombre de journées-lits en hospitalisation complète et du nombre de places en hospitalisation partielle) ces écarts résiduels, ou encore les consommations dites standardisées. Concernant le secteur hospitalier de court séjour, un premier examen des flux de patients entre départements et régions permet de compléter le diagnostic.

Les premiers résultats de l'étude – qui met en perspective consommations en soins de ville et consommations en soins hospitaliers de court séjour – invitent à poursuivre l'analyse : très globale celle-ci mériterait d'être déclinée par type de soins. Cette étude montre, en effet que :

- les disparités de consommations par habitant entre départements et régions sont fortement réduites par la prise en compte de la situation démographique et sanitaire de la population, tant à l'hôpital qu'en ville ;
- les consommations « standardisées » par habitant sont bien plus homogènes pour les soins hospitaliers de court séjour que pour les soins en ville ;
- une offre supérieure en soins hospitaliers de court séjour ne semble pas induire de consommations supplémentaires, les mobilités interdépartementales voire interrégionales de la patientèle étant très importantes ;
- seule en fait une forte présence d'omnipraticiens dans un département pourrait être un facteur de consommation relative plus élevée en soins de ville ;
- aucune conclusion ne peut être établie concernant la complémentarité ou la substituabilité entre consommations en soins de ville et consommations en soins hospitaliers de court séjour, les deux modèles semblant coexister ;
- ainsi la logique qui consisterait à raisonner par compartiment de consommation de soins en se référant à une norme moyenne nationale, par exemple propre à chaque secteur, ne semble pas adaptée, sauf à vouloir également faire converger tous les départements vers une même structure de consommation de soins (ville/hôpital). Ce constat impose en fait de compléter l'analyse par des approches globales à la fois quantitatives mais aussi plus qualitatives sur les formes d'organisation de la prise en charge des patients propres à chaque région.

Les consommations de soins au regard de la demande

L'observation des consommations fait apparaître de fortes disparités d'un département à l'autre. Ces divergences renvoient pour partie à des disparités dans les besoins de soins. Les départements les plus âgés (Var) ou dont la population a un état de santé moins bon que la moyenne nationale (Pas-de-Calais) ont des besoins de soins supérieurs aux départements dont la population est plus jeune et en meilleure santé que la moyenne (Paris). Cela est vrai tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers de court séjour.

² **Consommation standardisée** : c'est-à-dire une fois prises en compte les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département : l'âge, le sexe, l'indicateur comparatif de mortalité (ICM) et un indice synthétique représentant la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) pondéré par les coûts des différentes affections. Bien que des différences locales d'inscription en ALD puissent exister, cet indicateur traduit la morbidité locale en ALD.

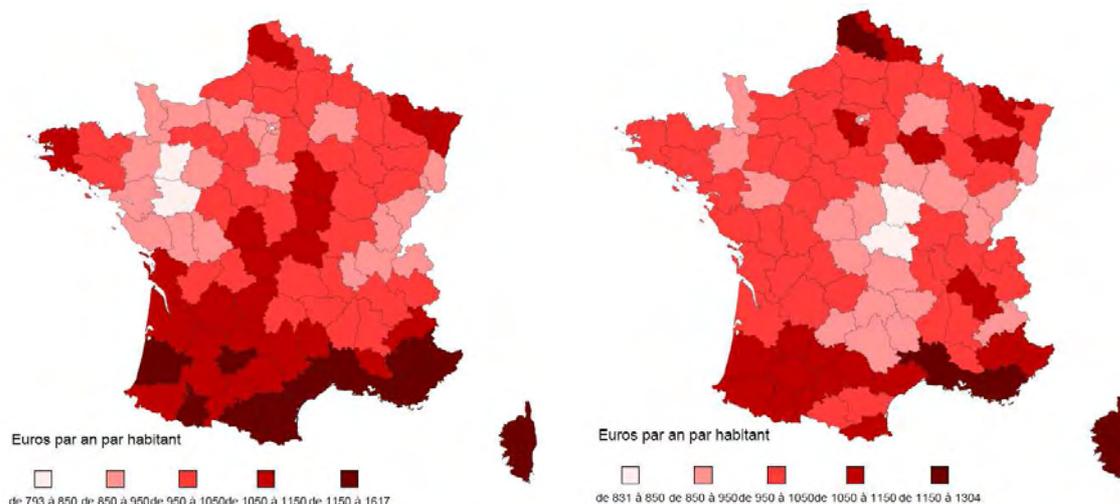
La demande en soins de ville

La carte 1a présente les consommations moyennes en soins de ville par assuré du régime général d'assurance maladie observées en 2007 dans chaque département de France métropolitaine. Ces consommations sont les plus élevées dans les départements du Sud. Cependant, certains départements de la Bretagne, du Nord ou de l'Est de la France ont également des consommations observées par habitant élevées. Les départements de l'Île-de-France ou du Centre présentent en revanche des consommations observées par habitant plus faibles. Les disparités départementales sont assez élevées : la moyenne des consommations s'établit à 1 006 € par habitant et les écarts moyens entre départements s'élèvent à plus ou moins 142 € par habitant (mesuré par l'écart-type), soit un écart moyen relatif de 14,1 % (mesuré par le coefficient de variation).

Cartes 1a et 1b : Consommation de soins de ville par tête dans les départements de France métropolitaine

Consommation observée (1a)

Consommation « standardisée » (1b)



Données : CNAMTS, SNIIRAM. Calculs : DREES.

Champ : consommations de soins de ville remboursées par l'assurance maladie, régime général, rapportées à la population de bénéficiaires du régime général. Année : 2007.

Nota bene : Les départements sont classés en cinq catégories. La catégorie médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations en soins de ville par habitant (1 006 euros) tandis que les deux catégories extrêmes regroupent les départements présentant des consommations en soins de ville supérieures ou inférieures à plus d'un écart-type de la moyenne nationale, c'est-à-dire à des consommations moyennes par habitant supérieures ou inférieures de près de 15 % à la moyenne nationale (supérieures à 1 150 euros ou inférieures à 850 euros).

Ces disparités départementales de consommation en soins de ville se réduisent cependant lorsque l'on tient compte des caractéristiques démographiques et de l'état de santé de la population de chaque département (proportion de personnes d'âge et de sexe donnés, indicateur comparatif de mortalité (ICM) et indice synthétique représentant la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) pondérée par les coûts des différentes affections). Pour les consommations de soins de ville par habitant standardisées, c'est-à-dire corrigées de ces facteurs, la dispersion par rapport à la moyenne nationale est réduite d'un tiers (l'écart-type n'est plus que de 93 €, le coefficient de variation de 9,3 %).

Les consommations de soins de ville **standardisées** par département, c'est-à-dire tenant compte de la correction présentée ci-dessus, s'avèrent ainsi plus homogènes (carte 1b) : le nombre de départements ayant des consommations supérieures à 1 150 € par assuré (soit de 15 % supérieures à la moyenne nationale) est nettement plus faible. Alors que quatorze départements étaient dans ce cas lorsque l'analyse portait sur les consommations moyennes observées, ils ne sont plus que six lorsque l'on retient les consommations moyennes « standardisées ». Les six départements présentant une consommation standardisée supérieure à 1 150 € par assuré se trouvent dans le Sud-Est de la France et dans le Nord. La plupart des départements sont situés en fait dans la catégorie médiane.

Les données utilisées

Cette étude s'appuie sur les données recueillies par la CNAMTS. Elles portent sur l'année 2007.

Les données en soins de ville – consommations, variables explicatives de la demande et de l'offre

Les consommations en soins de ville prises en compte sont issues des données de la Statistique mensuelle de la CNAMTS, exprimées en consommations remboursées par bénéficiaire du régime général en 2007. L'agrégat ici retenu est celui des soins de ville (honoraires, médicaments, auxiliaires médicaux, etc.) ; à ce stade de l'analyse, il comprend les honoraires des médecins libéraux en hospitalisation privée complète. Ces consommations sont rapportées au nombre de bénéficiaires du régime général.

Les variables permettant de caractériser la demande de soins sont la structure par âge et sexe de chaque département, l'indicateur comparatif de mortalité (ICM) et un indice synthétique représentant la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) pondéré par les coûts des différentes affections. Bien que des différences locales d'inscription en ALD puissent exister, cet indicateur traduit la morbidité locale en ALD. Les régressions de correction montrent en effet que l'indicateur synthétique des ALD a un impact significativement positif sur les remboursements des soins de ville versés par l'assurance maladie. L'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les personnes en ALD participe aussi au lien positif entre consommations remboursées et indicateur ALD.

L'offre de soins est représentée dans la modélisation par la densité des omnipraticiens libéraux (exprimée pour 100 000 habitants, issue des données 2007 d'ADELI).

Les données en soins hospitaliers en court séjour – consommations, variables explicatives de la demande et de l'offre

Les données utilisées pour évaluer les consommations en soins hospitaliers de court séjour sont celles contenues dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les données portent sur un champ inter-régimes pour l'année 2007. Les consommations d'hospitalisation sont appréhendées à partir d'un proxy des consommations reconnues en MCO : elles sont égales aux montants des groupes homogènes de soins (GHS), des prestations complémentaires en cas de durée de séjour supérieure au seuil haut (EXH) et des suppléments des établissements ex-dotation globale (DG, publics) et ex-objectif quantifié national (OQN, privés) valorisés avec la tarification du public au 1^{er} mars 2007. Les consommations considérées sont regroupées selon le département de domiciliation du patient. Ces consommations sont rapportées à la population de chaque département telle qu'elle est estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2007.

Le calcul des consommations avec une tarification unique (celle du public) permet de corriger les effets de structure dus à des niveaux relatifs de consommations public/privé différents pour chaque département. En effet, un département dont la consommation hospitalière va plutôt vers le privé peut avoir un indicateur de consommation hospitalière bas du seul fait de la différence entre tarification privée et tarification publique. Même si les consommations hospitalières obtenues ne sont pas des consommations réelles, cette méthode permet néanmoins de mettre en évidence les disparités géographiques hospitalières.

Les séjours relevant des activités de dialyse et radiothérapie sont exclus pour les établissements publics afin de travailler sur une base de groupes homogène de malades (GHM) comparables entre le public et le privé. De même, les GHM sans GHS associé ne sont pas retenus. Il peut s'agir de séjours non facturés à l'assurance maladie (chirurgie esthétique, etc.) ou de séjours classés par erreur sans GHS mais qui se traduisent par une facturation à l'assurance maladie. Les séjours ou séances de patients des Territoires d'Outre-mer ou de patients domiciliés à l'étranger sont en outre supprimés afin de se rapprocher de la population estimée par l'INSEE.

Les variables permettant de caractériser la demande de soins sont à peu près les mêmes que celles retenues pour l'analyse des écarts départementaux en soins de ville (la structure par âge de chaque département, l'ICM et l'indice synthétique représentant la proportion de personnes en ALD pondéré par les coûts des différentes affections). Seule la variable sexe n'intervient pas dans l'analyse des écarts départementaux en soins hospitaliers de court séjour.

La méthode retenue pour intégrer ces variables dans l'analyse est en revanche légèrement différente (cf. annexe 1 pour une description de la méthode).

L'offre de soins considérée correspond enfin au nombre de lits et de places : il s'agit du nombre de lits en hospitalisation complète et de semaine, et de places en anesthésie ou chirurgie ambulatoire, d'hospitalisation de jour, de nuit ou à domicile dans les établissements en MCO au 31 décembre 2006 (source statistique annuelle des établissements de santé, SAE).

Ainsi, les départements dont la consommation en soins de ville est la plus faible (*resp.* la plus forte) voient leur consommation corrigée (« standardisée ») augmenter (*resp.* baisser). C'est le cas notamment des cinq départements ayant les consommations les plus faibles qui ont *in fine* une consommation standardisée supérieure à leur consommation observée (Paris par exemple), et aussi des cinq départements ayant les consommations les plus élevées qui *a contrario* ont une consommation standardisée inférieure à leur consommation observée (Haute-Corse par exemple). Les départements dont la consommation en soins de ville est élevée ont en effet dans la plupart des cas des indices d'exonération pour ALD ou des indices de mortalité supérieurs à 100 – contrairement aux départements à faible consommation – et un nombre d'assurés de plus de 65 ans en pourcentage plus élevé que ceux des départements à faible consommation (*tableau 1 – cf.* aussi en annexe 2 les disparités régionales en soins de ville).

Tableau 1 - Caractéristiques des départements ayant les consommations en soins de ville les plus élevées et les moins élevées par tête

Rang	Département	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM	Consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne* expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)
1	Haute-Corse	17%	120	106	1617	313	1304	298
2	Corse-du-Sud	18%	120	105	1483	255	1228	223
3	Bouches-du-Rhône	15%	117	105	1387	148	1240	234
4	Var	20%	102	99	1369	165	1204	198
5	Pyrénées-Orientales	19%	119	102	1340	198	1142	137
...	...							
92	Hauts-de-Seine	14%	88	84	853	-39	892	-114
93	Loire-Atlantique	13%	98	103	852	-103	955	-51
94	Maine-et-Loire	13%	89	94	831	-112	943	-62
95	Mayenne	12%	99	88	818	-161	980	-26
96	Paris	12%	93	82	793	-39	831	-174

* la moyenne des consommations en soins de ville s'élevait en 2007 en France métropolitaine à 1006 € par assuré du régime général.

Nota bene : dans ce tableau la consommation observée est décomposée en deux termes. Le premier correspond à la correction liée à la structure démographique et à l'état de santé de la population, mesurée par son écart à la moyenne de la consommation nationale (colonne « écart à la moyenne expliqué par les caractéristiques de la population ») ; le second correspond à la consommation standardisée, c'est-à-dire à la consommation non expliquée par les caractéristiques de la population. Sont aussi présentés pour chaque département ses indices ALD et ICM, ainsi que sa proportion de personnes du régime général de plus de 65 ans dans le département.

Lecture : un assuré de Haute-Corse consomme près de 1 617 € en soins de ville. Cette somme est supérieure de 612 € à la moyenne nationale. La différence s'explique pour 313 € par sa structure de demande et 298 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par bénéficiaire est donc de 1304 € pour la Haute-Corse, (des effets d'arrondi peuvent jouer dans les décompositions).

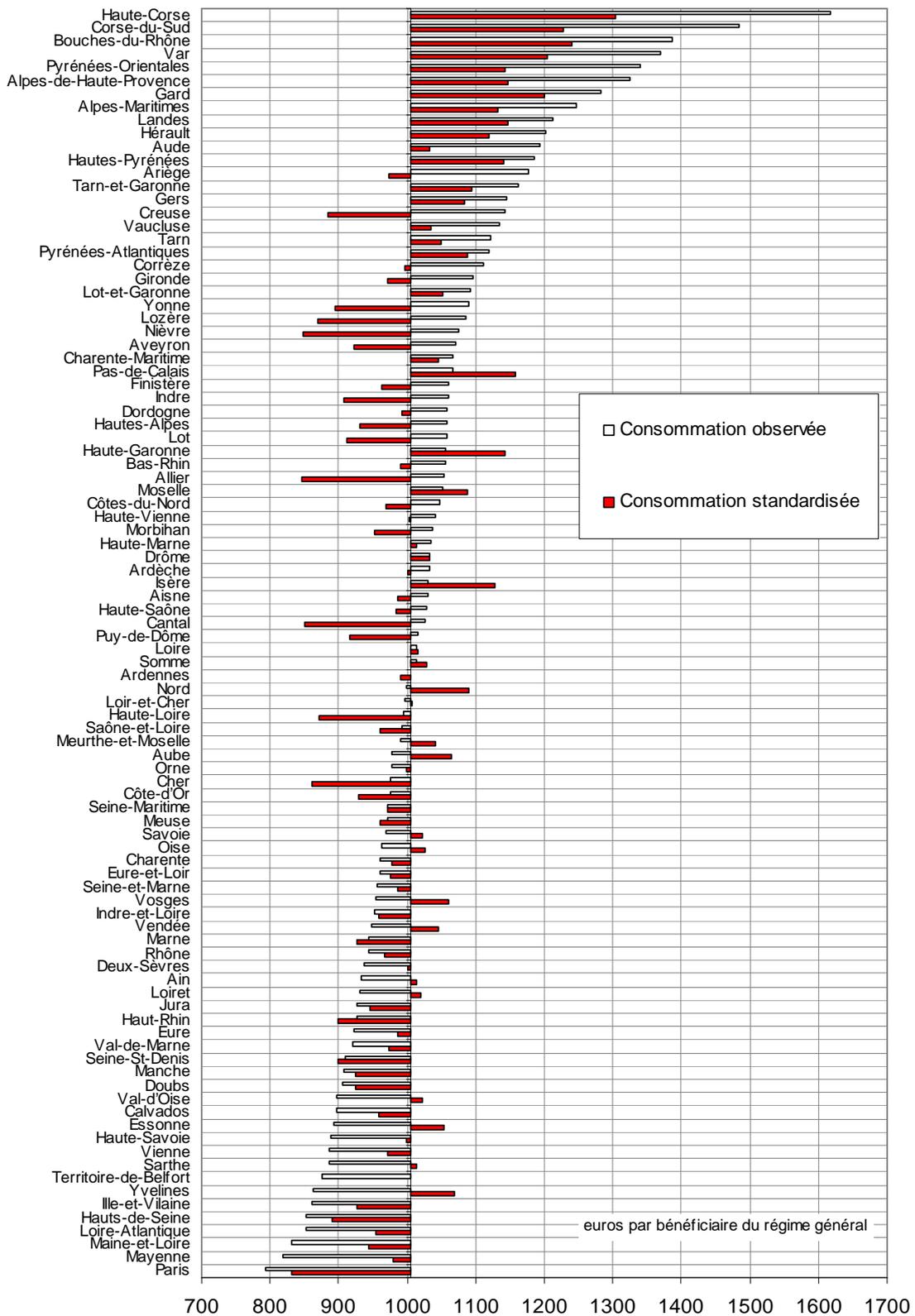
Sources : données Cnamts, calculs Drees. Année : 2007.

Champ : Régime Général, Population des bénéficiaires du régime général.

Le graphique 1 ci-dessous montre en outre que les positions relatives des départements sont modifiées à la suite de la correction opérée consistant à neutraliser l'impact des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département sur sa consommation moyenne par habitant.

Pour les douze départements présentant les consommations observées les plus élevées, les consommations standardisées restent supérieures à la consommation moyenne nationale. À l'opposé, les six départements présentant les consommations observées les plus faibles conservent des consommations standardisées inférieures à la moyenne nationale. Entre ces deux extrêmes, certains départements peuvent voir leur position initiale par rapport à la consommation nationale moyenne s'inverser.

Graphique 1 - Consommation de soins de ville par tête observée et standardisée dans les départements de France métropolitaine



Données : CNAMTS, SNIIRAM. Calculs : DREES. Champ : consommations de soins de ville remboursées par l'assurance Maladie, Régime général, rapportées à la population de bénéficiaires du régime général. Année : 2007.

Lecture : pour chaque département, l'écart de consommation par habitant par rapport à la moyenne nationale de 1 006 € est reporté sur le graphique. Les assurés résidant à Paris ont une consommation en soins de ville observée moyenne de 793 € par an, et de 831 € une fois cette consommation corrigée des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population spécifiques à ce département.

La demande en soins hospitaliers de court séjour

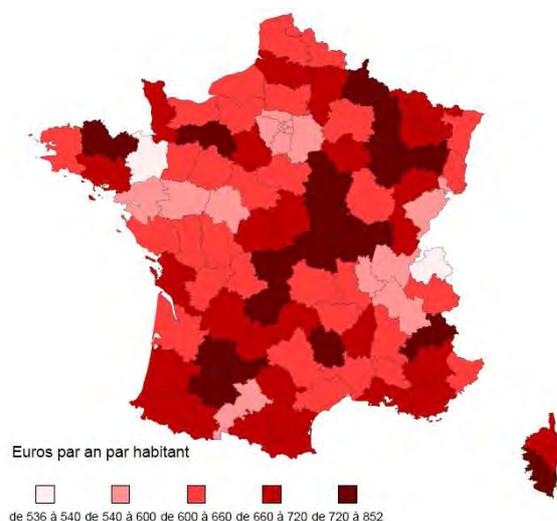
Concernant les soins hospitaliers de court séjour, les conclusions sont très proches : les disparités départementales et régionales de consommations de soins hospitaliers de court séjour se réduisent elles aussi lorsque l'on tient compte dans l'analyse des caractéristiques démographiques et de l'état de santé des populations de chaque département (cf. cartes 2a et 2b).

Ainsi, alors que les écarts départementaux moyens pour la consommation observée en soins hospitaliers de court séjour sont de + ou - 63 € (mesuré par l'écart type) par rapport à une moyenne nationale de 632 €, soit un écart relatif de 10,0 % (mesuré par le coefficient de variation), ils ne sont plus que de + ou - 36 €, soit un écart relatif de 5,7 %, lorsque la consommation est corrigée des caractéristiques démographiques et de l'état de santé des populations de chaque département.

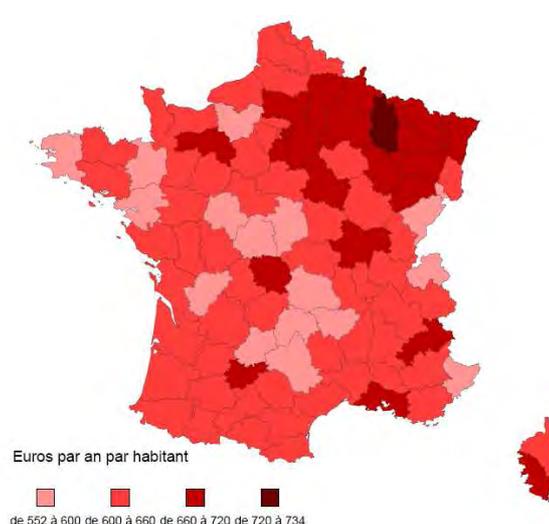
Comme pour les consommations de soins de ville, les cartes 2a et 2b présentent les consommations en soins hospitaliers de court séjour observées et standardisées pour chaque département métropolitain, selon l'indicateur de consommation hospitalière. Les départements du Centre et du Nord-Est de la France sont parmi ceux présentant les consommations hospitalières observées les plus élevées. Cependant, une fois prises en compte les caractéristiques démographiques (proportions des classes d'âges dans la population) et d'état de santé (indicateur ALD et ICM), les consommations standardisées font apparaître une plus grande homogénéité pour l'ensemble des départements, résultant de la réduction des disparités extrêmes. Tous les départements ont des consommations standardisées par habitant comprises entre 540 € et 720 € (c'est-à-dire égales à la consommation hospitalière moyenne nationale par habitant plus ou moins 15 %), excepté la Meuse qui présente une consommation standardisée hospitalière très légèrement supérieure à cette borne (734 € par habitant).

Cartes 2a et 2b : Indicateurs de consommation de soins hospitaliers en court séjour par tête dans les départements de France métropolitaine

Indicateur de consommation observée (2a)



Indicateur de consommation standardisée (2b)



Données : CNAMTS, PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ : indicateur de consommation de soins hospitaliers en court séjour tous régimes (cf. encadré 1), rapporté à la population INSEE. Année : 2007.

Nota bene : Les départements sont classés en cinq catégories. La catégorie médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations en soins hospitaliers de court séjour par habitant (632 euros) tandis que les deux catégories extrêmes regroupent les départements présentant des consommations en soins hospitaliers de court séjour de 15 % supérieures ou inférieures à la moyenne nationale (c'est-à-dire supérieures à 720 euros ou inférieures à 540 euros), pourcentage identique à celui retenu pour les soins de ville afin de faciliter les comparaisons.

Les disparités en termes de structure démographique dans les départements expliquent en grande partie le rapport de 1 à 1,6 des consommations observées. On observe en effet des consommations hospitalières élevées pour certaines catégories de la population³ : les enfants de 0 à 4 ans, les femmes de 15 à 45 ans (consommations d'obstétrique surtout), et les personnes de plus de 65 ans.

Le tableau 2 montre que les départements présentant les consommations observées à l'hôpital les plus élevées ont une part importante de leur population ayant plus de 65 ans. Inversement, les départements dans lesquels la consommation hospitalière est très inférieure à la moyenne nationale ont relativement peu de personnes âgées. Ainsi, la correction par la structure d'âge du département réduit (*resp.* augmente) sensiblement les consommations des départements ayant les consommations observées les plus élevées (*resp.* les plus faibles) par rapport à la moyenne nationale. En revanche la correction apportée par l'ICM est limitée et celle correspondant à l'indice ALD nulle. À l'hôpital, le fait que l'indicateur comparatif de mortalité semble influencer positivement sur le niveau de la demande peut apparaître logique, la dernière année de vie se situant souvent en établissement et s'avérant nettement plus coûteuse que les précédentes. À l'inverse, le fait que l'indice synthétique d'ALD du département n'ait pas d'influence significative sur les consommations hospitalières du département considéré peut être dû à la chronique de consommations des patients en ALD : ces derniers consomment surtout des soins hospitaliers durant leur dernière année de vie⁴, et par conséquent, l'effet des ALD peut être en partie capté par l'effet de l'ICM sur les consommations hospitalières, puisque l'ICM contient l'information sur les disparités de mortalité.

Les disparités de soins hospitaliers en court séjour par région observées et corrigées des facteurs de demande sont présentées en annexe 3.

Tableau 2 - Caractéristiques des départements ayant les consommations en soins hospitaliers de court séjour les plus élevées et les moins élevées par tête

Rang	Département	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM	Indicateur de consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne* expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)
1	Creuse	27%	113	109	852	192	661	28
2	Meuse	18%	90	115	788	54	734	102
3	Haute-Maine	20%	97	109	767	68	699	67
4	Nièvre	24%	116	107	765	125	639	7
5	Corse-du-Sud	20%	120	105	762	68	695	62
...	...							
92	Loire-Atlantique	15%	98	103	552	-18	571	-62
93	Hauts-de-Seine	13%	88	84	547	-84	631	-2
94	Yvelines	13%	88	89	545	-92	637	5
95	Ille-et-Vilaine	15%	100	104	538	-24	563	-70
96	Haute-Savoie	14%	90	96	536	-57	593	-39

* la moyenne des consommations à l'hôpital en court séjour s'élève en France métropolitaine à 632 € par habitant.

Lecture : un assuré de la Creuse consomme en moyenne 852 € à l'hôpital en court séjour selon l'indicateur de consommation observée. Cette somme est supérieure de 220 € à la moyenne nationale. La différence s'explique pour 192 € par sa structure de demande et 28 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par habitant de la Creuse est donc de 661 € (des effets d'arrondi peuvent jouer dans les décompositions).

Sources : données Cnamts, calculs DREES.

Champ : Tous régimes, population INSEE.

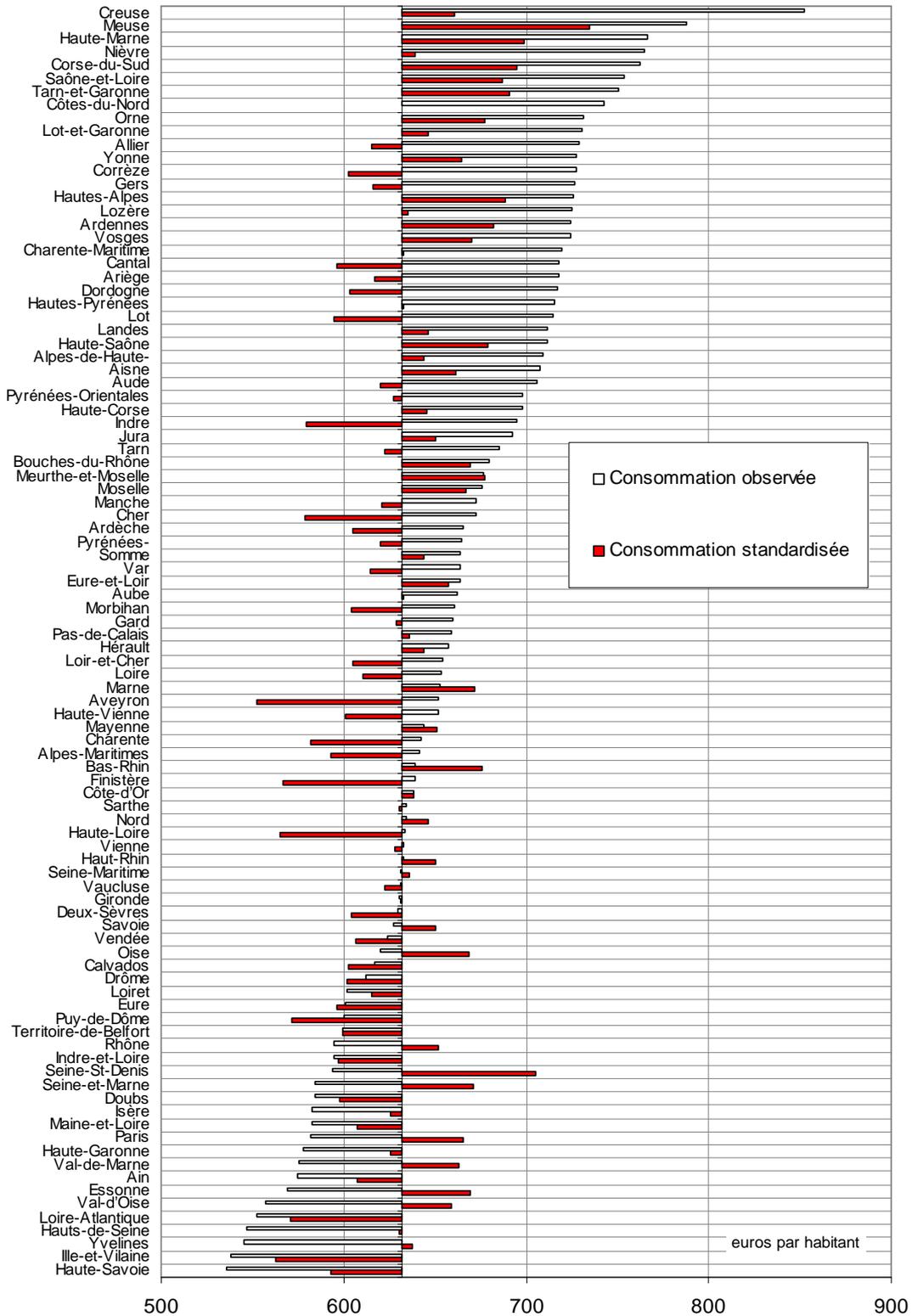
Comme pour les soins de ville, le graphique 2 montre que les positions relatives des départements sont modifiées à la suite de la correction opérée consistant à neutraliser l'impact des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département sur sa consommation moyenne. Généralement, les départements présentant une consommation observée par habitant très supérieure (*resp.* inférieure) à la moyenne ont une consommation standardisée par habitant également supérieure (*resp.* inférieure) à la moyenne. En revanche, pour les départements ayant des consommations observées par habitant intermédiaires, tous les cas de figures sont possibles.

³ « Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2006 », coll. « Études et Statistiques », DREES, 2008. Publication annuelle.

⁴ Les soins de première et dernière années d'ALD se situent en majorité à l'hôpital et sont les plus coûteuses pour l'assurance maladie : 10 900 € et 25 800 € respectivement. Ainsi, les actes de chirurgie et de chimiothérapie sont importants la première année et près de 73 % des soins de la dernière année de vie sont effectués à l'hôpital.

Cf. N. Vallier, B. Salanave, A. Weill, « Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie », Points de repère n°3, CNAMTS, 2006

Graphique 2 - Consommation de soins hospitaliers par habitant observée et standardisée dans les départements de France métropolitaine



Données : CNAMTS, SNIIRAM. Calculs : DREES. Champ : consommations de soins de ville remboursées par l'assurance maladie, régime général, rapportées à la population de bénéficiaires du régime général. Année : 2007.
 Lecture : pour chaque département, l'écart de consommation par habitant par rapport à la moyenne nationale de 632 € est reporté sur le graphique. Les assurés résidant en Haute-Savoie ont une consommation en soins hospitaliers observée moyenne de 536 € par an, et de 593 € une fois cette consommation corrigée des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population spécifiques à ce département.

La demande en ville et à l'hôpital

Lorsque l'on examine conjointement les consommations moyennes standardisées par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour des différents départements, on constate tout d'abord que les dispersions entre départements de ces consommations standardisées sont plus fortes pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers de court séjour.

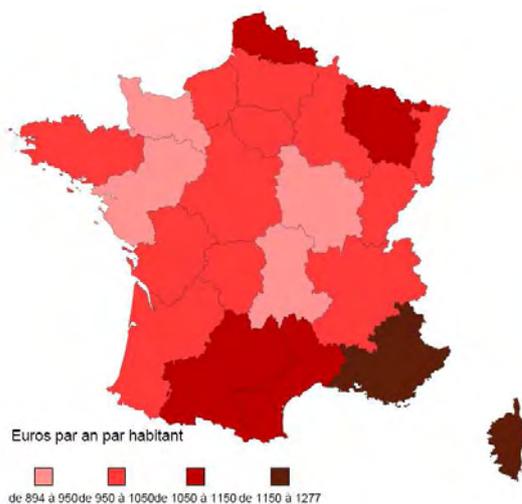
Alors que la moyenne nationale de consommation standardisée par habitant en soins de ville est de 1 006 euros, l'écart-type s'élève à 93 euros, soit un écart relatif de 9,3 % (mesuré par le coefficient de variation), alors que l'écart-type des consommations standardisées en soins hospitaliers de court séjour par habitant n'est que de 36 euros pour une moyenne nationale de consommation de 632 euros par habitant, soit un écart relatif de 5,7 %.

Les cartes 3 et 4, qui présentent pour chaque région sa position relative en termes de consommations standardisées par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour, en est l'illustration. Presque toutes les régions ont des consommations standardisées par habitant en soins hospitaliers de court séjour égales à 5 % près (en plus ou en moins) à la moyenne nationale. Seules exceptions l'Auvergne et la Bretagne qui ont des consommations en soins hospitaliers de court séjour inférieures de plus de 5 % à la consommation nationale moyenne et des régions de l'Est, l'Île-de-France et la Corse qui à l'inverse ont des consommations en soins hospitaliers de court séjour supérieures de plus de 5 % à la consommation nationale moyenne. En soins de ville, en revanche, le nombre des régions ayant des consommations supérieures ou inférieures à 5 % près (en plus ou en moins) à la moyenne nationale est plus important. Mais surtout on retrouve deux régions, PACA et Corse, pour lesquelles les consommations standardisées sont très nettement supérieures à la moyenne nationale puisque supérieures de plus de 15 % à la moyenne nationale.

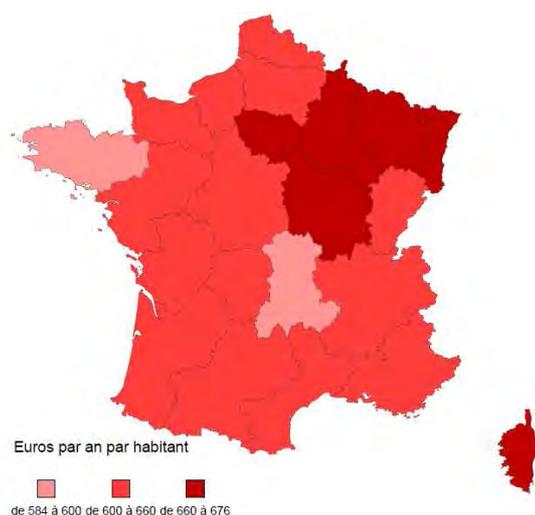
Les cartes, graphiques et analyses suivants présentent des disparités régionales par souci de clarté et de lisibilité, cependant, les calculs et les corrections ont dans tous les cas été menés au niveau départemental.

Cartes 3 et 4 - Consommations de soins standardisées par habitant pour les régions de France métropolitaine

Soins de ville (3)



Indicateur de soins hospitaliers en court séjour (4)



Données : CNAMTS, SNIIRAM et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

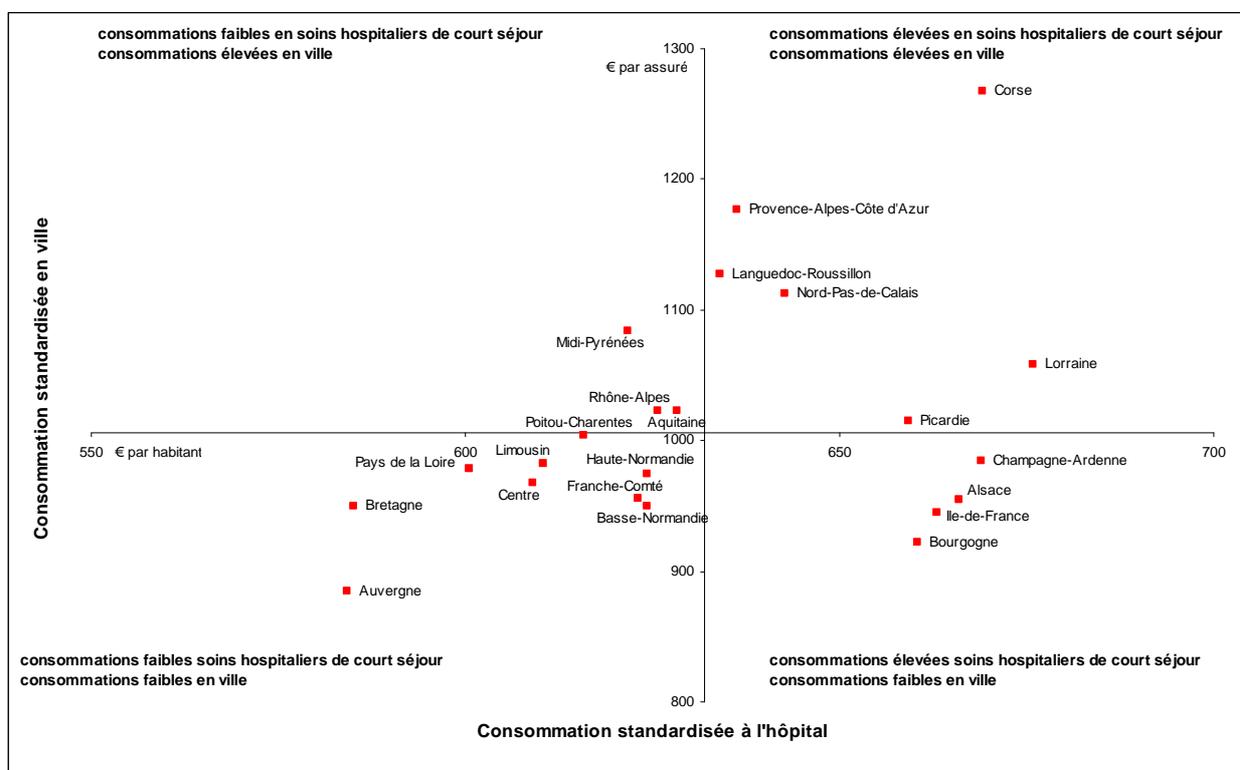
Champ : consommations en soins de ville remboursées par le régime général de l'assurance Maladie, rapportées à la population de bénéficiaires du régime général et indicateurs de consommations en soins hospitaliers de court séjour tous régimes (cf. encadré 1), rapportés à la population INSEE. Année : 2007.

L'analyse montre aussi qu'il n'existe pas de modèle unique d'organisation du système de soins, les structures de consommations étant très variables d'un département à l'autre :

- des départements ont des consommations « standardisées » par habitant nettement supérieures à la moyenne nationale, tant en soins de ville, qu'en soins hospitaliers de court séjour,
- alors que d'autres à l'opposé ont à la fois des consommations « standardisées » par habitant inférieures à la moyenne nationale, tant en soins de ville, qu'en soins hospitaliers de court séjour ;
- des départements se retrouvent dans une situation intermédiaire, en ayant par exemple des consommations « standardisées » par habitant en soins de ville inférieures (*resp.* supérieures) à la moyenne nationale mais des consommations « standardisées par habitant en soins hospitaliers de court séjour supérieures (*resp.* inférieures) à la moyenne nationale.

Le graphique 3 ci-dessous présente les quatre situations, qui pour plus de lisibilité sont représentées au seul niveau régional.

Graphique 3 - Consommations « standardisées » par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers pour les régions de France métropolitaine



Données : CNAMTS, SNIIRAM et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ : consommations en soins de ville remboursées par le régime général de l'assurance Maladie, rapportées à la population de bénéficiaires du régime général et indicateurs de consommation en soins hospitaliers de court séjour tous régimes (*cf.* encadré 1), rapportés à la population. Année : 2007.

Pour certaines régions des effets de complémentarité entre ville et hôpital semblent prévaloir, leur niveau de consommations « standardisées » par habitant étant à la fois supérieures (*resp.* inférieures) à la moyenne nationale, tant en ville, qu'à l'hôpital. C'est le cas pour la Lorraine, la Corse, le Nord-Pas-de-Calais ainsi que pour le Languedoc-Roussillon et la région Provence Alpes Côte d'Azur qui présentent une consommation « standardisée » par habitant plus élevée que la moyenne nationale aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers de court séjour. Inversement, les Pays de la Loire, le Centre, le Limousin, l'Auvergne et la Bretagne ont une consommation « standardisée » par habitant plutôt faible par rapport à la moyenne nationale tant en soins de ville qu'en soins hospitaliers de court séjour.

Pour d'autres régions en revanche, un effet de substitution semble dominer. Ainsi, les consommations « standardisées » par habitant élevées en ville sont compensées par des consommations

« standardisées » par habitant faibles à l'hôpital et inversement. En Île-de-France, Bourgogne et Alsace la consommation « standardisée » par habitant en soins de ville est plutôt faible alors que celle en soins hospitaliers de court séjour est plutôt élevée. En sens inverse, la région Midi-Pyrénées présente une consommation « standardisée » par habitant élevée en soins de ville et faible en hospitalisation de court séjour.

Les consommations de santé au regard de l'offre de soins

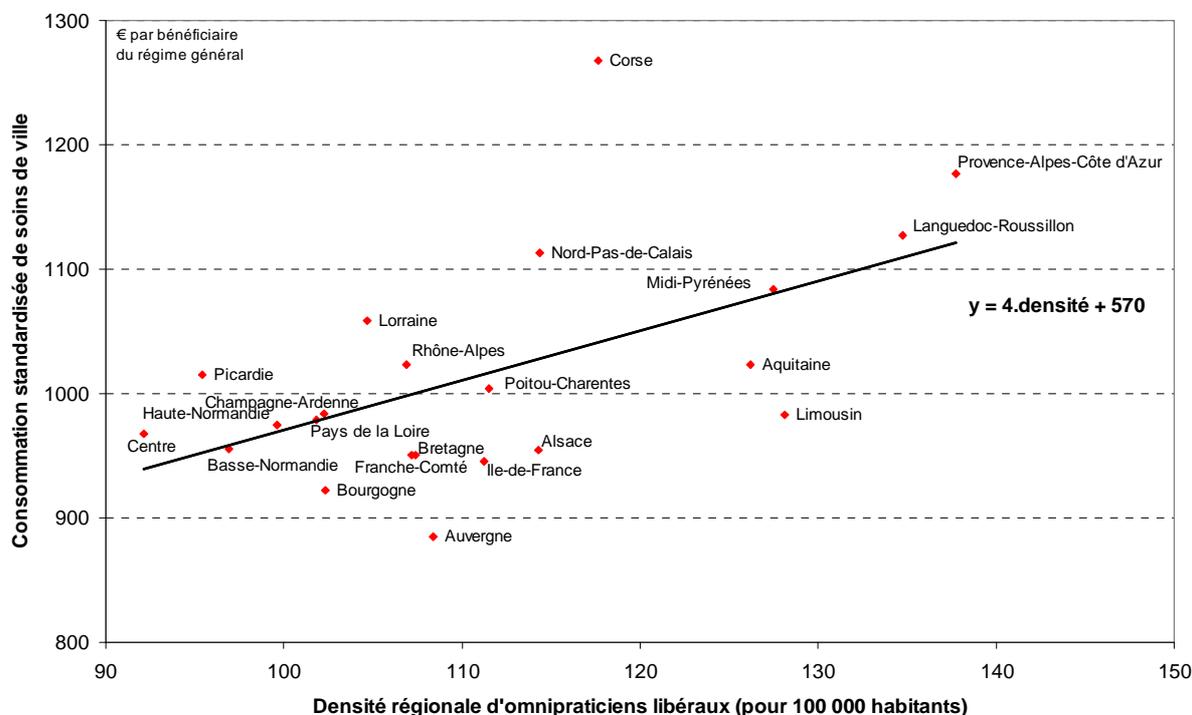
Parmi les facteurs permettant d'expliquer les écarts de consommation de soins par habitant entre les départements, que ne justifiaient pas les différences démographiques ou d'état de santé, l'impact de l'offre de soins sur la demande est généralement évoqué.

Afin de tester cette hypothèse des travaux complémentaires ont été effectués consistant à relier le niveau des consommations « standardisées » par habitant de chaque département au niveau de l'offre de soins proposés de ce même département. Les travaux de Delattre et Dormont⁵ sur données françaises ont ainsi pu mettre en évidence un comportement d'induction de la demande en soins de ville chez les médecins libéraux du secteur I. Cette analyse est étendue ici au secteur hospitalier. Dans l'étude, l'offre de soins de chaque département est appréhendée par la densité d'omnipraticiens libéraux y exerçant ou par la capacité d'accueil en établissement du département.

L'effet de l'offre sur la consommation de soins en ville

Le graphique 4 confirme l'existence, à un niveau régional, d'une corrélation entre la consommation « standardisée » en soins de ville et la densité des omnipraticiens libéraux. Ce type de corrélation ne permet cependant pas de conclure qu'une offre médicale libérale importante conduit à des consommations supérieures excessives ; elle peut aussi bien traduire une moindre consommation de soins dans les régions les moins bien dotées.

Graphique 4 - Consommation standardisée de soins de ville et densité de médecins libéraux



Sources : DREES, à partir de données Cnamts et ADELI. Année 2007.

⁵ Delattre E., Dormont B., 2000, « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français », Économie et Prévision, n°142.

Certaines régions telles la Basse-Normandie ou la Franche-Comté présentent des consommations standardisées par habitant inférieures à la moyenne nationale et une offre d'omnipraticiens relativement plus faible que la moyenne. À l'inverse, les régions du Languedoc-Roussillon ou de Provence Alpes Côte d'Azur, avec des densités élevées, ont des consommations standardisées par habitant supérieures à la moyenne nationale. Ces cas semblent ainsi confirmer l'existence d'une plus ou moins forte induction de la demande par l'offre. Il faut cependant noter que les mouvements éventuels de patients entre départements pour se faire soigner en ville n'ont pas été pris en compte dans cette analyse.

L'effet de l'offre sur la consommation de soins hospitaliers

Alors que la consommation par habitant de soins de ville, corrigée des caractéristiques démographiques et de l'état de santé de la population, dans chaque région apparaît sensiblement reliée à l'offre régionale de soins, la même conclusion ne peut pas être tirée pour les consommations à l'hôpital.

L'importance de l'offre de proximité de soins hospitaliers de court séjour, mesurée dans cette étude par le nombre de journées-lits disponibles (soit le nombre de journées dans l'année où un lit est ouvert) rapporté au nombre d'assurés tous régimes de chaque département et par le nombre de places offertes en hospitalisation partielle rapporté au même nombre d'assurés, ne semble pas avoir d'impact sur le niveau relatif des consommations standardisées par habitant de chaque département. Ces variables ne ressortent pas en effet de façon significative dans les régressions réalisées.

Pour comprendre pourquoi les disparités départementales de consommations standardisées par habitant en soins hospitaliers de court séjour semblent peu liées à l'offre de soins, il faut prendre la mesure de l'ampleur des mouvements de patients entre départements et régions pour les soins hospitaliers.

L'impact des migrations sur l'analyse de l'offre hospitalière

En France, l'organisation de l'offre de soins hospitaliers en court séjour est réalisée au niveau de la région et au niveau national pour des équipements et activités particuliers. De fait, rares sont les départements à disposer de tout l'éventail de l'offre de soins en établissement. Ainsi, à peine le tiers des départements disposent d'un centre hospitalier régional (CHR, source : SAE 2006), alors qu'au moins un centre hospitalier (CH) est présent dans la majorité des départements métropolitains. Certains soins ne peuvent dès lors être fournis qu'à l'extérieur du département de résidence de l'assuré.

Les données disponibles sur l'hôpital permettent de distinguer les productions des consommations de soins pour chaque département. Deux taux peuvent être calculés :

- le « taux d'attraction » correspondant à la part de la production de soins fournis dans un département et consommés par des assurés provenant d'autres départements ;
- le « taux de couverture » correspondant à la part de la consommation des assurés d'un département satisfaite à l'intérieur de leur département de résidence.

Ces taux doivent toutefois être interprétés avec précaution. En effet, certains assurés peuvent se trouver plus proches de l'offre hospitalière du département voisin que de celle de leur propre département. Une telle situation a alors pour conséquence de faire baisser mécaniquement le taux de couverture (autour de Paris par exemple). De même, un département peut être plus spécialisé que d'autres et avoir un éventail d'offre plus restreint, son taux d'attraction est alors réduit.

On peut cependant analyser parallèlement les deux taux définis. Ainsi, les départements ayant à la fois des taux d'attraction et de couverture faibles (*resp.* élevés) peuvent être considérés comme disposant d'une offre faible (*resp.* élevée). Sans surprise, Paris fait partie des départements disposant de l'offre la plus importante. En sens inverse, certains départements ruraux tels que la Haute-Saône ou l'Eure ont une offre faible.

Tableau 3 - Départements ayant des taux d'attraction et de couverture élevés ou faibles pour l'offre de soins hospitaliers de court séjour

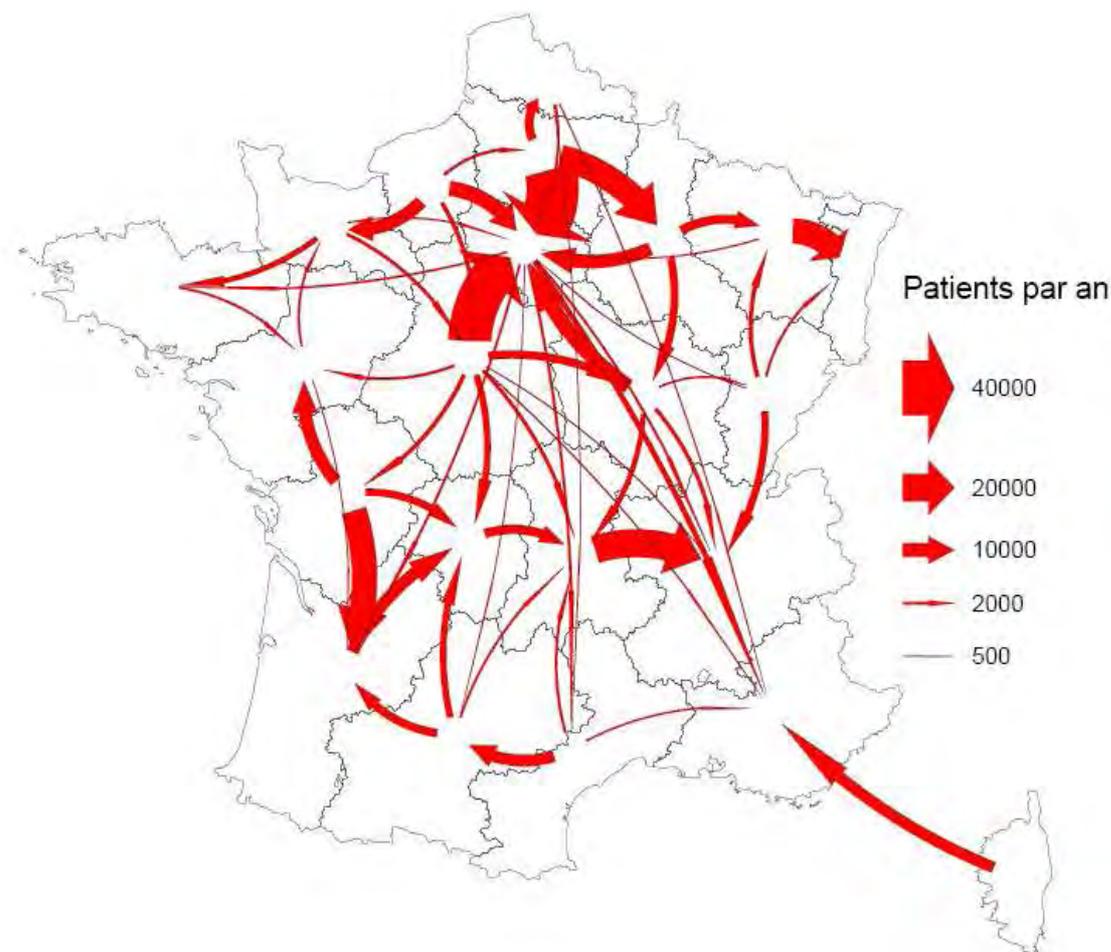
Rang	Département	Taux d'attraction	Taux de couverture
1	Paris	58%	79%
2	Territoire-de-Belfort	55%	76%
3	Haute-Garonne	34%	96%
4	Rhône	33%	95%
5	Haute-Vienne	32%	96%
6	Meurthe-et-Moselle	35%	88%
7	Gironde	25%	97%
8	Marne	29%	91%
9	Indre-et-Loire	27%	92%
10	Hérault	24%	95%
11	Calvados	26%	93%
12	Côte-d'Or	26%	93%
13	Loire-Atlantique	23%	95%
14	Ille-et-Vilaine	24%	93%
15	Vienne	26%	91%
16	Puy-de-Dôme	23%	93%
17	Bouches-du-Rhône	21%	94%
18	Alpes-Maritimes	15%	97%
19	Seine-Maritime	16%	94%
20	Bas-Rhin	15%	96%
...	...		
77	Cher	8%	68%
78	Loir-et-Cher	10%	65%
79	Seine-et-Marne	13%	60%
80	Ardennes	3%	69%
81	Vendée	6%	65%
82	Oise	6%	64%
83	Meuse	10%	59%
84	Landes	14%	55%
85	Indre	6%	62%
86	Ariège	8%	58%
87	Dordogne	6%	61%
88	Lot	12%	54%
89	Creuse	6%	59%
90	Lozère	8%	56%
91	Gers	12%	47%
92	Haute-Loire	11%	47%
93	Ain	12%	45%
94	Alpes-de-Haute-Provence	12%	45%
95	Eure	9%	43%
96	Haute-Saône	5%	47%

Données : CNAMTS, PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES. Champ : tous régimes.

Lecture : 58 % des consommations hospitalières de court séjour réalisées dans des établissements parisiens sont le fait de patients résidant hors du département. 79 % des consommations hospitalières de court séjour des patients résidant à Paris sont réalisées dans le département. Le rang est établi à partir de la moyenne des taux d'attraction et de couverture parmi les départements de France métropolitaine.

L'analyse des flux nets interrégionaux permet de mettre en évidence leur importance relative selon les régions. La carte 5 (sur laquelle ne figurent que les flux nets – soldes des entrants et des sortants – supérieurs à 500 hospitalisations de court séjour dans l'année⁶) montre la place majeure qu'occupe l'Île-de-France dans ces flux (l'Île-de-France accueillant en solde net plus de 94 000 patients dans le courant de l'année), mais aussi dans une moindre mesure les régions Aquitaine, Rhône-Alpes, Alsace et PACA. Environ 8 900 patients de Corse par exemple se font hospitaliser en PACA alors que 800 résidents de PACA ont été hospitalisés en Corse, soit un flux net de 8 100 de la Corse vers la région PACA représentant près de 10 % des résidents corses hospitalisés dans l'année⁷.

Carte 5 - Principaux flux nets de patients



Source : CNAMTS. Année 2007.

Lecture : en 2007, il y a eu 8 000 patients corses soignés en Provence Alpes Côte d'Azur de plus que de patients provençaux soignés en Corse.

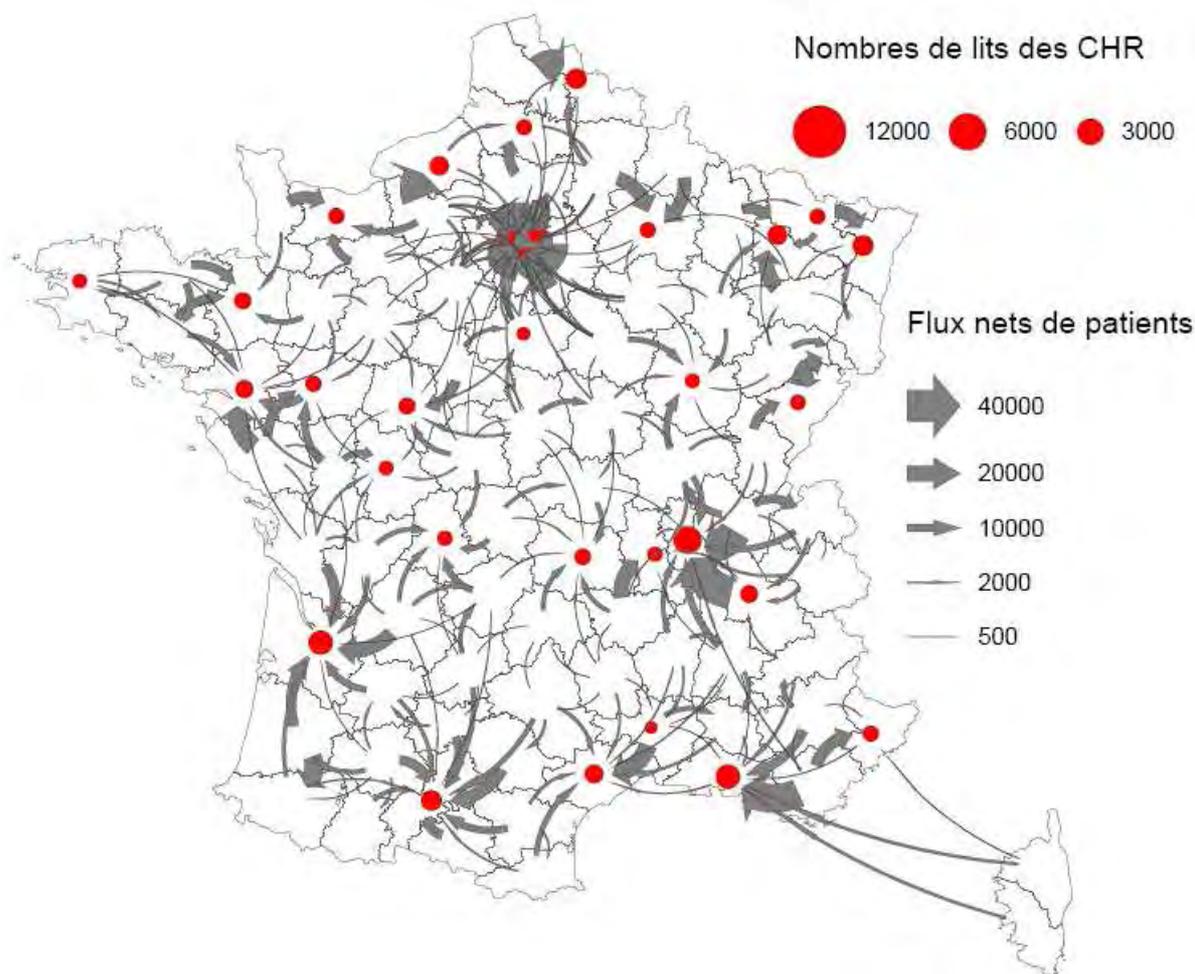
Ne sont représentés ici que les flux nets – soldes des entrants et des sortants – supérieurs à 500 hospitalisations de court séjour durant l'année.

L'analyse départementale montre en outre le rôle joué par les grands centres hospitaliers régionaux (CHR) dans ces transferts. En rapprochant la carte des flux départementaux à celle de l'implantation des CHR, on constate que les départements dans lesquels est localisé un CHR sont nettement « importateurs » de patients, les habitants des départements limitrophes venant s'y faire soigner.

⁶ L'analyse des flux bruts montre qu'il existe de nombreux flux croisés entre régions limitrophes, ceux-ci se neutralisant en partie. Par exemple 17 000 patients du Languedoc-Roussillon ont été hospitalisés en court séjour en 2007 en Provence Alpes Côte d'Azur, tandis qu'à l'inverse 16 000 patients de PACA se sont fait soigner en Languedoc-Roussillon. Le solde net entre les deux régions n'est donc dans ce cas que de 1 000 hospitalisations entrantes au profit de PACA.

⁷ En 2007, 85 000 résidents corses ont été hospitalisés dont 74 000 d'entre eux l'ont été dans des établissements corses. 11 000 patients corses ont été hospitalisés sur le continent (c'est le flux sortant de patients pour la Corse) tandis que les établissements corses ont accueilli 3 000 patients résidant dans les régions du continent (c'est le flux entrant de patients pour la Corse). Le solde de patients de la région Corse est donc de - 8 000 patients pour l'année 2007.

Carte 6 - Principaux flux nets de patients entre départements et CHR



Sources : CNAMTS. Année 2007.

Ne sont représentés ici que les flux nets – soldes des entrants et des sortants – supérieurs à 500 hospitalisations de court séjour durant l'année.

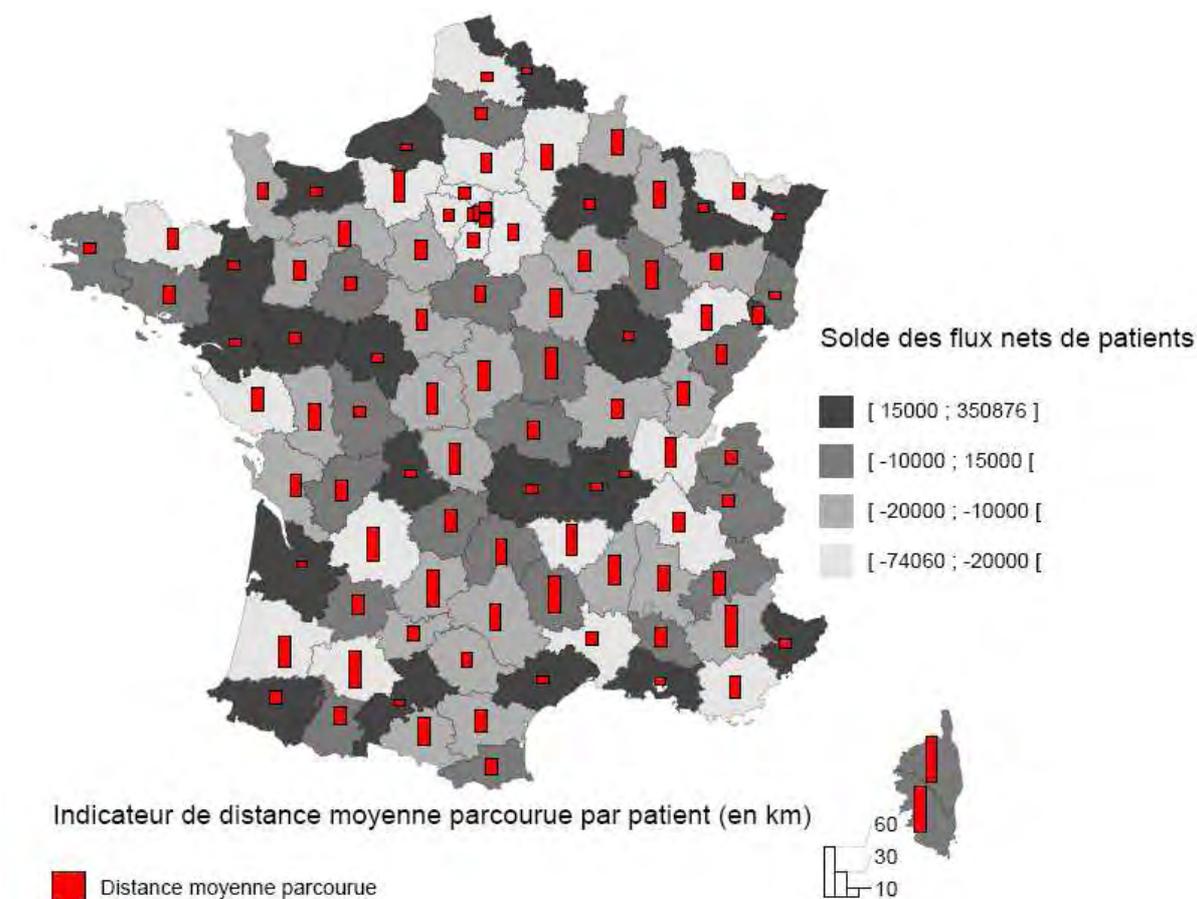
Les distances parcourues pour se faire soigner se révèlent ainsi différentes selon le lieu de domiciliation du patient.

L'indicateur de distance moyenne parcourue par patient⁸ fait en effet ressortir des disparités notables dans les distances d'accès aux soins entre départements. En moyenne nationale, l'indicateur de distance moyenne s'établit à 23 km ; il va de 7 km pour le département du Nord à 55 km pour la Corse-du-Sud, l'écart-type entre département étant de 11 km. La carte 7 représente par des bâtonnets ces indicateurs de distance moyenne pour chacun des départements métropolitains. On constate, sans surprise, que les départements les plus « importateurs » de patients, c'est-à-dire ayant un solde⁹ des flux en entrées positifs (en gris foncé) sont ceux pour lesquels les distances sont les plus faibles et inversement pour les départements « exportateurs ».

⁸ Pour évaluer les distances moyennes parcourues des patients hospitalisés en court séjour, nous affectons à chaque hospitalisation une distance de déplacement. Cette distance est égale à la distance à vol d'oiseau entre le chef-lieu d'habitation du patient et le chef-lieu de localisation de l'hôpital qui l'accueille. Ainsi, lorsque le patient est hospitalisé dans son département, la distance parcourue est considérée comme nulle. Bien sûr, cette distance utilisée pour le calcul n'est pas la distance réelle effectivement parcourue par les patients et la moyenne obtenue n'est qu'un ordre de grandeur permettant de comparer les disparités locales. Pour affiner, cet indicateur, il faudrait avoir recours aux distances réelles entre les domiciles des patients et les établissements, utiliser des distances routières effectives (ainsi que maritimes ou aériennes, par exemple pour la Corse). Cependant, les données actuellement disponibles ne permettent pas la réalisation rapide de tels indicateurs.

⁹ Différence entre la somme des flux de patients entrant dans le département et des flux de patients sortant vers l'extérieur du département.

Carte 7 – Indicateur de distance moyenne parcourue par les patients résidant dans un département et solde des flux nets de patients

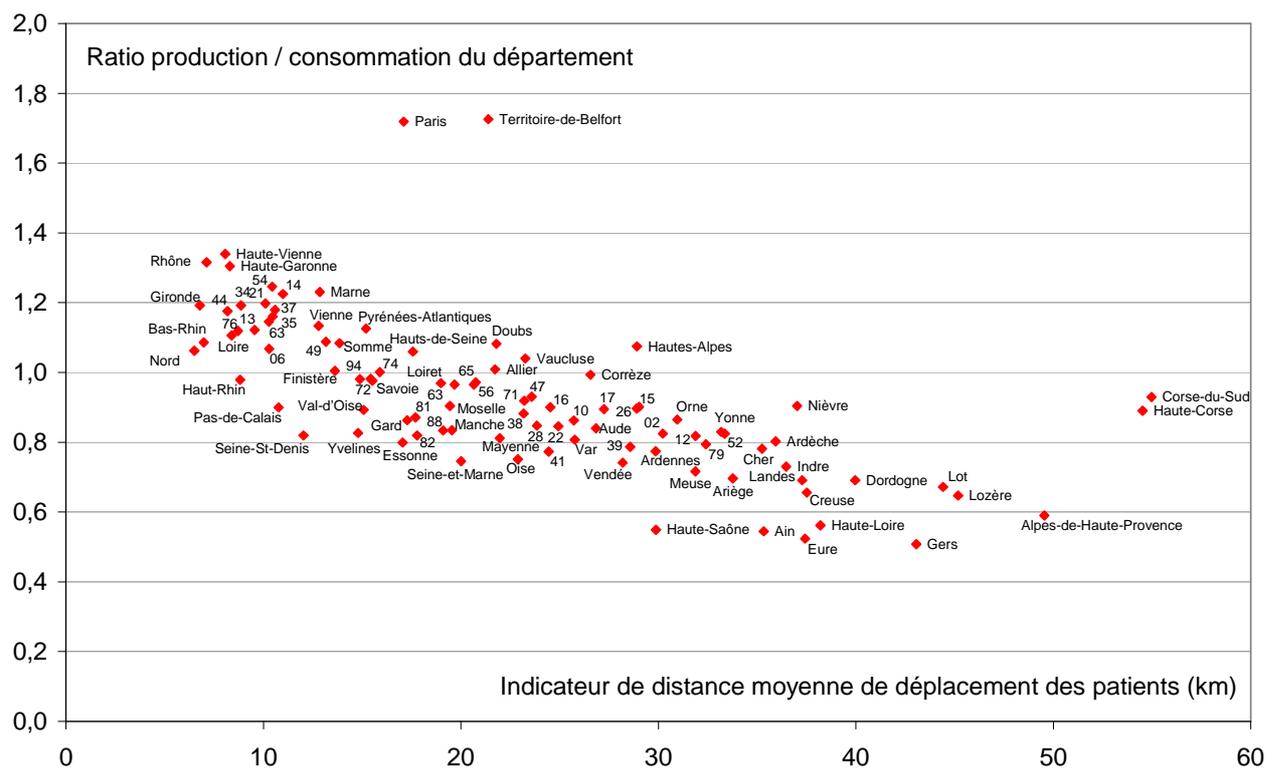


Sources : Cnamts. Calcul : Drees. Année 2007.

Lecture : Le département du Nord présente un solde de patients inférieur à -20 000 (c'est-à-dire qu'il y a plus de 20 000 patients qui sont hospitalisés à l'extérieur du département de plus que le nombre de patients extérieurs au département qui sont hospitalisés dans le Nord). En moyenne, les patients résidant dans le Nord se déplacent de 6 km pour se faire soigner à l'hôpital selon l'indicateur construit.

Les départements pour lesquels les déplacements sont les moins longs sont ceux qui possèdent en effet des grands centres hospitaliers et des métropoles régionales. Les patients des départements limitrophes de ces centres connaissent des déplacements plus importants. Le graphique 5 présente la même analyse en mettant en relation l'indicateur de distance moyenne parcourue et le rapport entre production et consommation hospitalière dans chaque département.

Graphique 5 - Lien entre l'offre de soins hospitaliers et l'indicateur de distance moyenne parcourue par les patients d'un département



Sources : CNAMTS. Calcul : DREES. Année 2007.

Lecture : Le département du Rhône présente un ratio de production à sa consommation hospitalière de 1,3. Les résidents du Rhône se déplacent en moyenne de 7 km pour leurs soins hospitaliers selon l'indicateur de distance construit.

Les déplacements constatés sont justifiés par la technicité des interventions réalisées. En comparant les coûts des hospitalisations des patients selon qu'ils se font soigner dans ou hors de leur département de domiciliation, on constate en effet que les patients qui sont hospitalisés en dehors de leur département de résidence relèvent de catégories de soins (GHS) significativement plus coûteuses que ceux qui se font soigner dans leur département (intra-département). Sur l'ensemble des départements, le coût moyen intra-départemental est en moyenne de 2 500 € et compris entre 2 300 et 2 800 €¹⁰ selon les départements, alors que le coût moyen d'hospitalisation extra-départemental est de 3 100 € et compris entre 2 400 € et 3 700 € selon les départements.

Ainsi, une analyse des coûts d'hospitalisation des patients venus de différents départements se faire soigner à Paris montre que le coût d'une hospitalisation est d'autant plus élevé que la distance parcourue pour se faire soigner est importante. Si les Parisiens hospitalisés à Paris présentent un coût moyen d'hospitalisation relativement faible, celui-ci est encore plus élevé pour les patients venus des départements de la petite couronne de banlieue parisienne puis s'élève encore pour les patients provenant de la grande couronne.

¹⁰ Valeurs qui correspondent à l'indicateur de consommation construit sur la base de la tarification de l'hospitalisation publique (cf. encadré 1).

Conclusion

Le tableau 4 présente une synthèse des principaux résultats.

La première conclusion est relative aux disparités de consommation de soins par tête entre départements et régions. Celles-ci sont fortement réduites par la prise en compte de la situation démographique et sanitaire de la population dans chaque département et chaque région aussi bien pour la consommation de soins hospitaliers que pour celle en soins de ville. La réduction des écarts de consommation pour l'ensemble des départements métropolitains entre les consommations observées et les consommations « standardisées » en témoigne. Les consommations « standardisées » par habitant apparaissent en outre bien plus homogènes pour les soins hospitaliers de court séjour que pour les soins en ville : le coefficient de variation qui rapporte l'écart-type départemental à la moyenne nationale est de 9,3 % pour les consommations en soins de ville, nettement supérieur à celui des consommations hospitalières qui est de 5,7 % (cf. cartes 3a et 3b pour une comparaison régionale). L'analyse croisée des disparités de soins de ville et de soins hospitaliers montre en outre qu'il n'existe pas de relation établie entre les écarts de consommations des deux types de soins. Certaines régions peuvent en effet présenter des consommations supérieures (ou inférieures à la moyenne) en ville comme à l'hôpital tandis que d'autres régions ont une consommation supérieure à la moyenne pour un type de soins et inférieure à la moyenne nationale pour l'autre type de soins.

Tableau 4 - Présentation synthétique des disparités départementales de consommations de soins observées et corrigées de la structure démographique et de l'état de santé

		Consommations annuelles par habitant			Lien des disparités résiduelles avec l'offre de soin
		observées	corrigées des caractéristiques démographiques	corrigées des caractéristiques démographiques et de l'état de santé	
Soins de ville	Ecart-type	142 €	n.d.	93 €	Oui, avec la densité de médecins libéraux (cf. graphique 3)
	Coefficient de variation	14,1%		9,3%	
	Min	793 €	n.d.	831 €	
	Moyenne	1 006 €	n.d.	1 006 €	
	Max	1 617 €	n.d.	1 304 €	
Soins hospitaliers	Ecart-type	63 €	40 €	36 €	N'apparaît pas avec les nombres de lits et de places par habitant
	Coefficient de variation	10,0%	6,3%	5,7%	
	Min	536 €	557 €	552 €	
	Moyenne	632 €	632 €	632 €	
	Max	852 €	762 €	734 €	

Données : CNAMTS, SNIIRAM et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ : consommations en soins de ville remboursées par le régime général de l'assurance Maladie, rapportées à la population des bénéficiaires du régime général et indicateurs de consommation en soins hospitaliers de court séjour tous régimes (cf. encadré 1), rapportés à la population Insee. Année : 2007.

Note : le coefficient de variation est égal à l'écart-type des consommations de soins par département rapporté à la moyenne nationale de ces consommations. La méthode de correction employée pour les consommations de soins de ville ne permet pas de distinguer la correction démographique de la correction de l'état de santé de la population.

La deuxième conclusion concerne l'impact de l'offre sur ces consommations. La confrontation des disparités départementales de consommations de soins « standardisées » par habitant avec la répartition géographique de l'offre de soins aboutit à des résultats différents pour les soins de ville et pour les soins hospitaliers de court séjour. Les consommations « standardisées » par habitant en soins de ville apparaissent positivement corrélées avec la densité des omnipraticiens libéraux. En revanche, il n'y a pas de lien statistique significatif entre les consommations « standardisées » en soins hospitaliers de court séjour et des variables traduisant l'offre de soins hospitaliers de court séjour comme les nombres de lits ou de places par habitant.

La troisième conclusion porte sur l'hôpital : la non-significativité des variables d'offre pour expliquer les niveaux relatifs de consommations en soins hospitaliers de court séjour entre départements est à mettre en relation avec l'importance des flux de patients entre les départements.

Annexe 1 : Méthodologie

Afin de comparer les consommations départementales en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour, on cherche à corriger les consommations moyennes observées effectives (ou calculées pour ce qui concerne l'hôpital) pour tenir compte des caractéristiques démographiques et sanitaires des populations concernées (âge, sexe, importance relative des personnes en ALD, indicateur de mortalité...).

Cette correction passe par la décomposition des consommations de soins c_i par habitant d'un département i en trois termes :

- le premier terme c_0 , identique pour tous les départements, correspond à la moyenne nationale de la consommation par habitant ;
- le deuxième terme $c_{e,i}$, propre à chaque département, regroupe l'ensemble des variables caractérisant le profil des résidents (structure démographique et sanitaire de la population résidente). La mesure de ce terme est effectuée par régression pour les soins de ville et dans le cas de l'hôpital, une technique particulière combinant calcul direct et régression est mise en œuvre (cf. ci-après). Les régressions effectuées permettent, pour chaque type de soins, d'estimer les effets respectifs de chacune des variables de demande sur les consommations de soins. Si on décompose les disparités expliquées $c_{e,i} = c_{e,démo,i} + c_{e,sani,i}$ en deux composantes démographique $c_{e,démo,i}$ et sanitaire $c_{e,sani,i}$, on appelle consommation standardisée « démographique » le terme $c_i - c_{e,démo,i}$;
- le troisième terme $c_{r,i}$, appelé terme résiduel, correspond à la composante inexpliquée par les facteurs de demande précédents des disparités départementales, dans certains cas, on pourra confronter ce terme aux caractéristiques de l'offre médicale (comme la densité de médecins par exemple).

En résumé, pour chaque département i , on décompose sa consommation de la façon suivante : $c_i = c_0 + c_{e,i} + c_{r,i}$.

- on appelle c_i la consommation observée par habitant (observée ou calculée en ce qui concerne l'hôpital)
- et $c_i - c_{e,i} = c_0 + c_{r,i}$ la consommation par habitant corrigée des facteurs de demande ou bien consommation « standardisée ». La notion de correction (le terme objectivation est parfois utilisé dans la littérature) vient du fait que la part des disparités de soins expliquée par des disparités de structures démographique et sanitaire a été retirée de la consommation par habitant observée. Cette correction permet finalement d'identifier les départements pour lesquels les consommations par habitant apparaissent relativement élevées à caractéristiques de la demande de soins comparables et de quantifier ces écarts. Lorsqu'on effectue une correction uniquement démographique sans prendre en compte les disparités sanitaires dans la population, nous parlerons de standardisation « démographique ».

Pour un département, la consommation « théorique » $c_0 + c_{e,i}$ est la consommation par habitant compte-tenu de la structure démographique et de l'état sanitaire de sa population à disparités inexpliquées nulles. L'écart « résiduel » $c_{r,i}$ non-expliqué par les variables de demande correspond à la part des consommations non expliquée par les caractéristiques démographiques et sanitaires des résidents du département correspondant. Un écart positif ne peut pas s'interpréter sans précaution comme une consommation excessive. En effet, seules certaines caractéristiques de la demande de soins sont prises en compte dans la modélisation. Cet écart pourrait en fait s'expliquer par des caractéristiques non-observables et *a fortiori* ne rentrant pas dans les analyses présentées ici (comportements de consommation ou de prescription, état de santé hors ALD, etc.)

Deux méthodes d'analyse

Deux types d'estimation des consommations « standardisées » sont retenus, l'une pour les soins de ville, l'autre pour les soins hospitaliers en court séjour :

- Pour les soins de ville, une régression de c_i sur les variables démographiques et d'état de santé de la population (âge, sexe, indicateur comparatif de mortalité – ICM – et proportion de personnes en affectation de longue durée pondérée par les coûts de chaque ALD) permet de calculer les termes de la consommation expliquée $c_{e,i}$ et de la consommation résiduelle $c_{r,i}$, la consommation expliquée étant égale à la partie expliquée par les variables introduites dans la

régression, la consommation résiduelle étant le résidu estimé de la régression. La composante démographique (respectivement sanitaire) de la consommation expliquée $c_{e,démo,i}$ (resp. $c_{e,sani,i}$) est égale à la partie expliquée par les variables démographiques (resp. sanitaires) introduites dans la régression.

- Pour les consommations hospitalières de court séjour, l'effet de la demande n'est plus modélisé par une seule régression, mais se fait en deux étapes. Les données disponibles par département et par âge (par âge uniquement dans la mesure où le critère sexe n'était pas disponible pour l'étude) permettent en effet de standardiser en amont les consommations de chaque département en fonction de la structure par âge de sa population. Cette standardisation « directe » se fait à partir de la structure nationale par âge de la population. L'indicateur de consommation standardisée correspond aux consommations que l'on observerait dans le département s'il avait la même structure par âge que l'ensemble de la population française.

$$\text{Indicateur de consommation standardisée} = c_i - c_{e,démo,i} = \sum_k P_k \cdot M_{k,i}$$

sachant que P_k est le pourcentage, au niveau national, de personnes de la tranche d'âge k , $M_{k,i}$ est le montant moyen de consommation par personne pour les patients de la tranche d'âge k et du département i . C'est cette consommation standardisée par âge $c_i - c_{e,démo,i}$ qui est ensuite régressée sur les indicateurs sanitaires (ICM et indicateur d'ALD) pour obtenir les consommations hospitalières expliquées par les caractéristiques sanitaires de la population $c_{e,sani,i}$.

Même si la seconde méthode (en deux temps) apparaît plus fiable, on peut noter que la méthode par régression directe pour les soins de ville et la méthode en deux temps pour les dépenses hospitalières en court séjour donnent des résultats très similaires.

Annexe 2 - Les consommations de soins de ville par région (contrôlées de la structure de demande)

Rang	Région	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM	Consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne* expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)
1	Corse	17%	120	105	1553	285	1268	262
2	Provence-Alpes-Côte d'Azur	17%	108	101	1315	139	1176	171
3	Languedoc-Roussillon	16%	108	104	1243	115	1128	122
4	Aquitaine	16%	103	101	1108	84	1023	17
5	Midi-Pyrénées	15%	100	101	1095	10	1084	78
6	Limousin	18%	100	102	1079	96	983	-23
7	Auvergne	17%	117	108	1023	139	884	-121
8	Nord-Pas-de-Calais	11%	98	119	1021	-92	1113	107
9	Bourgogne	17%	104	102	1018	96	922	-84
10	Lorraine	14%	92	112	1010	-49	1059	53
11	Alsace	14%	104	105	1005	50	955	-51
12	Picardie	13%	101	114	996	-19	1015	10
13	Bretagne	15%	106	111	988	37	950	-55
14	Champagne-Ardenne	14%	96	109	977	-7	984	-21
15	Rhône-Alpes	14%	97	98	975	-48	1023	17
16	Poitou-Charentes	16%	90	99	974	-30	1004	-2
17	Centre	16%	96	101	966	-2	968	-38
18	Haute-Normandie	14%	104	108	956	-19	975	-31
19	Franche-Comté	15%	98	106	930	-21	950	-56
20	Basse-Normandie	15%	95	105	916	-40	956	-50
21	Ile-de-France	12%	98	90	873	-72	945	-61
22	Pays de la Loire	14%	94	97	866	-112	979	-27

* La moyenne des consommations en ville s'élève en France métropolitaine à 1006 € par assuré.

Lecture : un assuré de Corse se voit rembourser 1553 € en soins de ville. Cette somme est supérieure de 547 € à la moyenne nationale. Les caractéristiques de la population de cette région expliquent 285 € d'écart à la moyenne tandis que 262 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par assuré de 1268 € est égale à la consommation observée de 1553 € moins 285 € d'écart expliqués par les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population.

Données : CNAMTS, SNIIRAM. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ : consommation de soins de ville remboursés par le régime général de l'assurance Maladie, rapportée à la population de bénéficiaires du régime (cf. encadré 1). Année : 2007.

Annexe 3 - Les consommations hospitalières par région (contrôlées de la structure de demande)

Rang	Région	Proportion de bénéficiaires de plus de 65 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD	Indice ICM	Indicateur de consommation observée (€/tête)	Ecart à la moyenne* expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)	Ecart résiduel non expliqué par les caractéristiques de la population (€/tête)
1	Corse	17%	120	105	729	60	669	37
2	Bourgogne	17%	104	102	712	52	660	28
3	Limousin	18%	100	102	706	95	610	-22
4	Lorraine	14%	92	112	692	16	676	44
5	Champagne-Ardenne	14%	96	109	686	18	669	37
6	Languedoc-Roussillon	16%	108	104	672	38	634	2
7	Aquitaine	16%	103	101	666	38	628	-4
8	Provence-Alpes-Côte d'Azur	17%	108	101	665	28	636	4
9	Poitou-Charentes	16%	90	99	664	48	616	-17
10	Picardie	13%	101	114	657	-2	659	27
11	Basse-Normandie	15%	95	105	657	34	623	-9
12	Auvergne	17%	117	108	650	66	584	-48
13	Midi-Pyrénées	15%	100	101	644	23	622	-11
14	Nord-Pas-de-Calais	11%	98	119	643	0	643	10
15	Alsace	14%	104	105	637	-29	666	34
16	Centre	16%	96	101	634	25	609	-23
17	Franche-Comté	15%	98	106	633	9	624	-8
18	Bretagne	15%	106	111	629	44	585	-47
19	Haute-Normandie	14%	104	108	622	-2	624	-8
20	Rhône-Alpes	14%	97	98	598	-27	626	-7
21	Pays de la Loire	14%	94	97	591	-9	600	-32
22	Ile-de-France	12%	98	90	571	-92	663	31

* La moyenne de l'indicateur de consommation à l'hôpital en court séjour s'élève en France métropolitaine à 632 € par habitant. Lecture : l'indicateur de consommation hospitalière pour un assuré de Corse est de 729 €. Cette somme est supérieure de 97 € à la moyenne nationale. Les caractéristiques de la population de cette région expliquent 60 € d'écart à la moyenne tandis que 37 € restent inexpliqués (dans cette modélisation). La consommation standardisée par assuré de 669 € est égale à la consommation observée de 729 € moins 60 € d'écart expliqués par les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population.

Données : CNAMTS, SNIIRAM et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ : indicateurs de consommation de soins hospitaliers en court séjour tous régimes (cf. encadré 1), rapportés à la population INSEE. Année : 2007.

Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

Marc COLLET (DREES) et Claire de KERMADEC (INSEE)

En 2006, les titulaires d'officine bénéficient d'un revenu brut annuel de 132 000 euros en moyenne, avec des écarts de revenus allant de 121 000 euros dans les sociétés à 143 000 euros pour les titulaires d'une entreprise individuelle. Pour ces derniers, la dispersion des revenus est relativement forte. Les officines organisées en sociétés génèrent des revenus moindres pour les pharmaciens, mais présentent des conditions plus favorables en termes de temps de travail, d'organisation des astreintes et de sécurité de revenus (20 % perçus sous forme de salaire de gérance).

Entre 2001 et 2006, ce revenu brut moyen a baissé, en euros constants, de près de 0,6 % par an. Cette diminution résulte de l'accroissement des charges sociales et de la contraction des taux de marge commerciale. Elle concorde avec un léger fléchissement de la croissance de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 et, surtout, avec une nette baisse des prix.

Les revenus des titulaires d'officine varient fortement selon la région d'implantation : ils sont plus élevés dans le Nord de la France (sauf en Île-de-France) où la densité est plus faible. C'est également le cas dans les unités urbaines de taille restreinte (moins de 20 000 habitants).

La France est le pays européen où la dépense de médicaments par tête est la plus élevée : 500 euros par personne sur les 2 500 consacrés à la santé¹¹. Avec un taux de croissance annuelle moyen de 5,9 % depuis 1995, le poste « médicaments » progresse, à prix constants, plus fortement que les autres postes de la consommation de soins et de biens médicaux (Fénina *et al.*, 2008).

En 2006, le commerce de produits pharmaceutiques a généré un chiffre d'affaires en valeur de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises¹², réparti entre 22 561 officines¹³. D'après l'Enquête annuelle auprès des entreprises (EAE) de 2006, les ventes de médicaments représentent 94 % de ce chiffre d'affaires. Elles constituent donc le principal revenu des titulaires d'officine et le moteur de la croissance du secteur. La parapharmacie, assimilée aux produits d'hygiène et de beauté (2,6 %), les articles orthopédiques ou médicaux (1,3 %), les produits diététiques (1,2 %) et la fourniture de services (location de matériel médical, etc., 1 %) complètent le chiffre d'affaires du secteur.

Une activité dynamique, atténuée par la recherche de la maîtrise des dépenses de santé

En France, seules les officines (et les pharmacies des hôpitaux) sont autorisées à commercialiser les médicaments. Leur implantation géographique, réglementée par le Code de la santé publique, est limitée par des quotas (*encadré 1*). Les titulaires d'officine doivent nécessairement avoir un diplôme de docteur en pharmacie. Chaque diplômé ne peut exploiter qu'un seul établissement ; en revanche, plusieurs pharmaciens titulaires peuvent s'associer dans une même officine.

Le médicament se distingue des autres biens de consommation : généralement délivré sur prescription, il n'est pas choisi par le consommateur qui n'en supporte pas directement la dépense car la majeure partie est remboursée par les organismes d'assurance maladie. Les prix des médicaments remboursables sont fixés par l'autorité administrative et de nombreuses mesures visant à contenir les dépenses de santé ont pu influencer sur l'activité économique des officines (*encadré 2*).

¹¹ Source : Éco-Santé France, IRDES.

¹² Source : Comptes du commerce, INSEE.

¹³ Source : Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP).

Encadré 1

Un système d'implantation réglementé

En 1941, l'implantation des officines passe d'un système libre à un système planifié. Depuis 1999, aucune création d'officine ne peut être accordée dans les villes où la licence a déjà été délivrée à :

- une officine pour 3 000 habitants pour les villes de plus de 30 000 habitants ;
- une officine pour 2 500 habitants dans les villes de moins de 30 000 habitants (ou un ensemble de communes contiguës) ;
- une officine pour 3 500 habitants quelle que soit la taille des communes dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Guyane, qui ont un statut particulier.

Avant la loi de 1999, ces quotas étaient identiques, à l'exception des communes de moins de 5 000 habitants qui bénéficiaient d'un statut particulier : il était possible de délivrer une licence par tranche entière de 2 000 habitants recensés dans la commune (et non 2 500 comme actuellement). De plus, une création d'officine pouvait être accordée dans une commune dépourvue d'officine et ayant une population inférieure à 2 000 habitants. Il fallait alors démontrer que cette commune constituait pour la population des communes avoisinantes un centre d'approvisionnement. Enfin, toute création d'officine par dérogation – procédure autorisée jusqu'à peu dans le cas où un problème local de desserte était avancé pour justifier d'un dépassement de quota – est aujourd'hui interdite. Au contraire, la loi prévoit d'inciter aux regroupements ou aux transferts dans les zones les plus mal desservies ; cette réglementation n'a jusqu'à présent presque jamais été utilisée.

La loi impose également la présence d'un nombre minimum de pharmaciens adjoints (salariés) selon le chiffre d'affaires de l'officine, dans le but d'assurer une qualité optimale du service médical rendu : un pharmacien adjoint dès lors que le chiffre d'affaires global et hors taxe est compris entre 900 000 et 1 800 000 euros et un pharmacien supplémentaire par tranche de 900 000 euros supplémentaires ; depuis 2006, les tranches sont passées à 1,1 million d'euros.

Entre 2000 et 2006, le chiffre d'affaires en valeur des officines s'est accru de 5,8 % par an, tandis que l'indice des prix de l'ensemble des produits vendus a subi une baisse de l'ordre de 1,5 % par an¹⁴. Cette hausse est attribuable pour partie au développement des médicaments génériques et aux politiques conventionnelles. Il en résulte que le chiffre d'affaires en volume (c'est-à-dire à prix constants) des officines a augmenté de 7,4 % par an au cours de la période. Cette forte progression résulte du dynamisme de la consommation de médicaments et de l'évolution de la structure des ventes (au profit de spécialités plus récentes et donc plus onéreuses). Elle doit cependant être relativisée par les autres agrégats comptables. En effet, le taux de marge commerciale des pharmacies a diminué de deux points depuis 2000 (27,4 % en 2006). Plus encore, avec le creusement des écarts d'évolution entre les charges d'exploitation et les marges commerciales, l'excédent brut d'exploitation a connu une baisse de 1 % par an en 2005 et 2006, après une période continue de croissance annuelle de près de 5 %¹⁵.

Une densité d'officines élevée et un fort développement des sociétés

La France dispose d'un réseau particulièrement dense avec une officine pour 2 650 habitants. Elle se situe dans les premiers rangs européens, avec la Grèce, la Belgique et l'Espagne. En 2005, l'Europe des 25 affichent une densité d'une officine pour 5 000 habitants (cas du Royaume-Uni), avec des variations selon les pays : une pour 4 000 habitants en Allemagne à une pour 10 000 aux Pays-Bas et dans les pays nordiques (European Commission, 2008).

Entre 1990 et 2006, le nombre de pharmaciens (tous secteurs confondus) a augmenté de 35 %, soit 1,5 % par an en moyenne, ce qui marque un ralentissement par rapport à la forte croissance enregistrée dans les années 1970 et 1980 (Collet, 2005). Les trois quarts des pharmaciens exercent en officine. Cette proportion est restée relativement stable au cours des deux dernières décennies, mais la quasi-impossibilité réglementaire d'ouvrir de nouveaux établissements a bouleversé la physionomie des postes occupés dans la profession : depuis 1990, le nombre de titulaires a peu évolué (+10 %, soit 28 000 en 2006), tandis que le nombre de pharmaciens adjoints (salariés) augmentait de 50 % (25 000 en 2006)¹⁶. Une part importante des jeunes pharmaciens d'officine demeurent salariés. D'autres, à défaut de pouvoir s'installer seuls, cherchent à s'associer aux titulaires déjà en place. Ceci explique la transformation juridique des officines : si les entreprises individuelles restent majoritaires (55 % des officines), leur nombre a diminué de 25 % depuis 1990 au profit des sociétés dont le nombre a été multiplié par 2,5. Jusqu'en 2000, cette expansion concernait principalement des sociétés en nom collectif (SNC) ; la part des sociétés d'exercice libéral (SEL) est ensuite passée de 2 % de l'ensemble des officines en 2001 à 12,5 % fin 2006. Le nombre moyen de titulaires par officine a ainsi augmenté de 4,3 % en cinq ans (de 1,22 en 2001 à 1,27 en 2006).

¹⁴ Cette diminution résulte de deux effets contradictoires : une baisse de l'indice des prix des médicaments remboursables de 10 % entre 2000 et 2006 et une augmentation de l'indice des prix des médicaments non remboursables de plus de 20 % sur la même période.

¹⁵ Voir l'étude spécifique consacrée à l'activité des officines entre 2001 et 2006 : Collet M., de Kermadec C., à paraître, « L'activité des pharmacies entre 2001 et 2006 », *Insee Première*, INSEE.

¹⁶ 50 000 préparateurs en pharmacie et 50 000 employés ou ouvriers secondent les pharmaciens dans la préparation et la délivrance des médicaments, soit au total 160 000 personnes travaillant dans les officines.

Encadré 2**Les mesures destinées à réguler les dépenses de pharmacie**

Le marché pharmaceutique de ville est scindé en deux secteurs distincts en termes de régulation : le secteur du médicament remboursable et celui du non remboursable. Après l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS) évalue l'apport thérapeutique des nouveaux produits et formule un avis sur le taux de remboursement approprié (0 %, 35 %, 65 % ou 100 %).

- **Fixation des prix des médicaments et marges perçues par les officines**

Depuis 1986, les prix des médicaments non remboursables comme les marges commerciales afférentes des pharmaciens sont entièrement libres. En revanche, les prix des médicaments remboursables sont régulés dans le cadre de conventions entre l'État et les laboratoires pharmaceutiques. La marge des pharmaciens sur les produits remboursables, auparavant fixe et proportionnelle (53,2 % en 1983 puis 48,5 % en 1988), est régulée depuis 1990 selon le système de la marge dégressive lissée (MDL) : plus le prix du produit est élevé, plus le taux de marge est faible. Ce système a été mis en place afin de limiter les dépenses de santé en incitant à prescrire les médicaments les plus efficaces au regard de leur coût. De l'application de six taux de marge entre 1990 et 1999, la loi a évolué à deux puis à trois taux en 2004. Actuellement, la rémunération du pharmacien est composée d'un forfait par boîte de 0,53 euro et d'une marge obtenue par l'application de trois taux : entre 0 et 22,90 euros en prix fabricant hors taxe¹⁷ (PFHT) la marge est de 26,1 %, de 22,91 euros à 150 euros de 10 % et au-delà de 6 %. Si le taux de marge moyen diminue à mesure que le prix du médicament augmente, la marge en valeur continue naturellement à croître. Ainsi, pour un médicament dont le PFHT vaut 40 euros, le pharmacien touchera une marge de : $0,53 + 22,90 \times 26,1\% + (40 - 22,90) \times 10\% + 0 \times 8\% = 8,21$ euros. Les taux applicables depuis 1999 sont plus avantageux que ceux initialement fixés en 1990, dès lors que le prix du médicament excède 7 euros¹⁸.

Tableau - Évolution des taux de marge applicables aux médicaments remboursables

Marge proportionnelle	Marge dégressive lissée Arrêté du 02/01/90		Arrêté du 21/05/97 (retiré le 27/06/97)		Arrêté du 28/04/99 (application le 01/09/99)		Arrêté du 12/02/2004	
Arrêté du 04/02/83 53,17% du PFHT* ou 32,44% du PPHT**	0 à 5F PFHT	90%	0 à 10F	66,05%	Forfait 3,50F + marge		Forfait 0,53€ + marge	
	5 à 10F	56%	10 à 200F	26,42%	0 à 150F	26,1%	0 à 22,90€	26,1%
	10 à 17F	38%	> 200F	5,28%	> 150F	10%	22,90 à 150€	10%
Arrêté du 12/11/88 48,46% du PFHT ou 30,44% du PPHT	17 à 30F	26%					> 150€	6%
	30 à 70F	12,50%						
	> 70F	10%						

* PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe

** PPHT : Prix Producteur Hors Taxe

Les médicaments génériques admis au remboursement (si leur PFHT est au moins inférieur de 40 % à celui du princeps ; 50 % depuis 2006) font exception à cette règle puisque leur marge est alignée sur celle du princeps (le médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public). La délivrance d'un générique ou d'un princeps apporte donc, en valeur absolue, la même marge au pharmacien. Mais au-delà, la diffusion de très fortes « marges arrières » par les fabricants des génériques a largement contribué à leur développement. Depuis 2006, les marges arrières ont été plafonnées avant d'être supprimées en 2008.

Parallèlement, en 2003, des prix de référence ont été introduits dans les classes thérapeutiques où les génériques sont peu présents : les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Ce dispositif consistant à rembourser le princeps sur la base du prix des génériques est devenu un instrument de régulation des prix : 70 % des princeps soumis au TFR ont aligné leur prix sur ceux des génériques afin de tenter de conserver une certaine part de marché. Enfin, un décret de 2004 a induit un passage progressif en ville de médicaments auparavant disponibles uniquement à l'hôpital (anticancéreux, EPO, etc.).

- **Autres mesures de régulation ayant un impact sur l'activité des officines**

Les politiques des deux dernières décennies se sont inscrites dans la continuité des mesures prises dans les années 1980, axées principalement sur le contrôle des prix, le niveau de remboursement et des restrictions sur la liste des médicaments remboursables (plans Bianco en 1991, Guigou en 2001, Mattéi en 2003, Bertrand en 2006). Plus récemment, la régulation s'est mise en place du côté de l'offre par le biais d'accords cadre entre l'État et les laboratoires pharmaceutiques ou encore de conventions entre l'assurance maladie, les médecins et les pharmaciens. Ils ont porté sur des objectifs d'évolution du marché, d'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuse (recommandations de la HAS, plan Médicament en 2004, etc.) et des règles de régulation financière.

Le revenu brut moyen d'un titulaire d'officine : 132 000 euros par an en 2006

Au-delà des résultats économiques des officines, le revenu individuel des titulaires peut être estimé à partir des bénéfices dégagés par l'exploitation (le profit brut courant avant impôt ou PBCAI). Ces bénéfices correspondent aux résultats directs de l'exploitation. Il faut ensuite y ajouter les salaires que s'attribuent les exploitants pour rémunérer la fonction de gérance¹⁹, ainsi que leurs cotisations sociales personnelles, tant obligatoires que facultatives (*encadré 3*). Néanmoins, les dividendes que se versent les titulaires en qualité de gérants majoritaires, et qui concernent majoritairement les SEL (85 % sont soumises à l'impôt sur les sociétés), sont compris dans les frais mobiliers et ne peuvent

¹⁷ Le PFHT correspond au prix de vente de l'industrie pharmaceutique aux grossistes répartiteurs ou aux officines dans le cas de la vente directe.

¹⁸ Pour des simulations quant aux marges perçues par l'officine selon le PFHT et la réglementation en vigueur, voir Cour des Comptes, 2008, p. 122.

¹⁹ Lorsque l'entreprise est soumise à l'impôt sur les sociétés, le gérant peut se verser un salaire de gérance. L'avantage est d'assurer le droit à une couverture sociale, à la retraite, et aussi de déduire fiscalement les rémunérations correspondantes des résultats de l'activité. En contrepartie, le dirigeant est soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP).

être isolés dans le système d'information statistique actuel. Cela rend impossible toute estimation du revenu des titulaires d'officine constituée en SEL, ceux-ci ayant tendance à s'accorder de moindres salaires de gérance et des dividendes plus importants afin de limiter les prélèvements sociaux (Fouquet, 2008). C'est pourquoi ces titulaires ne sont pas pris en compte dans les analyses qui suivent, bien que leur représentation soit passée de 2,5 % des titulaires en 2001 à près de 15 % en 2006. Pour autant, les résultats présentés retracent la réalité économique de la majeure partie des exploitants au cours de la période étudiée²⁰.

En 2006, le revenu annuel brut d'un titulaire d'officine (hors SEL) s'élève en moyenne à 132 000 euros. Il est constitué à 73 % de bénéfices, à 11 % de salaire de gérance et à 16 % de cotisations sociales personnelles. Le revenu net moyen s'élève à 111 000 euros par titulaire en 2006. Faute de pouvoir distinguer les cotisations sociales obligatoires des cotisations facultatives, cette estimation est minorée (*encadré 3*). Il apparaît plus élevé que celui que retirent en moyenne les médecins (et les autres professionnels de santé) de leur activité libérale, bien que les différences en termes de sources et de méthodes rendent délicates les comparaisons détaillées avec ces derniers (*encadré 4*).

Ces résultats recouvrent toutefois de fortes disparités : 400 officines, soit 1,8 % des établissements, apparaissent dans une situation financière déficitaire en 2006 (contre 1 % en 2001). Plus généralement, les revenus des titulaires exerçant dans les entreprises individuelles (EI) et unipersonnelles à responsabilité limitée (EURL)²¹ sont assez dispersés. Ainsi, 25 % de ces titulaires ont gagné moins de 85 000 euros en 2006 (et 10 % moins de 50 000 euros), alors qu'une proportion équivalente a perçu des gains supérieurs à 195 000 euros (et 10 % plus de 270 000 euros) ; soit une dispersion proche de celle observée pour les médecins libéraux.

Encadré 3

Méthodologie

• Sources et champ

Les informations comptables sur les officines proviennent des comptes des secteurs des « commerces de produits pharmaceutiques » (code NAF rév. 1 : 523A).

Le calcul du revenu individuel des titulaires d'officines est déterminé à partir du système unifié de statistiques d'entreprises (SUSE). Ce fichier résulte de l'exploitation des déclarations fiscales des entreprises et des enquêtes annuelles d'entreprises (EAE). Le champ d'étude a été restreint aux officines ayant déclaré une activité pleine sur chacune des années considérées entre 2001 et 2006 (n'ayant pas été créées ou n'ayant pas cessé leur activité au cours de l'année).

L'analyse de la situation démographique des officines et des pharmaciens est réalisée à partir des données du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. En revanche, le répertoire ADELI, dont le constat chiffré est très proche, a été privilégié pour déterminer le nombre moyen de titulaires car il permet de détailler finement leur répartition selon le type de structure et l'implantation des officines.

• Méthode d'estimation des revenus individuels bruts des titulaires d'officines

Le profit brut courant avant impôt (PBCAI) correspond aux bénéfices dégagés par l'exploitation. On obtient une estimation proche du revenu brut de l'ensemble des exploitants en y incluant les salaires de gérance que les titulaires se sont accordés au cours de l'exercice ainsi que leurs cotisations sociales personnelles. En revanche, les dividendes que se versent les titulaires, en qualité de gérants majoritaires, sont compris dans les frais mobiliers et ne peuvent être isolés dans le système statistique actuel. Ceci rend impossible l'estimation des revenus des titulaires d'officine constituée en SEL.

Les déclarations fiscales sont relatives à l'officine. Le revenu brut individuel est donc estimé en rapportant le PBCAI au nombre moyen de titulaires observé (*via* le répertoire ADELI) selon la catégorie juridique de l'officine et l'échelon géographique analysé (national, régional, etc.). Lorsqu'il y a plusieurs titulaires, nous supposons une répartition uniforme des revenus. Cela ne correspond pas nécessairement à la réalité mais n'a pas d'incidence sur le niveau des revenus individuels moyens.

Le choix d'analyser plus spécifiquement les revenus bruts est lié à la nature des charges sociales patronales : si une part importante est constituée de versements obligatoires (régime par répartition), la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) permet aux titulaires d'opter, en sus, pour un régime complémentaire par capitalisation (cotisations volontaires plafonnées à 8 800 euros par an en 2001 et 10 800 euros en 2007). À défaut de pouvoir identifier le montant des cotisations facultatives de l'exploitant, seul un minorant du revenu net individuel moyen peut être estimé.

²⁰ Qui plus est, on observe que les titulaires des 450 SEL imposées sur le revenu (pour lesquels aucun dividende ne peut être versé) perçoivent une rémunération moyenne équivalente à celle des autres titulaires d'officine.

²¹ Il n'est, en effet, possible d'analyser la dispersion que pour les revenus de ces titulaires car le bénéfice brut dégagé par l'officine se confond alors avec le revenu du titulaire (nombre moyen d'exploitants par officine extrêmement voisin de 1).

Des revenus plus élevés pour les pharmaciens exerçant en entreprises individuelles

Le revenu brut moyen des pharmaciens titulaires varie fortement selon le type de structure (*tableau 1*). Il atteint 143 000 euros pour les titulaires qui exercent dans les 12 400 entreprises individuelles, 136 000 euros pour ceux qui relèvent des 2 000 EURL, contre 121 000 euros pour les exploitants des 5 500 autres sociétés (hors SEL), soit un écart de près de 20 %. Deux effets inverses expliquent cet écart de revenu : si l'activité des officines organisées en sociétés (estimée par le chiffre d'affaires hors taxe moyen) est 1,4 fois plus importante que celle des entreprises individuelles, les bénéfices d'exploitation sont partagés (une société comprend en moyenne 1,6 titulaire). En faisant abstraction du cas des SEL pour lesquelles on ne dispose pas de données complètes, le développement des officines en sociétés ne semble pas avoir été motivé par des perspectives de gains individuels plus importants. Outre la quasi-impossibilité de créer une nouvelle officine, trois hypothèses peuvent être avancées. L'exercice en commun va dans le sens d'un meilleur confort de vie grâce au partage des tâches et du temps de présence. L'exploitation en société présente en outre des avantages fiscaux et financiers : les bénéfices sont partagés et l'endettement initial également - le prix de cession moyen d'une officine est de 1 million d'euros en 2006. Enfin, en s'associant avec un collaborateur, les titulaires proches de la retraite peuvent espérer faciliter la revente de leurs parts dans l'entreprise.

Tableau 1 - Le revenu annuel brut d'un titulaire d'officine selon la catégorie juridique

Catégorie Juridique (CJ)	Nombre officines	CA HT moyen (en milliers d'euros)	Profit brut moyen avant impôt par officine (en milliers d'euros)* (a)	Nombre moyen de titulaires par officine (b)	Revenu moyen brut par titulaire (en milliers d'euros)* c = a / b
Entreprises Individuelles	12384	1232	144	1,01	143
Sociétés	9627	1698	183	1,58	116
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	2072	1448	137	1,01	136
<i>Société d'Exercice Libéral**</i>	2060	1841	127	1,48	86
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	5495	1738	222	1,83	121
Toutes CJ confondues	22011	1436	161	1,27	127
Toutes CJ confondues HORS SEL	19951	1394	165	1,25	132

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2006.

Note : Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 0 ou 2 chiffres après la virgule.

* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.

** On rappelle qu'il s'agit là d'une estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

Les titulaires des SEL imposés sur le revenu perçoivent en moyenne 132 000 euros par an.

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

Parallèlement, la structure même du revenu avant impôt des exploitants diffère (*tableau 2*). Les salaires de gérance représentent 21 % du revenu individuel des pharmaciens organisés en société (26 % pour les EURL) contre moins de 1 % pour les titulaires d'entreprises individuelles. Au contraire, la part prise par les cotisations sociales personnelles s'avère plus élevée pour ces derniers (20 % de leur revenu brut avant impôt contre 16 % pour les titulaires des entreprises unipersonnelles et 12 % pour les autres sociétés).

Tableau 2 - Décomposition du revenu annuel brut des titulaires d'officine selon la catégorie juridique

Catégorie Juridique	Nombre officines	Part officines ayant opté pour l'impôt sur les sociétés**	Nombre moyen de titulaires par officine	En milliers d'euros			
				Revenu moyen brut par titulaire (a)	dont Cotisations sociales personnelles moyennes par titulaire (b)	dont Salaires de gérance moyens par titulaire	Revenu moyen net estimé par titulaire c = a-b
Entreprises Individuelles	12384	0,0%	1,01	143	28	1	115
Sociétés	9627	30,7%	1,58	116	14	25	102
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	2072	29,5%	1,01	136	22	35	114
<i>Société d'Exercice Libéral*</i>	2060	85,0%	1,48	86	10	8	76
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	5495	10,8%	1,83	121	14	27	107
Toutes CJ confondues	22011	13,4%	1,27	127	21	14	106
Toutes CJ confondues HORS SEL	19951	6,1%	1,25	132	21	14	111

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète en 2006.

* Estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

** Les exploitants des sociétés peuvent choisir entre impôt sur les sociétés et impôt sur le revenu des personnes physiques.

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

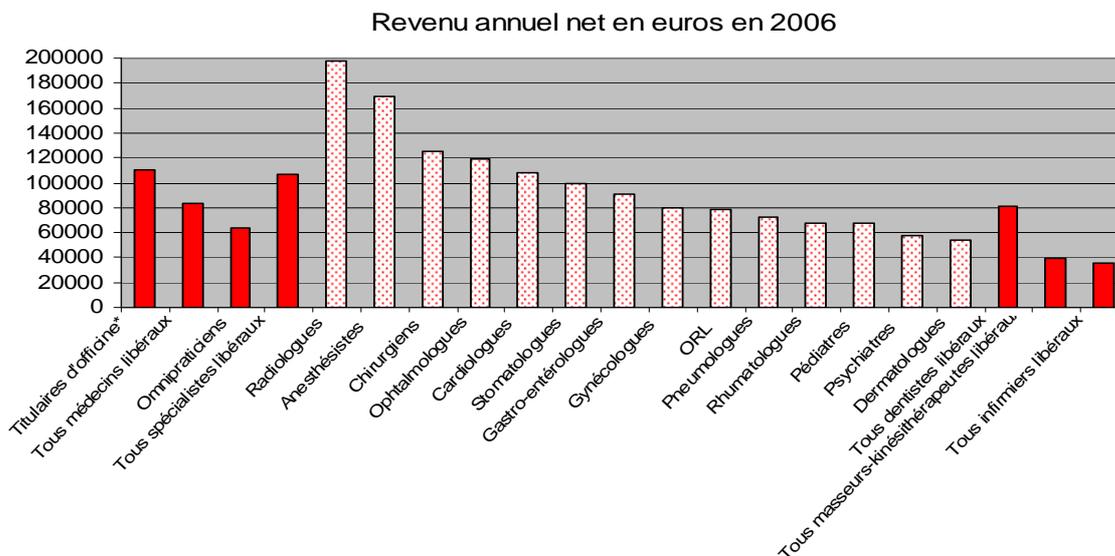
Encadré 4

Peut-on comparer les revenus des titulaires d'officine et des médecins libéraux ?

La comparaison des revenus nets des titulaires d'officine à ceux des médecins libéraux se heurte à des difficultés méthodologiques qui invitent à considérer les résultats avec prudence. Tout d'abord, les sources fiscales utilisées pour les estimations ne sont pas les mêmes (combinaison des Bénéfices Non Commerciaux et du Système national inter-régimes pour les médecins, Bénéfices Industriels et Commerciaux pour les officines). Si les champs d'analyse demeurent très proches, la comparaison ne porte ici que sur les seuls revenus issus de l'activité libérale. Or, à l'instar des titulaires d'officine, certains médecins libéraux ont un complément de revenu d'une activité salariée (20 % des généralistes et 40 % des spécialistes). Néanmoins, les salaires perçus représentaient à peine 10 % des revenus d'activité libérale des médecins libéraux (5 % pour les omnipraticiens et 15 % pour les spécialistes) [IGAS, 2009]. Enfin, il n'est pas possible de prendre en compte l'endettement initial nécessaire au démarrage de l'activité libérale (en moyenne 1 million d'euros pour une officine²²). Cette limite apparente doit être relativisée car les revenus sont « nets des intérêts ». De plus, si cet investissement joue sur le niveau de vie du titulaire, il récupèrera une partie, l'intégralité voire davantage que la somme initialement investie lorsqu'il cèdera à son tour son officine (ou ses parts).

En 2006, le revenu net moyen annuel d'un titulaire d'officine est estimé à 111 000 euros, soit 33 % de plus que le revenu moyen provenant de l'activité libérale de l'ensemble des médecins (83 000 euros) [Fréchou *et al.*, 2009]. Plus précisément, il apparaît 1,7 fois plus important que le revenu libéral moyen des omnipraticiens (64 000 euros). L'écart n'est que de 4 % par rapport à celui des spécialistes (106 000 euros) mais varie fortement selon les spécialités : l'activité libérale des titulaires d'officine apparaît largement moins lucrative que celle des radiologues ou des anesthésistes et, dans une moindre mesure, que celle des chirurgiens et des ophtalmologues. Néanmoins, avec un revenu moyen analogue à celui des cardiologues et des stomatologues, ils se placent dans les premiers rangs avec un revenu supérieur de 20 000 à 50 000 euros aux autres spécialistes.

Graphique - Revenu moyen net d'un titulaire d'officine par rapport à celui provenant de l'activité libérale d'autres professionnels de santé (en 2006 et en euros)



Revenus moyens nets de charges professionnelles en 2006 sur ensemble des professionnels déclarant au moins 1 euro d'honoraire.

* Revenu moyen net de charges professionnelles (avant impôt sur le revenu) provenant de l'activité libérale en 2006 sur le champ des Actifs à Part Entière.

Sources : SUSE 2006 (DGI / INSEE) ; fichiers SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI / INSEE).

²² Enquête réalisée sur la moitié des cessions de fonds d'officine et de parts des sociétés au cours de l'année (INTERFIMO, 2008). Les prix de cession enregistrent depuis le début des années 2000 une hausse régulière qui peut être mise en relation, d'une part, avec une meilleure profitabilité des officines et, d'autre part, avec le phénomène de dépassement des quotas et conséquemment de saturation de la demande par rapport à l'offre.

Une diminution annuelle moyenne de 0,6 % du revenu réel des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

Les revenus individuels bruts des titulaires d'officine (hors SEL) ont augmenté de 6,8 % en euros courants²³ entre 2001 et 2006, soit une évolution annuelle moyenne de +1,3 % (tableau 3). Cette évolution est contrastée selon la catégorie juridique des officines puisque les titulaires des EURL ont vu leur revenu brut baisser de 0,3 % en moyenne par an au cours de la période alors que ce revenu enregistrait une croissance annuelle de 2,4 % dans les autres sociétés et de 1,6 % au sein des entreprises individuelles.

En termes réels, c'est-à-dire une fois corrigé de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, le revenu brut des titulaires d'officine enregistre en réalité une baisse de 2,8 % au cours de la période 2001-2006, soit environ 0,6 % par an en moyenne. Seul le pouvoir d'achat des exploitants des « autres sociétés » a augmenté au cours de cette période (+2,4 %) ; celui des entrepreneurs individuels s'est orienté légèrement à la baisse (-1,6 %) et, dans les EURL, il a chuté de 10 %. Cette évolution intègre la majeure partie des titulaires, mais elle exclut les exploitants organisés en SEL du fait de leur mode de rémunération spécifique (encadré 3). Si cette restriction du champ d'analyse est susceptible de faire varier un peu cette tendance, la part des titulaires en SEL s'accroît au maximum de 3 points par an, au cours de la période 2001-2006.

Tableau 3 - Évolution des revenus bruts moyens des titulaires d'officine entre 2001 et 2006

Catégorie Juridique (CJ)	Revenus bruts* (en milliers d'euros et en euros courants)		Taux de croissance (en %)			
	2001	2006	Entre 2001 et 2006		Annuel moyen	
			En euros courants	En euros constants	En euros courants	En euros constants
Entreprises Individuelles	132,3	143,0	8,1%	-1,6%	1,6%	-0,3%
Sociétés	111,9	116,0	3,7%		0,7%	
<i>Entreprise Unipersonnelle</i>	138,1	135,9	-1,6%	-10,5%	-0,3%	-2,2%
<i>Société d'Exercice Libéral**</i>	96,5	85,8	-11,0%	-19,1%	-2,3%	-4,1%
<i>Autres sociétés (SNC, SARL, SA...)</i>	107,5	121,0	12,6%	2,4%	2,4%	0,5%
Toutes CJ confondues	121,5	126,5	4,1%	-5,3%	0,8%	-1,1%
Toutes CJ confondues HORS SEL	123,8	132,3	6,8%	-2,8%	1,3%	-0,6%

Champ : Officines ayant déclaré une activité complète sur l'année considérée

Note : Les chiffres présentés ici sont des résultats arrondis à 1 chiffre après la virgule.

* Intégrant les rémunérations que l'exploitant s'octroie ainsi que ses cotisations personnelles.

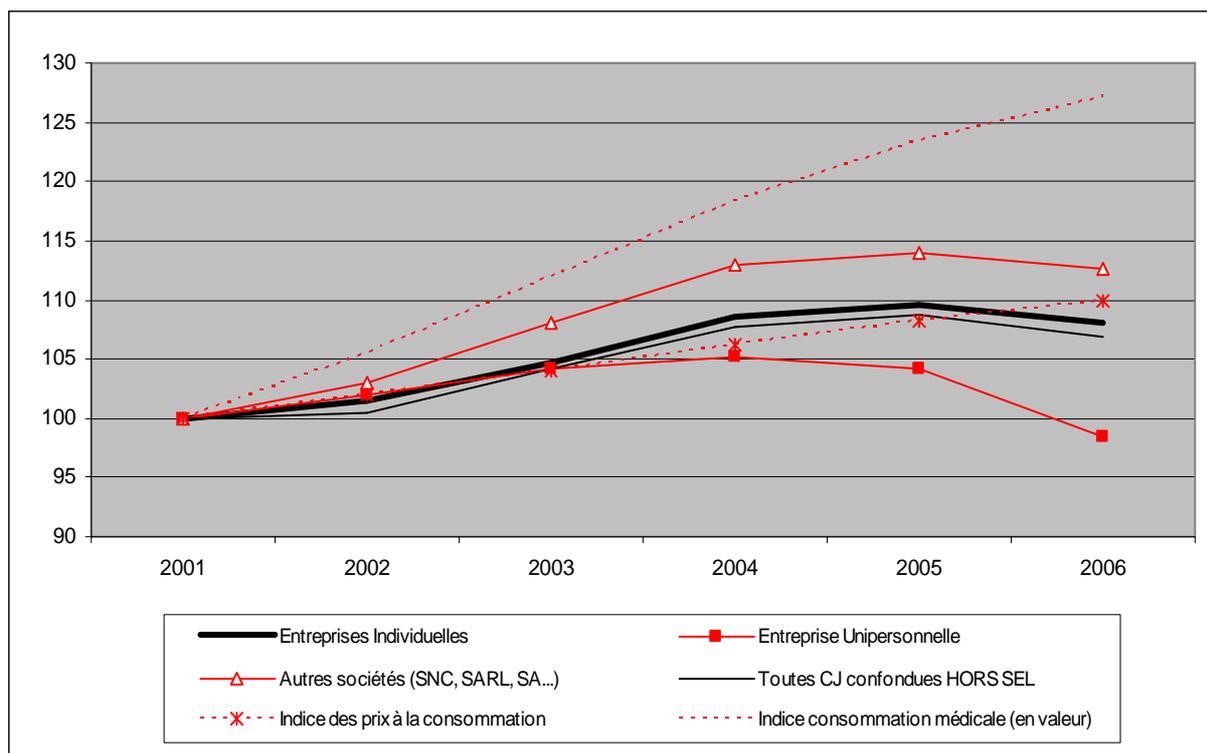
** Estimation fortement minorée car n'intégrant pas les dividendes.

Sources : SUSE, ADELI.

Une étude plus fine des fluctuations annuelles permet d'observer des évolutions contrastées : une stagnation du niveau des revenus bruts des titulaires d'officine en euros courants (hors SEL) entre 2001 et 2002, à laquelle succèdent deux années de forte augmentation (+4 points annuellement), puis un ralentissement de cette croissance en 2005 qui s'achève par une baisse sensible au cours de l'année 2006 (graphique 1). Comme on l'a vu, cette forte diminution est à mettre en lien avec la contraction des marges commerciales et la hausse des charges d'exploitation. Cette situation concorde également avec une moindre croissance de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 par rapport au début des années 2000 et, surtout, la substitution et la baisse des prix des médicaments originaux brevetés ou princeps (Grandfils, 2007).

²³ Les revenus sont dits en euros courants lorsqu'ils sont exprimés dans la monnaie de l'année.

Graphique 1 - Évolution des revenus bruts moyens des titulaires d'officine entre 2001 et 2006



Champ : Officines ayant déclaré une activité complète sur l'année.
Sources : SUSE, ADELI, Insee, Comptes de la santé.

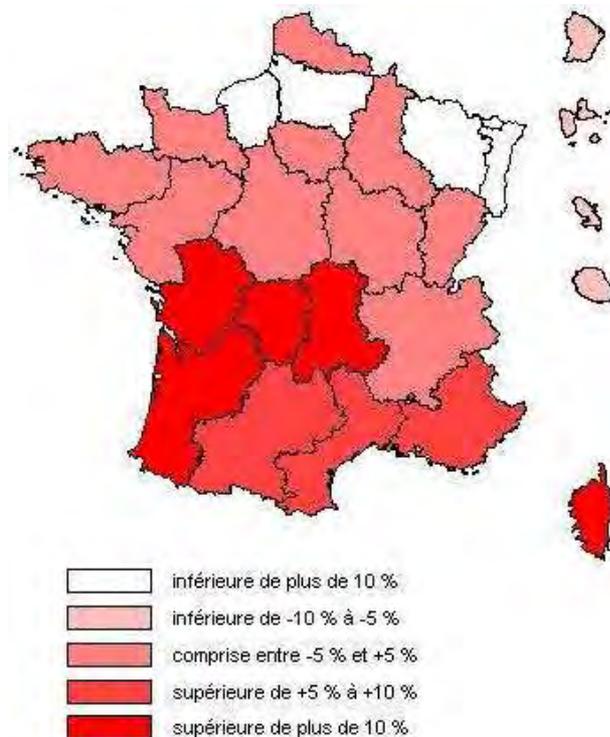
Des disparités régionales de revenus surtout liées à la densité d'officines

En dépit de la réglementation relative aux implantations, les disparités régionales de densité des officines restent marquées en 2006. En dehors des régions à statut particulier, les densités d'officines s'échelonnent de une pour plus de 3 000 habitants en Picardie et en Haute-Normandie à une pour 2 000 habitants dans le Limousin et en Corse. La densité est sensiblement plus faible dans les régions septentrionales (*carte 1*), avec un gradient nord-sud marqué. Certains départements ont des statuts particuliers (*encadré 1*), ce qui induit de faibles densités : en Alsace, Lorraine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

Ces inégalités dans la répartition géographique de l'offre pharmaceutique semblent liées à celles qui existent en termes de demande, les dépenses individuelles de produits pharmaceutiques étant estimées par le chiffre d'affaires moyen par habitant des officines (440 euros par habitant en moyenne en 2001) (*carte 2*). Les écarts de dépenses par habitant entre les régions sont, en effet, importants et suivent globalement les différences de densité observées. Ce sont généralement dans les régions les mieux équipées en officines que les dépenses par habitant sont les plus élevées (Limousin, Corse, région PACA, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, etc.). Au contraire, les régions à densité réduite enregistrent des chiffres d'affaires par habitant souvent inférieurs à la moyenne (Alsace, Lorraine, Haute-Normandie, etc.).

Carte 1 - Densité régionale d'officines en 2006

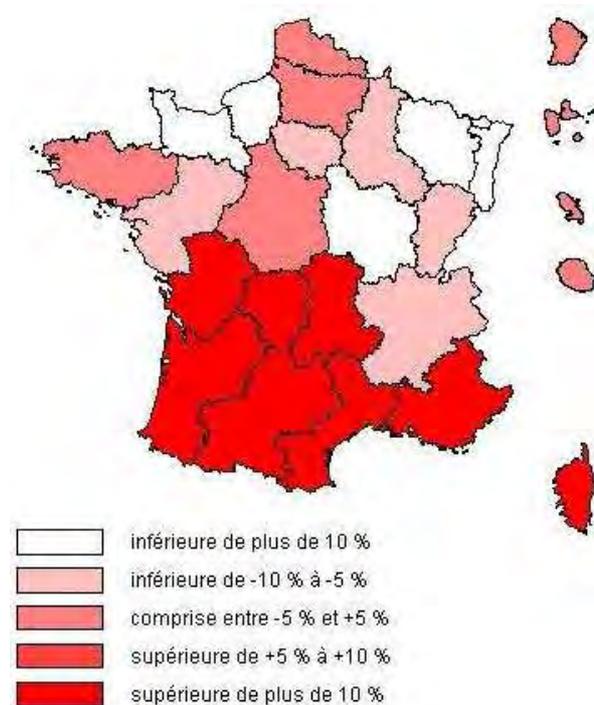
Densité d'officines en 2006 (pour 100 000 habitants) par rapport à la moyenne France entière



Sources : Adeli 2006.

Carte 2 - Disparités régionales du chiffre d'affaires des officines par habitant en 2006

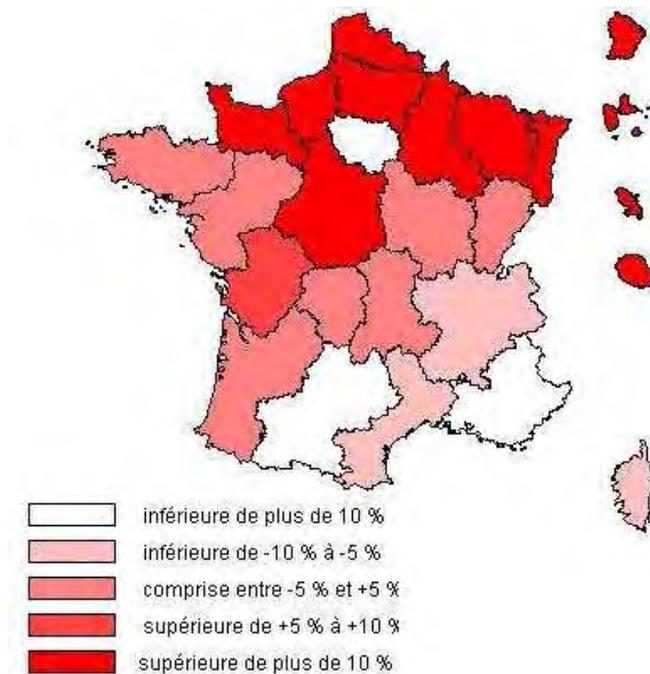
Chiffre d'affaires des officines par habitant en 2006 par rapport à la moyenne France entière



Sources : SUSE 2006.

Carte 3 - Disparités régionales des revenus moyens bruts des titulaires (hors SEL) en 2006

Revenu brut moyen par titulaire d'officine (hors SEL) en 2006 par rapport à la moyenne France entière



Sources : SUSE 2006.

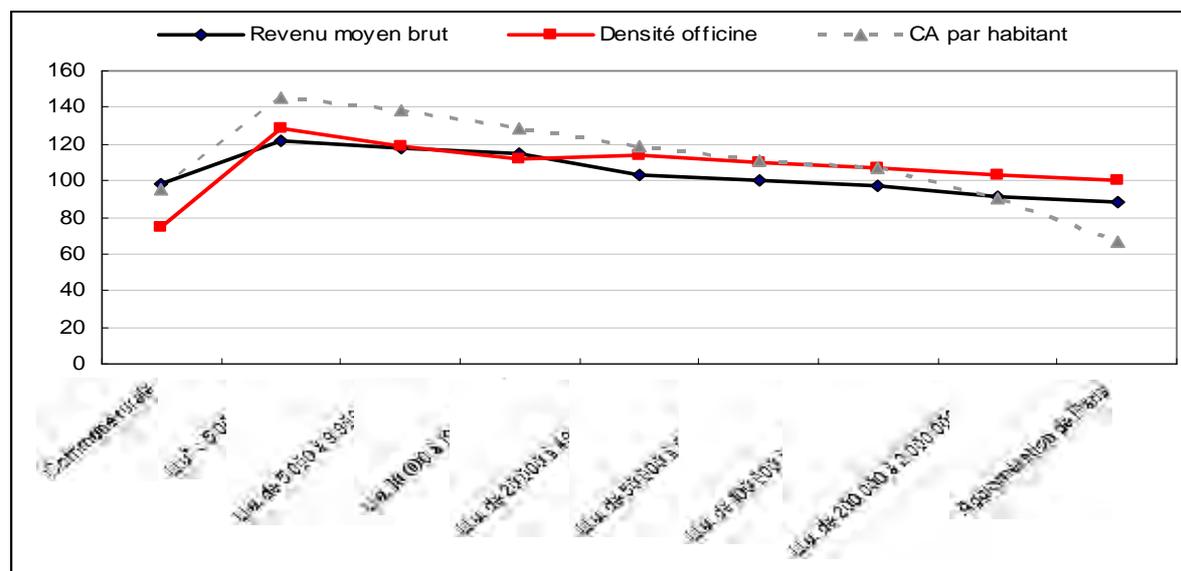
D'importantes disparités régionales concernent les revenus bruts moyens des pharmaciens titulaires d'officines (*carte 3*)²⁴. Ils s'échelonnent de 115 000 euros en Île-de-France, en Midi-Pyrénées et en région PACA à près de 170 000 euros dans les DOM et en Picardie. La tendance constatée va dans le sens d'une nette gradation du niveau de revenu des régions du sud vers les régions du nord. Les pharmaciens titulaires bénéficiant des revenus bruts les plus élevés (Nord, Nord-Est et DOM) exercent dans des régions où la dépense pharmaceutique par habitant est proche de la moyenne nationale (et même, souvent plus faible), mais avec une densité d'officines inférieure (concurrence moindre). Au contraire, les revenus des pharmaciens sont plus faibles dans des régions où le fort niveau de dépenses pharmaceutiques individuelles ne compense pas l'effet de la concurrence induit par une densité d'officines élevée. L'Île-de-France occupe une place particulière puisqu'avec une densité proche de la moyenne nationale et un chiffre d'affaires par habitant inférieur de 8 %, les titulaires perçoivent des revenus moyens plus faibles de 13 % (115 000 euros). Cette situation s'explique pour partie par des charges d'exploitation et des frais de personnel plus importants.

Les revenus des pharmaciens sont plus élevés dans les unités urbaines faiblement peuplées

Le type de zone dans laquelle sont installés les pharmaciens influe fortement sur les revenus des titulaires (*graphique 2*). C'est dans les unités urbaines²⁵ faiblement peuplées que leurs revenus sont les plus élevés : ils s'élèvent à 155 000 euros dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants et 150 000 pour les unités urbaines de 10 000 à 19 999 habitants. À l'inverse, leurs revenus diminuent plus la taille de l'unité urbaine augmente. En effet, les pharmaciens exerçant dans des communes de petite taille bénéficient davantage du niveau élevé des dépenses par habitant (+40 % par rapport à la moyenne nationale) qu'ils ne souffrent de la concurrence. Dans les agglomérations les plus peuplées, un niveau de dépense par habitant nettement plus faible aboutit à des revenus moyens par titulaire très inférieurs à la moyenne (-10 % pour les grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants).

Les communes rurales se distinguent par un faible niveau de dépenses pharmaceutiques par habitant et une densité d'officines plus faible que la moyenne nationale (une officine pour 3 500 habitants, soit 25 % de moins). De ce fait, bien que soumis à une moindre concurrence, les pharmaciens titulaires exerçant dans les communes rurales obtiennent un revenu moyen proche de la moyenne nationale.

Graphique 2 - Dispersion des revenus des titulaires suivant la taille d'unité urbaine en 2006
(indice de moyenne 100 = France métropolitaine)



Champ : Officines hors SEL ayant déclaré une activité complète en 2006 en France métropolitaine.

* U .u. : Unités urbaines.

Sources : SUSE 2006, ADELI 2006.

²⁴ Les revenus moyens des titulaires selon leur région d'exercice se déduisent des bénéfices bruts des officines et du nombre moyen de titulaires par région qui dépend notamment de la part occupée par les sociétés.

²⁵ Appréhendées selon la typologie de l'Insee qui se réfère à la continuité du bâti.

Pour en savoir plus

Bernadet S., Collet M., 2004, « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires », *Études et Résultats*, DREES, n° 303, avril.

Collet M., de Kermadec C., à paraître, « L'activité des pharmacies entre 2001 et 2006 », *INSEE Première*, INSEE.

Collet M., De Kermadec C., 2009, « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001 », DREES, *Document de travail*, série Études, n°92, juillet 2009.

Collet M., 2005, « Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 437, octobre.

Cour des Comptes, 2008, *Les comptes de la Sécurité sociale*, septembre.

European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth, 2008, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report*, juin.

Fenina A., Geffroy Y., Duée M., 2008, « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n°655, septembre.

Fouquet O., 2008, *Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche*, rapport au ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, juin.

Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F., 2009, « Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n°686, avril.

Grandfils N., 2007, « Fixation et régulation des prix », *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation française, n°3-4, juin-décembre.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2008, *Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, juillet.

Inspection générale des affaires sociales, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport RM2008-147P, La Documentation française, janvier.

INTERFIMO, 2008, *Le prix des pharmacies*, mars.

Lancry P-J., 2007, « Médicament et régulation en France », *Revue française des Affaires sociales*, La documentation française, n°3-4, juin-décembre.

Renard J., 2000, « Les pharmaciens dans l'organisation du système de soins », *Les actes du FIG 2000 Géographie et Santé*.

La place de la santé dans l'économie française

Alexandre BOURGEOIS (DREES) et Charles PILARSKI (Insee)

Souvent abordée sous le seul angle de son financement, la santé est aussi un secteur d'activité qui occupe une place importante dans l'économie française : il emploie 2,5 millions de personnes, soit 10 % de l'emploi total, et représente 9 % de la valeur ajoutée nationale. Cette place est encore plus importante lorsque l'on prend en compte l'ensemble des activités qui en dépendent indirectement, comme le montre cette étude qui retrace les interactions de la filière santé avec le reste de l'économie. La part de la valeur ajoutée nationale imputable à la consommation de santé passe alors de 9 % à près de 13 % et l'emploi lié à la santé représente alors 13 % de l'emploi total.

Selon les comptes de la santé, les dépenses courantes de santé représentaient 191,4 milliards d'euros en 2005, soit 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). En vingt ans, cette part a progressé de 4 points. Les facteurs qui expliquent cette augmentation sont nombreux (progression de la richesse nationale, diffusion de la couverture maladie, augmentation de l'offre médicale, développement des innovations technologiques, etc.), et n'ont été que partiellement contrebalancés par les mesures d'économies mises en œuvre. Plusieurs études, tant françaises qu'étrangères, ont cherché à quantifier les contributions respectives de ces différents facteurs à l'augmentation relative des dépenses de santé, pour éclairer le débat sur la régulation et le financement du système de soins. Peu d'études en revanche traitent de l'insertion du secteur de la santé dans l'économie. C'est cette dernière question qu'aborde l'étude suivante, réalisée avec les données des comptes nationaux.

Cette analyse strictement comptable évalue la contribution du secteur de la santé à l'activité nationale au sens large (production, valeur ajoutée, emploi, solde extérieur, etc.) en retraçant notamment de façon détaillée les interrelations existantes entre le secteur de la santé et le reste de l'économie. À partir d'un modèle d'analyse « entrées-sorties », on évalue la place réelle du secteur de la santé dans l'économie, une fois prises en compte les productions de biens intermédiaires qu'il consomme (produits chimiques consommés par l'industrie pharmaceutique ou services de nettoyage et d'hygiène consommés par les hôpitaux par exemple).

Encadré 1

Données et champs de la santé retenus

Une synthèse macro-économique sur la santé nécessite de mettre en cohérence de nombreuses données, ce que permet le cadre de la comptabilité nationale. Le champ de la santé tel qu'il y est défini en comptabilité nationale ne recouvre toutefois qu'une partie restreinte du champ retenu dans le compte satellite de la santé (la dépense courante de santé telle que définie dans le cartouche suivant). Par exemple, le commerce de produits pharmaceutiques, la fabrication de lunettes, de matériel médico-chirurgical ne sont pas identifiés en tant que tels dans le champ de la santé en comptabilité nationale, alors qu'ils sont contenus dans celui du compte satellite de la santé.

Pour réaliser cette étude, un secteur plus large de la santé a dû être défini, afin de se rapprocher de celui du compte satellite. Ce champ regroupe plus d'une quinzaine de branches/produits de la comptabilité nationale (aux niveaux G ou H de la nomenclature économique de synthèse, niveaux 118 ou 472), avec tout d'abord les trois branches/produits identifiées en tant que telles : la branche/produit santé marchande, la branche/produit santé non marchande et la branche/produit industrie pharmaceutique. Les deux premières branches/produits contiennent plusieurs activités : les hôpitaux, les médecins généralistes et spécialistes, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les praticiens de médecine douce, les services de transport de malades par taxi, les activités de collecte telles que le don de sang ou la banque d'organes, les laboratoires. La troisième branche/produit regroupe la fabrication de produits pharmaceutiques de base, la fabrication de médicaments, la fabrication d'autres produits pharmaceutiques.

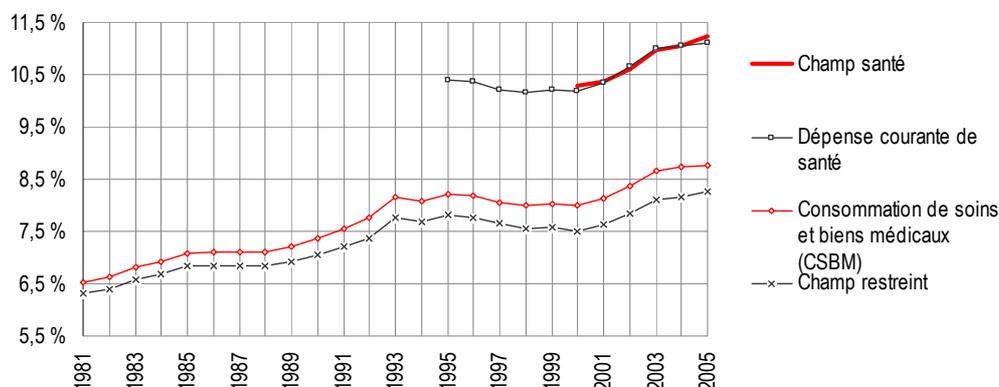
À ces trois branches /produits, sont ajoutées d'autres branches /produits qui sont directement liées à l'activité de santé :

- la branche/produit construction de matériel médicochirurgical et orthopédique. Cette branche comporte la fabrication de matériel d'imagerie médicale et de radiologie ainsi que la fabrication d'appareils médicochirurgicaux ;
- la branche/produit construction de lunettes ;
- l'activité commerciale des pharmacies et des opticiens, qui contribue aux 2 branches de commerce de détail et commerce de gros ;
- l'activité de recherche (marchande ou non) des laboratoires pharmaceutiques et établissements publics de recherche (INSERM notamment), contribuant aux branches recherche marchande et recherche non marchande ;
- le transport de malades par taxi, le transport par ambulance faisant déjà partie des branches santé marchande et santé non marchande ;
- la fabrication de véhicules pour invalides ;
- l'activité des cures thermales ;
- l'action sociale marchande et non marchande, uniquement pour la part liée aux établissements médicalisés d'aide aux personnes handicapées et âgées ;
- l'activité des mutuelles et assurances relatives à la santé ;
- l'activité d'enseignement des facultés de médecine, des écoles d'infirmières ou des écoles de kinésithérapeutes, marchandes ou non ;
- les dépenses réalisées par la branche administration publique (dont les dépenses de prévention, l'activité des agents du ministère de la santé, etc.).

On ne dispose de données suffisamment fines pour l'ensemble de ces branches/produits que depuis 2000. Néanmoins, sur le champ restreint composé uniquement de la santé marchande, de la santé non marchande et de l'industrie pharmaceutique, les séries sont disponibles depuis 1981, ce qui permet des analyses sur plus longue période. Ce travail de reconstruction d'un secteur de la santé montre que le champ ainsi défini est proche en niveau et en évolution de ceux généralement retenus dans le compte satellite de la santé.

Sur le champ restreint à la santé marchande, la santé non marchande et l'industrie pharmaceutique, la part de la consommation consacrée à la santé dans le PIB avoisinait 8,3 % en 2005, en progression de 1,9 point depuis 1981. Le champ n'a pas d'équivalent en compte de la santé. Le concept qui s'en approche le plus correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui comprend en plus certaines des dépenses annexes (le matériel médicochirurgical, la lunetterie, le commerce pharmaceutique, le transport des malades, les véhicules pour invalides, les cures thermales, l'activité des mutuelles et assurances) mais exclut les soins aux personnes âgées en établissement. En 2005, la CSBM représentait 8,8 % de PIB, soit une progression de 2,2 points depuis 1981. La dépense courante de santé, qui englobe aussi les dépenses de recherche, de formation, les dépenses du ministère mais aussi les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières et les subventions au système de soins, correspond en revanche pratiquement au champ santé de l'étude : elle s'élevait à 11,1 points de PIB en 2005, soit une évolution depuis 1995 de 0,7 point.

Part de la dépense de consommation dédiée à la santé dans le PIB



Lecture : Le champ de la santé retenu dans cette étude est proche de celui des dépenses courantes de santé tel qu'il est défini dans les comptes nationaux de la santé. Le champ restreint, composé uniquement de la santé marchande, de la santé non marchande et de l'industrie pharmaceutique et pour lequel on dispose d'une plus grande profondeur historique, se rapproche quant à lui de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

Sources : Comptes nationaux INSEE et comptes nationaux de la santé DREES, calculs des auteurs.

Définition

La dépense courante de santé telle qu'elle est définie dans les Comptes nationaux de la 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 (soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports de malades, médicaments, et autres biens médicaux – optique, prothèse, petits matériels et pansements), 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, et enfin les coûts de gestion de la santé. La dépense courante de santé correspond donc à une approche de consommation. Le champ de la santé que nous avons retenu dans cette étude prends en compte d'autres caractéristiques des équilibres ressources-emplois des produits concernés, notamment les approches production et consommations intermédiaires.

La santé dans l'économie selon la comptabilité nationale

Le cadre comptable des comptes nationaux permet d'évaluer la place qu'occupe la santé dans l'économie nationale à la fois en termes de consommation, comme le font la plupart des études, mais aussi en termes de solde extérieur, de production, de valeur ajoutée et d'emploi.

Cette analyse nécessite toutefois de reconstituer au préalable le champ de la santé. Le découpage de l'économie en branches (ensemble d'unités homogènes de production) et en produits (issus des branches, une branche ne produisant généralement qu'un seul produit) ne délimite que partiellement le secteur de la santé tel qu'il est généralement défini dans le compte satellite de la santé (Fenina *et al.*, 2008). Seules trois branches sont identifiées directement : les activités de santé marchande (correspondant schématiquement aux soins de ville et aux dépenses des cliniques privées), les activités de santé non marchande (activités des hôpitaux participant au service public hospitalier) et l'industrie pharmaceutique. À ces trois branches relativement agrégées (niveau 118 de la nomenclature des comptes nationaux), doivent être aussi ajoutées des activités plus spécifiques (niveau 472 de la nomenclature des comptes nationaux) telles que : la fabrication de matériel médicochirurgical et orthopédique, la fabrication de lunettes, la fabrication de véhicules pour invalides, les marges commerciales (principalement des pharmacies), les cures thermales, les services d'action sociale liée à la santé, l'activité des mutuelles, les entités d'enseignement en santé comme les écoles d'infirmières, la recherche et développement en santé et les dépenses publiques de gestion qui y sont associées (*encadré 1*).

Calculé sur ce périmètre élargi, la consommation de santé atteint 11,2 % du PIB en 2005, un chiffre très proche de celui retenu dans le compte satellite de la santé (11,1 %), même si le champ de ces deux agrégats n'est pas tout à fait le même. La part des dépenses en santé marchande est quasiment égale à celle de la santé non marchande (3 %), celle des dépenses en médicaments produits par l'industrie pharmaceutique est un peu plus faible (2 %), le reste (3 %) étant imputable aux autres dépenses.

Avec un poids de 13,9 %, la santé occupe une place importante dans la consommation finale nationale...

L'analyse plus détaillée du produit « santé » montre en outre que la part de la santé dans les consommations intermédiaires est relativement faible (2,6 %), mais que son poids dans la consommation finale totale est très important (13,9 %) (*tableau 1*).

La consommation finale en produits de santé est imputable à 72 % aux administrations publiques, à 25 % aux ménages et à 3 % aux institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM). Du fait de la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie, classée en comptabilité nationale dans le secteur des administrations publiques, la dépense de consommation de santé directement supportée par les ménages représente en fait une part assez faible de leur budget de consommation (5,0 %). En revanche, la part prise en charge par la collectivité représente plus du tiers des dépenses de consommation finale des administrations publiques (34 %). À titre de comparaison, l'éducation en représente 20 %.

Tableau 1 - Équilibre emplois / ressources du produit « santé » en 2005 (en milliards d'euros courants)

	Les emplois en produit santé								Les ressources en produit santé				
	Consommation intermédiaire	Consommation finale				Formation brute de capital fixe	Exportations	Total des emplois	Total des ressources	Impôts nets des subventions	Marges (1)	Importations	Production
	Ensemble	dont administrations publiques	dont ménages (2)	dont ISBLSM (associations etc.)									
Les produits de la santé	41,1	193,3	139,3	47,4	6,6	1,9	26,1	262,3	262,3	4,2	1,2	22,0	234,9
dont produit en santé humaine marchande	0,0	53,7	50,5	3,2	0,0	0,0	0,0	53,7	53,7	0,0	0,0	0,0	53,7
dont produit en santé humaine non-marchande	6,1	55,1	40,5	14,7	0,0	0,0	0,6	61,8	61,8	0,0	0,0	0,3	61,5
dont produit industrie pharmaceutique	19,3	32,9	23,0	10,0	0,0	0,7	19,4	72,4	72,4	1,2	18,4	15,7	37,1
dont autres produits connexes en santé	15,7	51,5	25,4	19,5	6,6	1,1	6,1	74,5	74,5	3,0	-17,2	6,0	82,7
Total des produits	1 556,7	1 386,0	408,3	955,0	22,7	347,6	447,3	3 737,6	3 737,6	178,3	0,0	462,9	3 096,3
Poids de la santé dans le total des produits (%)	2,6 %	13,9 %	34,1 %	5,0 %	29,1 %	0,9 %	5,8 %	7,0 %	7,0 %	2,4 %	0,0 %	4,7 %	7,6 %
Consommation finale en produits de santé								dont ONDAM (3)	ONDAM / Consommation				
193,3								125,3	65,1 %				

(1) Pour passer des comptes aux prix de production aux comptes aux prix d'acquisition, il est nécessaire de rajouter à la production et aux importations les marges commerciales et de transport, ainsi que les impôts à la production nets des subventions. Afin de ne pas compter deux fois l'activité commerciale et de transport (en ligne en production des produits « commerce et transport » et en colonne en marges commerciales et de transport des autres produits), celles-ci sont annulées au niveau global en étant imputées négativement aux produits « commerce ». Ainsi dans la ligne « autres produits connexes », dans laquelle figurent par exemple le produit « commerce des pharmacies et des opticiens », les marges commerciales et de transport apparaissent en négatif.

(2) Intègre les remboursements aux ménages par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, IP). Il diffère du reste à charge des ménages mesuré par les comptes de la santé.

(3) Dépenses sur le champ de l'ONDAM.

Lecture : la consommation finale en produits de santé représente 193,3 milliards, soit 13,9 % de la consommation finale des ménages.

Sources : Comptes nationaux (base 2000), INSEE, calculs des auteurs.

... et son dynamisme sur longue période apporte une contribution importante à la croissance du PIB

Le poids important de la santé dans la consommation finale a son corollaire en termes de production et, à un moindre degré, de recettes fiscales. Le secteur de la santé représente 7,6 % de la production totale et, compte tenu d'une fiscalité réduite voire nulle sur ces produits, seulement 2,4 % des impôts sur les produits (nets des subventions)²⁶. Le poids des importations et des exportations n'est en outre pas négligeable et résulte pour l'essentiel des échanges internationaux de l'industrie pharmaceutique, qui présente un solde commercial nettement positif (3,7 milliards en 2005).

En termes de valeur ajoutée²⁷, son poids (9,3 % de la valeur ajoutée nationale) est encore plus important (tableau 2 et encadré 2).

La part de la valeur ajoutée du secteur de la santé dans l'économie est principalement portée par la santé marchande et la santé non marchande, qui représentent chacune 3 % de la valeur ajoutée nationale : nécessitant peu de consommations intermédiaires par rapport à l'industrie pharmaceutique, elles ont une forte valeur ajoutée par rapport à leur production.

Sur longue période et sur un champ plus restreint (santé marchande, santé non marchande et industrie pharmaceutique), la part de la valeur ajoutée de la branche santé dans la valeur ajoutée nationale a progressé d'un tiers au cours des 25 dernières années, passant de 4,6 % à 6,2 %. Cette progression est importante par rapport à celle de la construction (BTP), qui représente une part équivalente en 2005 (5,8 %) mais après une diminution de 1,3 point entre 1981 et 2005. Depuis 1981, la contribution de la branche santé à la croissance en volume de la valeur ajoutée a toujours été positive, même dans les périodes de conjoncture défavorable. C'est une exception parmi les principales branches marchandes. La santé non marchande et l'industrie pharmaceutique, dont le solde extérieur est positif et dépasse 0,2 point de PIB depuis 2001, sont en fait les principales branches qui expliquent cette contribution positive à la croissance en volume.

²⁶ Les principaux impôts sur les produits sont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et la taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP).

²⁷ Approche par branches et non par produits (encadré 2).

Tableau 2 - Valeur ajoutée, emploi et productivité des différentes branches (données 2005)

	Production		Valeur ajoutée		Emploi		Productivité
	en milliards d'euros	en %	en milliards d'euros	en %	en milliers de personnes physiques	en %	en milliers d'euros par personne physique
Les branches de la santé							
Santé non marchande	54	1,7	44	2,9	811	3,2	55
Santé humaine (partie marchande)	61	2,0	42	2,7	599	2,4	70
Industrie pharmaceutique	37	1,2	9	0,6	45	0,2	209
Champ de la santé dans un sens restreint	152	4,9	96	6,2	1 455	5,8	66
Administration publique	23	0,7	16	1,1	315	1,3	52
Commerce de détail et réparations	21	0,7	11	0,7	230	0,9	48
Action sociale	11	0,3	8	0,5	292	1,2	29
Fabrication de biens liés à la santé (1)	14	0,5	5	0,3	70	0,3	73
Mutuelles et assurance	7	0,2	3	0,2	27	0,1	119
Services aux particuliers liés à la santé (2)	2	0,1	2	0,1	42	0,2	38
Recherche et développement	4	0,1	1	0,1	24	0,1	61
Éducation	1	0,0	1	0,0	17	0,1	42
Champ de la santé (total)	235	7,6	143	9,3	2 473	9,9	58
Autres branches à titre de comparaison							
BTP	205	6,6	89	5,8	1 605	6,4	55
Hôtels cafés restaurant	73	2,4	35	2,3	933	3,7	38
Total de l'économie	3 096	100,0	1 540	100,0	25 089	100,0	61

(1)

(2) La "Fabrication de biens liés à la santé" est constituée de la fabrication de matériel de mesure et de contrôle, celle de véhicules pour invalides, et de lunettes.

(3) Les "Services aux particuliers liés à la santé" sont constitués des cures thermales ainsi que des transports de malades par taxi (hors ambulances).

Sources : Comptes nationaux (base 2000), INSEE, calculs des auteurs.

Une contribution à la valeur ajoutée nationale encore plus forte si l'on incluait la recherche et développement de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique représente une des branches où la recherche et développement (R&D) est importante : elle arrive au deuxième rang des industries françaises, derrière l'industrie automobile (tableau 3). La R&D, actuellement enregistrée dans les comptes nationaux en consommation intermédiaire ou en consommation finale des administrations publiques, devrait à terme être enregistrée en investissement (FBCF). Si l'on anticipe l'éventuelle intégration de la R&D en FBCF, la valeur ajoutée de l'industrie pharmaceutique serait plus importante et augmenterait de 29 %. L'investissement en R&D en lien avec l'industrie pharmaceutique représenterait alors 12 % du total de l'investissement en R&D de l'économie, juste derrière la construction automobile (13 %), et serait deux fois supérieur à ceux de l'électronique et de l'aéronautique et aérospatiale.

**Tableau 3 - La recherche et développement dans les principales branches en 2004
(en milliards d'euros courants)**

Branches	Valeur ajoutée (base 2000)	Valeur ajoutée supplémentaire lorsque l'on incorpore la R&D en investissement	Part dans l'investissement en R&D
Construction automobile	9,3	2,6 (+ 28 %)	13 %
Industrie pharmaceutique	8,6	2,5 (+ 29 %)	12 %
Fabrication de composants électroniques	3,5	1,2 (+ 33 %)	6 %
Construction aéronautique et spatiale	3,9	1,3 (+ 32 %)	6 %
Fabrication d'appareils d'émission et de transmission	2,1	0,9 (+ 44 %)	5 %

Lecture : en 2004, l'industrie pharmaceutique a créé 8,6 milliards d'euros de valeur ajoutée. L'intégration de la R&D comme investissement et non comme consommation intermédiaire rehausserait la valeur ajoutée de 29 %, la portant à 11,1 milliards d'euros. L'industrie pharmaceutique participerait donc à hauteur de 12 % du total des investissements en R&D.

Note : Cette évaluation prend en compte la R&D marchande et non marchande consommée intermédiairement par les différentes branches.

Sources : *Comptes nationaux, INSEE, calculs des auteurs, exercice réalisable uniquement en 2004.*

Au total, la santé représente 10 % de l'emploi

La santé emploie près de 2,5 millions de personnes, qu'elles soient salariées ou professions libérales (*tableau 2*). Cela représente 9,9 % de l'emploi en 2005. Après la santé marchande et la santé non marchande, qui représentent respectivement 2,4 % et 3,2 % de l'emploi total, ce sont les administrations publiques (fonctionnaires du ministère de la santé, personnels des DRASS, etc.) et de l'action sociale qui emploient le plus de personnes (respectivement 1,3 % et 1,2 % de l'emploi total). En guise de comparaison, les parts de l'emploi des branches hôtels, cafés, restaurants (3,7 %) et BTP (6,4 %) sont au total bien plus faibles.

Comme dans l'hôtellerie-restauration ou le bâtiment, la part de l'emploi directement consacrée à la santé (9,9 %) dépasse celle de la valeur ajoutée (9,3 %), ce qui caractérise les branches intensives en main-d'œuvre. Néanmoins l'industrie pharmaceutique, et dans une moindre mesure la santé humaine marchande ainsi que les mutuelles et assurances, se distinguent avec des parts en emploi inférieures à leurs parts dans la valeur ajoutée. La valeur ajoutée par tête est en effet bien plus importante dans l'industrie pharmaceutique que dans les autres branches, moins intensives en capital et donc plus intensives en facteur travail. La valeur ajoutée par tête atteint 209 000 euros en 2005, alors qu'elle n'est que de 58 000 euros pour l'ensemble de la santé et de 62 000 euros pour l'ensemble de l'économie.

Encadré 2

Schéma d'analyse à partir du tableau entrées-sorties de la comptabilité nationale

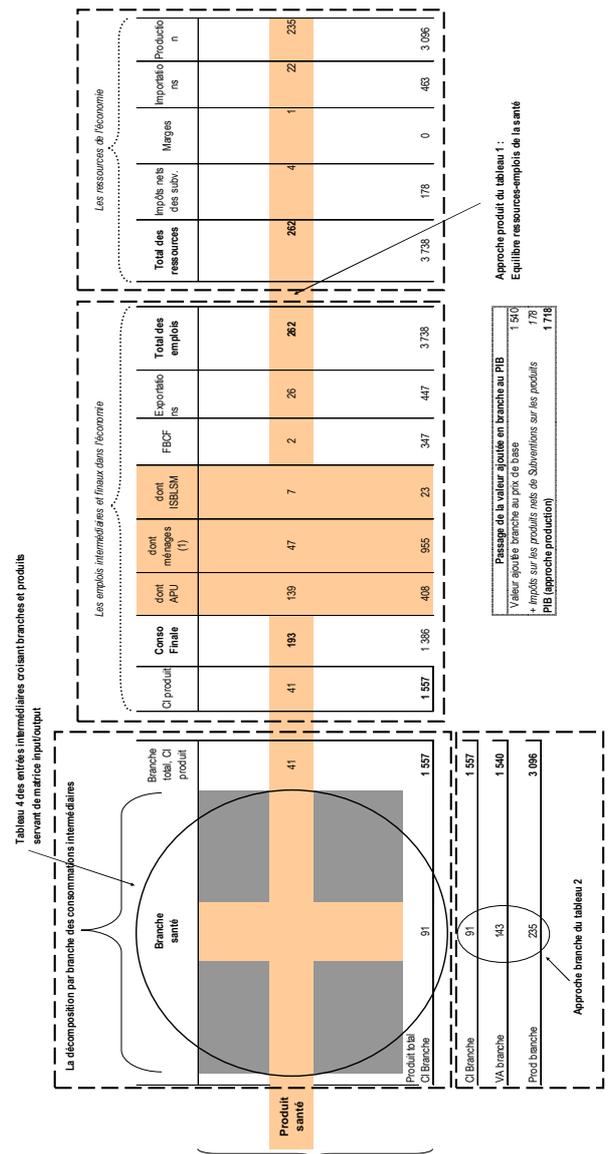
Le tableau entrées-sorties des comptes nationaux qui sert de support à l'étude intègre deux approches, une approche par produits (équilibre des ressources et des emplois par produits) et une approche par branches. À part quelques cas particuliers, il y a une stricte correspondance entre les branches et les produits : une branche ne produit qu'un et un seul produit. Ces branches et produits se croisent au niveau des consommations intermédiaires dans le tableau des entrées intermédiaires. On peut par exemple retrouver quels sont les produits consommés par une branche donnée et connaître comment s'opère l'équilibre entre les ressources (production, importation, marges commerciales et de transport, impôts nets de subvention) et les emplois (consommations intermédiaires, consommations finales des ménages, de l'État et des institutions sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM –, formation brute de capital fixe – FBCF – et exportations).

Le schéma présente cet équilibre pour le secteur de la santé et pour l'ensemble de l'économie. Dans cette étude, les différentes notions sont abordées :

- l'équilibre emplois/ressources du produit santé (tableau 1) ;
- la valeur ajoutée de la branche santé (tableaux 2 et 3) ;
- les consommations intermédiaires de chaque produit de la branche santé (tableau 4).

Représentation simplifiée du tableau entrées-sorties de l'économie française

(données du compte 2005 semi-définitif, en milliards d'euros courants)



Note de lecture : les quatre cartouches en pointillés de ce schéma représentent :

- en haut à gauche la matrice branches/produits des consommations intermédiaires avec en ligne la décomposition des consommations intermédiaires par produits et en colonne la décomposition des consommations intermédiaires par branches ;
- en haut au centre les emplois par produits avec en colonne la décomposition des emplois par nature et en ligne la décomposition des emplois par produits ;
- en haut à droite les ressources par produits avec en colonne la décomposition des ressources par nature et en ligne la décomposition des ressources par produits ; on note que le total des ressources égalise le total des emplois ;
- en bas à gauche (sous le premier cartouche) les comptes de production par branches, avec en ligne les postes du compte de production (CI, VA, Production) et en colonne les branches.

Sources : Comptes nationaux INSEE et comptes nationaux de la santé DREES, calculs des auteurs.

La filière santé et les interactions avec le reste de l'économie

La santé n'est pas une branche isolée de l'économie : l'observer directement n'est pas suffisant pour évaluer son poids dans l'économie. Il est aussi nécessaire de prendre en compte l'ensemble des interactions qui la lient au reste de l'économie. Pour produire des médicaments, par exemple, il est nécessaire de disposer préalablement d'un certain nombre de produits, de l'industrie chimique par exemple, qui seront consommés lors du processus de production.

Ces « inputs » relèvent majoritairement de la production d'autres biens et services que ceux de la santé, et leur production génère également de la valeur ajoutée et de l'emploi. Tenir compte du poids indirect de la santé dans l'ensemble de l'économie revient à inclure ces productions, réalisées en amont de la seule production de santé. Les inputs nécessaires à la production de la branche santé sont présentés dans le tableau 4, qui décrit la quantité de chaque produit nécessaire à la production de chaque branche.

L'intraconsommation, qui correspond à la consommation d'une branche en son propre produit, est importante dans le secteur de la santé. Ainsi, 24 % des consommations intermédiaires de la branche santé sont des produits de santé. L'intraconsommation comprend par exemple la consommation de médicaments et de biens médicaux dans les hôpitaux ou la consommation de médicaments de base par l'industrie pharmaceutique produisant des médicaments complexes.

Les branches santé marchande et santé non marchande consomment de façon intermédiaire pour une part importante des biens de consommation, principalement des achats de médicaments (respectivement 17 % et 24 %) et un quart de la consommation intermédiaire de la branche santé marchande correspond à de l'intraconsommation. Mais elles consomment également des services aux entreprises, plus spécifiquement des services de nettoyage et d'hygiène pour un peu moins de 20 % chacune. En outre, 29 % des consommations intermédiaires de la branche santé non marchande correspondent à des achats de biens d'équipement, plus spécifiquement aux achats par les hôpitaux de matériel médicochirurgical, qui ne sont pas considérés comme des investissements, compte tenu de leur caractère non durable.

La branche industrie pharmaceutique est plus spécifique. Elle se caractérise par une très forte intraconsommation : 40 % de ses consommations intermédiaires sont des produits du médicament. Par ailleurs, elle fait appel pour 20 % de sa consommation intermédiaire aux industries de biens intermédiaires, principalement à l'industrie chimique. Elle consomme aussi beaucoup de services aux entreprises, principalement des études, de la publicité, du nettoyage et de l'intérim.

Les autres branches de la santé sont très hétérogènes, puisqu'elles se composent d'activités aussi diverses que l'action sociale, la fabrication de véhicules pour invalides et la fabrication d'appareils médico-chirurgicaux. Ces branches se caractérisent par une très faible intraconsommation en produits de santé et par de fortes consommations en services aux entreprises.

Tableau 4 - Décomposition par produit des consommations intermédiaires des branches de la santé

		Branches santé				
		Ensemble des branches santé	dont santé humaine non marchande	dont santé humaine marchande	dont industrie pharmaceutique	dont autres branches santé
Poids de chaque produit dans la consommation intermédiaire (CI) totale de chaque branche	Agriculture, sylviculture, pêche	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
	Industries agroalimentaires	4 %	6 %	9 %	3 %	1 %
	Biens de consommation	20 %	24 %	17 %	40 %	5 %
	Automobile	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Biens d'équipement	10 %	29 %	3 %	1 %	13 %
	Biens intermédiaires	12 %	6 %	7 %	20 %	11 %
	Eau, gaz, électricité	4 %	6 %	4 %	1 %	5 %
	Bâtiment, travaux publics (BTP)	2 %	2 %	1 %	0 %	3 %
	Commerce	2 %	0 %	4 %	2 %	1 %
	Transport	3 %	2 %	2 %	1 %	5 %
	Banques, assurances	7 %	3 %	4 %	2 %	13 %
	Immobilier	4 %	1 %	5 %	2 %	6 %
	Services aux entreprises	26 %	19 %	17 %	26 %	32 %
	Services aux particuliers	2 %	1 %	2 %	1 %	3 %
	Santé marchande et non marchande	4 %	0 %	24 %	0 %	0 %
	Éducation, action sociale, administration	1 %	3 %	1 %	1 %	1 %
	Total des produits	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	<i>dont produit santé</i>	24 %	21 %	38 %	41 %	5 %
Poids de la CI des différentes branches de la santé		100 %	15 %	17 %	30 %	38 %

Lecture : 20 % des consommations intermédiaires de la branche santé sont des biens de consommation. La consommation intermédiaire totale de la branche pharmacie représente 30 % de la consommation intermédiaire totale des branches de la santé.

Sources : Comptes nationaux, INSEE, calculs des auteurs.

Une augmentation des dépenses de santé bénéficie à de nombreux secteurs

La prise en compte de ces interactions peut être complétée à l'aide d'un modèle d'analyse entrées-sorties, également appelé modèle input-output (*encadré 3*). Ce type de modèle est habituellement utilisé pour analyser l'impact d'un choc de demande sur l'économie, afin de comparer les dynamiques à l'œuvre selon les branches concernées : santé, BTP, hôtels-café-restaurants, automobile, etc. Si l'on augmente par exemple la demande finale en automobile d'une unité (choc de demande) en l'absence supposée d'importations, l'industrie automobile répond à cette demande par la production d'une automobile : c'est l'effet direct. La production de cette automobile supplémentaire nécessite des consommations intermédiaires de divers produits (pneus, carrosseries, vitres, etc.), qui doivent être produits préalablement. Leurs producteurs devront, pour satisfaire la demande de l'industrie automobile, consommer au cours du processus de production d'autres produits, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un nouvel équilibre soit trouvé. En plus de l'effet direct, on appelle effet indirect la somme de ces effets de second ordre.

Ces modèles permettent de comparer les effets d'entraînement des différentes branches face à des chocs de demande de même nature, c'est-à-dire comparables en termes de financement public ou privé. Peuvent être examinés tour à tour l'impact global sur la production, la valeur ajoutée et l'emploi. Ce type d'analyse produit un résultat classique : les multiplicateurs de production (rapport de la production totale, directe ou indirecte, nécessaire pour répondre au choc de demande initiale) sont d'autant plus forts que la branche observée a de fortes consommations intermédiaires au regard de sa propre production, autrement dit, qu'elle a un faible taux de valeur ajoutée et que son produit est faiblement importé. Lorsque le produit dont on augmente la demande finale est très fortement importé, l'effet d'une hausse porte alors principalement sur les importations, avec un effet mineur sur la production nationale. Le cas usuel d'une branche à fort multiplicateur sur la production est celui du bâtiment, qui non seulement est faiblement importé, mais sollicite aussi beaucoup de branches différentes dans son processus de production.

S'agissant de la branche santé, l'effet multiplicateur sur la production directe et indirecte est de 1,49. En d'autres termes, pour une consommation finale de 100 unités, 149 unités de production directe et indirecte sont nécessaires, qui se décomposent ainsi : 96 unités résultent d'un effet direct de l'augmentation de production, elle-même faisant suite à la hausse de 100 unités de demande après prise en compte des importations ; 53 unités résultent d'un effet indirect de l'augmentation des productions de consommations intermédiaires (*tableau 5*). La branche santé a un effet d'entraînement significatif sur la production directe et indirecte, mais plus faible que celui des branches BTP (1,79) ou hôtels, cafés, restaurants (1,80), qui ont des effets indirects près de deux fois supérieurs.

Tableau 5 - Les effets directs, indirects et induits d'une augmentation de 100 unités de la demande

		Pour une augmentation de 100 unités de demande en produit		
		de santé	de BTP	d'hôtels, cafés restaurants
sur la production	effet direct	96	95	96
	effet indirect	53	84	84
	effet direct+indirect	149	179	180
sur la valeur ajoutée	effet direct	59	42	46
	effet indirect	23	39	39
	effet direct+indirect	82	81	85
sur l'emploi (en personnes physiques)	effet direct	10,1	7,52	11,07
	effet indirect	3,45	6,88	6,72
	effet direct+indirect	13,56	14,4	17,79

Lecture : pour 100 unités de demande supplémentaire adressées au secteur de la santé, 96 unités devraient être produites directement par le secteur de la santé (les autres étant importées). Pour réaliser cette production 53 unités supplémentaires tous secteurs confondus seraient nécessaires.

Sources : *Comptes nationaux, INSEE, calculs des auteurs.*

En termes de valeur ajoutée, c'est-à-dire de « richesse produite », les effets sont plus faibles puisqu'il faut déduire des effets sur la production les consommations intermédiaires nécessaires aux différents processus de production, que ce soit de la santé directement ou des branches qui en dépendent²⁸. Ainsi, 100 unités de demande finale en santé supplémentaire augmentent de 82 unités la valeur ajoutée (effet direct et indirect). Les multiplicateurs ainsi calculés pour les différents secteurs initialement concernés par ce surcroît de demande sont par ailleurs relativement proches ; ils se différencient seulement par l'importance relative des importations dans les biens supplémentaires finalement consommés.

Pour satisfaire 100 unités de demande finale en santé, 14 emplois environ seraient créés (effet direct et indirect). Par comparaison, une même augmentation initiale de la demande en produit du BTP ou en hôtels, cafés, restaurants permettrait de créer respectivement 14 et 18 emplois.

Précisons que ce type d'analyse ne dit rien sur l'effet final d'une telle mesure sur l'économie.

Il faudrait tout d'abord évaluer, au-delà des seuls effets directs et indirects, les effets « induits » du surplus de revenu ainsi généré, ce surplus de revenu générant à son tour un surcroît de demande finale et *in fine* de production, de valeur ajoutée et d'emploi. Une telle évaluation suppose que l'on ait au préalable estimé des fonctions de consommation et d'épargne.

Mais plus encore, il faudrait réaliser un bouclage macroéconomique complet, ce qui impliquerait de faire intervenir le financement de la mesure et ses conséquences. La santé est en effet très largement financée par la collectivité, ce qui pose assez naturellement la question des prélèvements obligatoires nécessaires au financement de toute dépense supplémentaire : de même qu'il y a un multiplicateur « positif » lié à une augmentation de la demande, il y a un multiplicateur « négatif » lié aux prélèvements obligatoires supplémentaires.

²⁸ En comptabilité nationale, la production correspond à la somme de la valeur ajoutée (richesse produite) et des consommations intermédiaires (voir tableau 4, encadré 2).

Méthodologie input-output

Les modèles d'analyse entrées-sorties (également appelés modèles « input-output ») utilisent le cadre et la cohérence des tableaux entrées-sorties (TES) de la comptabilité nationale, et plus spécifiquement du tableau des entrées intermédiaires (TEI). Cette modélisation permet d'évaluer les contenus en production (VA, emploi, fiscalité) de la demande finale d'un bien ou d'un service donné.

La modélisation utilise l'équilibre ressources-emplois du TES, ainsi que la matrice détaillée des consommations intermédiaires. Dans une économie ouverte, l'équilibre ressources-emplois (ERE) aux prix de base de chaque produit de l'économie (c'est-à-dire hors marges de transport, marges de commerce et impôts nets de subventions sur les produits) peut être décrit de la manière suivante :

$$(1) \quad P_a + M_a = CI_{a \times TOT} + EF_a$$

Avec P_a la production en produit 'a', M_a les importations en produit 'a', $CI_{a \times TOT}$ la consommation intermédiaire de l'ensemble des branches en produit 'a', EF_a les emplois finals en produit 'a'. En complément nous pouvons définir les matrices

suivantes : CI^D le TEI domestique ; CI^M le TEI importé ; EF^D le vecteur des emplois finals domestiques ; EF^M le vecteur des emplois finals importés ; Λ^D la matrice des coefficients techniques domestiques, de terme $\Lambda^D_{a \times B} = CI^D_{a \times B} / P_B$; Λ^M la matrice des coefficients techniques importés, de terme $\Lambda^M_{a \times B} = CI^M_{a \times B} / P_B$

Les termes (a,B) des deux matrices de coefficients techniques domestiques et importés s'interprètent comme la quantité de consommation intermédiaire domestique ou importée en produit 'a' dont il est nécessaire de disposer pour produire une unité de la branche 'B'. En utilisant ces deux matrices, on peut donc détailler l'équation (1) ainsi :

$$(2) \quad P_a + M_a = (\Lambda^D_{a \times A} + \Lambda^M_{a \times A}).P_A + (\Lambda^D_{a \times B} + \Lambda^M_{a \times B}).P_B + \dots + (\Lambda^D_{a \times N} + \Lambda^M_{a \times N}).P_N + EF_a$$

On en déduit alors le système suivant :

$$(3) \quad \begin{cases} P = \Lambda^D . P + EF^D \\ M = \Lambda^M . P + EF^M \end{cases} \quad \text{Soit :} \quad \begin{cases} P = (I - \Lambda^D)^{-1} \times EF^D \\ M = \Lambda^M . P + EF^M \end{cases}$$

Pour autant qu'on connaisse la répartition domestique / importée des emplois finals par produit d'une part, des TEI d'autre part, il est ainsi possible de déterminer à la fois la production et les importations nécessaires à la satisfaction de la demande finale EF .

L'équation (3) met en relation les emplois finals et la production et permet d'évaluer le contenu en production des différentes composantes de la demande finale. Sous un certain nombre d'hypothèses il est aisé d'établir les relations existant entre la production et d'autres agrégats tels que la valeur ajoutée ou l'emploi. Pour la valeur ajoutée, on peut ainsi écrire :

$$(4) \quad VA = \frac{VA}{P} (I - \Lambda^d)^{-1} \times EF^d \quad \text{où } VA \text{ est le vecteur de valeur ajoutée par branche, et } \frac{VA}{P} \text{ le}$$

vecteur de taux de valeur ajoutée (c'est-à-dire le rapport entre valeur ajoutée de la branche et sa production). Les estimations de contenus en emplois sont réalisées de même en substituant l'emploi à la valeur ajoutée dans les formules précédentes.

L'analyse entrée-sorties nécessite quelques précautions d'usage car elle sous-tend certaines hypothèses dont les principales sont :

- la stabilité des coefficients techniques (pas de modification des technologies de production à court terme, pas d'effets de substitution entre les inputs) ;
- l'offre n'est pas contrainte et la production est toujours possible pour satisfaire la demande ; la stabilité de la part de marché des importations sur le marché intérieur ;
- il n'y a pas d'effet de temporalité (toute production est produite « instantanément ») ;
- il n'y a pas d'effets prix (une augmentation de la demande ne peut se traduire que par une variation du volume de l'offre, à prix constants).

La modélisation utilisée fournit une description structurelle identifiant et évaluant le poids des différentes branches impliquées dans la dynamique économique du secteur de la santé. La modélisation entrées-sorties permet de chiffrer des multiplicateurs sectoriels liés à l'impact d'un accroissement (une relance) de la demande finale. Les multiplicateurs sont calculés, pour chaque agrégat, comme le ratio entre le niveau avant le choc et le niveau après le choc. Les multiplicateurs traditionnellement mis en avant sont ceux relatifs à la production, la valeur ajoutée, l'emploi et la fiscalité.

Mais au-delà des effets directs et indirects sur l'économie, le surplus d'activité génère des rémunérations, ainsi que de l'excédent brut d'exploitation supplémentaire. Les rémunérations peuvent en partie être réinjectées dans l'économie sous forme de consommation et d'investissement des ménages. De même, une partie d'excédent brut d'exploitation supplémentaire peut se traduire à terme par une augmentation de l'investissement des entreprises. Cette consommation et cet investissement génèrent donc à leur tour une production que l'on qualifie alors d'« induite ».

Ainsi, en faisant appel à des équations de comportements, il est possible d'obtenir une évaluation plus complète de l'impact d'un choc de demande sur l'économie. Celle-ci n'en demeure pas moins partielle. En effet, le calcul des multiplicateurs est réalisé « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire que l'on ne s'intéresse qu'aux effets sur l'activité d'un impact ponctuel sans s'intéresser à la question du financement affecté à la dépense supplémentaire. De même qu'il y a un multiplicateur « positif » dû aux effets d'entraînement dans l'économie nationale, il faut considérer un multiplicateur « négatif » dû à l'augmentation des prélèvements obligatoires nécessaires pour financer le choc de demande. Ce type de modèle ne permet donc pas d'apprécier l'impact final d'un choc de demande. En revanche, il permet de comparer les dynamiques à l'œuvre dans les différents secteurs d'activité.

Dans leur ensemble, les services aux entreprises sont ceux qui contribuent indirectement le plus aux dépenses finales de santé, avec 37,5 milliards d'euros de production, suivis par les services de nettoyage pour l'entretien des hôpitaux (14,4 milliards d'euros, soit plus de 15 % de la production annuelle totale de cette branche) et le secteur de la recherche et développement (9,9 milliards d'euros). La fabrication de médicaments engendre 10,2 milliards d'euros de production dans la branche des biens de consommation, principalement des médicaments de base entrant dans les processus de production de l'industrie pharmaceutique, et 8,9 milliards d'euros dans le secteur des biens intermédiaires, principalement des produits chimiques de base (*tableau 6*).

La plupart des branches de l'économie interviennent de manière significative dans le processus de production du secteur de la santé. Ce phénomène est dû à la relative diversité des charges de fonctionnement supportées notamment par les hôpitaux, contrairement aux industries dont les consommations intermédiaires restent très concentrées. Ainsi, les branches alimentaires (agriculture et industries agroalimentaires) produisent pour 4,5 milliards d'euros par an pour alimenter les malades. Les charges de fonctionnement diverses telles que la consommation d'électricité et d'eau représentent 4,8 milliards d'euros sur les 13,7 milliards d'euros de la branche biens intermédiaires, énergie, eau.

Tableau 6 - Décomposition par branche du contenu en production de la demande finale en « santé » en 2005

	Impact sur la production pour 100 dépensés	Contenu en production total (en milliards d'euros)
Demande finale en filière "santé"	100,0	221,2
Importations nécessaires pour satisfaire la demande finale	3,8	8,4
Production directe du secteur de la santé pour satisfaire la demande finale	96,2	212,8
Production indirecte	52,4	115,9
Agriculture + IAA	2,0	4,5
Biens de consommation	4,6	10,2
Automobile + autres biens d'équipement	2,1	4,6
Biens intermédiaires, énergie, eau	6,2	13,7
Bâtiment, travaux publics (BTP)	1,1	2,5
Commerce	5,4	12,0
Transports	2,7	6,1
Finances, assurances, immobilier	7,2	15,9
Services aux entreprises	17,0	37,5
<i>dont services de nettoyage</i>	6,5	14,4
<i>dont recherche et développement</i>	4,5	9,9
Services aux particuliers	1,4	3,1
Santé, éducation, action sociale, administration	2,6	5,8

Lecture : la demande finale adressée au secteur de la santé était de 221,2 milliards d'euros en 2005. Pour satisfaire cette demande, le secteur français de la santé a dû produire 212,8 milliards d'euros, dont 8,4 étaient des importations. Pour réaliser cette production, le secteur de la santé a consommé intermédiairement des biens et services (médicaments, services de nettoyage, etc.), qui ont eux-mêmes consommé d'autres inputs pour être produits. *In fine*, la branche des biens automobiles et d'équipement a dû produire 4,6 milliards d'euros afin de satisfaire la demande finale adressée au secteur de la santé.

Sources : *Comptes nationaux, INSEE, calculs des auteurs.*

Le poids réel de la santé dans l'économie est rehaussé de plus de trois points après prise en compte des productions indirectes

Ce type de modèle permet également d'évaluer *a posteriori* le poids de la demande de santé dans l'économie, une fois pris en compte ses effets indirects sur les autres branches. Le tableau 7 présente ainsi les contenus en production, valeur ajoutée et emploi de la santé. La production de la santé représente 235 milliards d'euros, soit 7,6 % de la production totale de l'économie (voir le tableau 1 et les lignes « niveau observé » du tableau 7). Une partie de cette production a pour contrepartie des emplois intermédiaires, l'autre est directement affectée aux emplois finals et représente 212,8 milliards d'euros. C'est le contenu « direct » de la demande finale en santé. En prenant en compte les

consommations intermédiaires nécessaires à cette production directe, l'effet est rehaussé de 3,7 points, portant le contenu direct et indirect de la demande finale de santé à 10,6 % de la production totale.

En termes de valeur ajoutée, la place de la santé dans l'économie nationale est supérieure si l'on tient compte à la fois des effets directs et indirects : elle atteint alors 12,5 % de la valeur ajoutée dans l'économie. En termes d'emploi, la santé occupe directement ou indirectement 3,2 millions de personnes, ce qui représente près d'un actif sur huit.

Tableau 7 - Contenus directs et indirects de la demande finale en « santé » en 2005

		Niveau	Poids dans l'économie
Production (en milliards d'euros)	Niveau observé	235,0	7,6 %
	Effet direct	212,8	6,9 %
	Effet indirect	115,9	3,7 %
	Effet total	328,7	10,6 %
Valeur ajoutée (en milliards d'euros)	Niveau observé	143,4	9,3 %
	Effet direct	138,5	9,0 %
	Effet indirect	53,7	3,5 %
	Effet total	192,1	12,5 %
Emploi (en milliers de personnes physiques)	Niveau observé	2 473,0	9,9 %
	Effet direct	2 363,6	9,4 %
	Effet indirect	818,7	3,3 %
	Effet total	3 182,3	12,7 %

Lecture : la production observée sur le champ de la santé est de 235,0 milliards d'euros, soit 7,6 % de la production totale générée par l'économie. Pour répondre à la seule demande finale, les branches du champ de la santé produisent 212,8 milliards d'euros, soit 6,9 % de la production totale. Les produits intermédiaires consommés au cours de son processus de production ont généré à leur tour de la production d'autres branches, et ainsi de suite : le montant total de cette production supplémentaire, c'est-à-dire ce que nous avons défini comme étant le contenu indirect, est de 115,9 milliards d'euros. Finalement, le contenu total en production de la demande finale en biens et services de santé s'élève à 328,7 milliards d'euros, soit 10,6 % de la production totale.

Sources : Comptes nationaux, INSEE, calculs des auteurs.

Pour en savoir plus

Bocognano A., Raffy-Pihan N., « La valeur ajoutée dans le champ de la santé. Évolution 1984-1993 », CREDES, 1997.

Fenina A., Geffroy Y. et Duée M., « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », *Document de travail, série Statistiques*, DREES, n°126, septembre 2008.

OCDE : Publications SHA (Social Health Accounts) consultables sur <http://www.oecd.org/health/sha>.

Fiches

1.1 La Consommation de soins et biens médicaux

Avec 170,5 milliards d'euros en 2008, la **Consommation de soins et biens médicaux** (CSBM) constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé. Elle progresse de 3,8 % en valeur et de 2,8 % en volume, les prix augmentant de 0,9 % par rapport à 2007.

La CSBM représente 8,7 % du PIB et 12,1 % de la consommation effective des ménages. Elle atteint 2 659 euros par habitant en 2008.

La structure de la consommation de soins et biens médicaux a un peu évolué au cours de la décennie. Depuis 1995, on observe en effet une nette diminution de la part des soins hospitaliers (de 4,5 points), qui reste toutefois prépondérante puisqu'elle représente 44,1 % de la CSBM en 2008. Les progressions les plus dynamiques sont celles des « autres biens médicaux » (+2,2 points) et des médicaments (+1,7 point). La part des soins ambulatoires est en revanche particulièrement stable, à un peu plus de 27 % de la CSBM.

Si l'on considère la période 1995-2008, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide : +6 % par an en moyenne. Les années 2004 à 2006 ont ensuite vu un net ralentissement de la croissance des dépenses : en 2006, la croissance en valeur a ainsi été de seulement 4 %, soit un rythme proche de ceux observés à la fin des années 1990. Après une évolution plus dynamique en 2007 (+4,4 %), l'année 2008 marque un léger ralentissement avec une croissance de 3,8 %.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,6 point) et les soins ambulatoires (1,1 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2008, ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Au sein des soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,2 point) ; viennent ensuite les médicaments avec une contribution de 0,6 point.

Mais en termes de volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à la croissance en 2008 (+1,1 point) ; c'est le cas depuis 1997. Viennent ensuite les soins hospitaliers et les soins ambulatoires (+0,7 point chacun). Ces trois postes représentent 2,5 points de croissance sur un total de 2,8 points.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est de 0,9 % en 2008, après +1 % en 2007, ce qui confirme le ralentissement de l'évolution des prix observé depuis les fortes progressions de 2002 et 2003. Les hausses des deux dernières années sont comparables aux minima enregistrés entre 1997 et 1999.

En 2008, le prix des soins hospitaliers progresse de 2,1 % et celui des soins ambulatoires de 1,5 %. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution : -2,3 % en 2008, après -2,5 % en 2007 et -3,7 % en 2006. Ce sont les plus fortes diminutions enregistrées depuis 1999. La poursuite des mesures de baisse de prix et le poids croissant des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques (cf. annexe 4.3 sur le mode de calcul des prix des médicaments).

Définitions

Consommation de soins et biens médicaux : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète,
- la consommation de soins ambulatoires (ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins en dispensaire...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend pas les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements (unités de soins de longue durée – USLD – des hôpitaux et établissements spécialisés).

Pour en savoir plus

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

La Consommation de soins et biens médicaux 1.1

Consommation de soins et biens médicaux

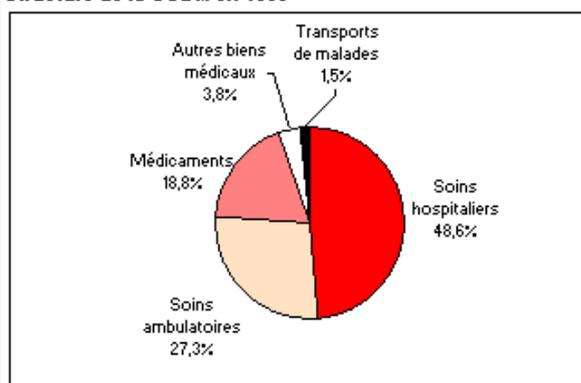
en millions d'euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Ensemble	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 893	144 863	151 208	157 294	164 241	170 488	
Soins hospitaliers	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 498	75 156	
Secteur public	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 020	57 925	
Secteur privé	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 478	17 231	
Soins ambulatoires	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 908	42 785	44 993	46 801	
Médecins	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 821	21 484	
Auxiliaires médicaux	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 855	9 453	10 253	11 022	
Dentistes	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 397	9 651	
Analyses de laboratoires	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833	3 974	4 102	4 218	4 340	
Cures thémales	279	286	275	285	288	291	290	290	290	304	305	
Médicaments	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 886	34 902	
Autres biens médicaux *	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 432	8 968	9 621	10 240	
Transports de malades	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 243	3 389	
Evolution	Valeur	3,6	3,7	4,8	5,7	6,4	6,4	5,1	4,4	4,0	4,4	3,8
de la CSBM	Prix	0,8	0,9	1,1	1,0	2,5	3,0	1,5	1,3	0,7	1,0	0,9
(en %)	Volume	2,9	2,8	3,7	4,7	3,8	3,3	3,6	3,1	3,3	2,8	

* Optique, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), petits matériels et pansements.

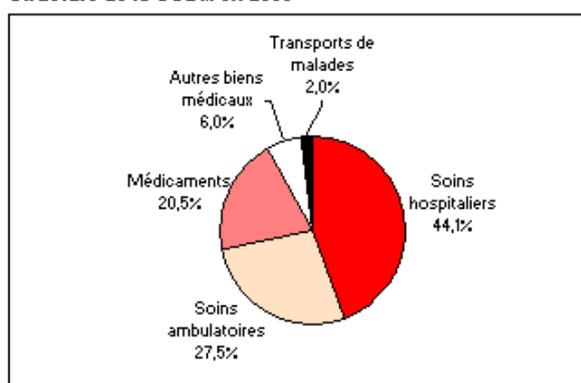
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 1995



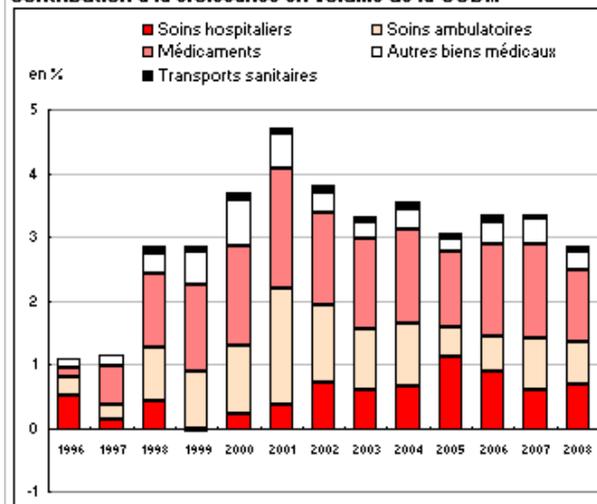
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 2008



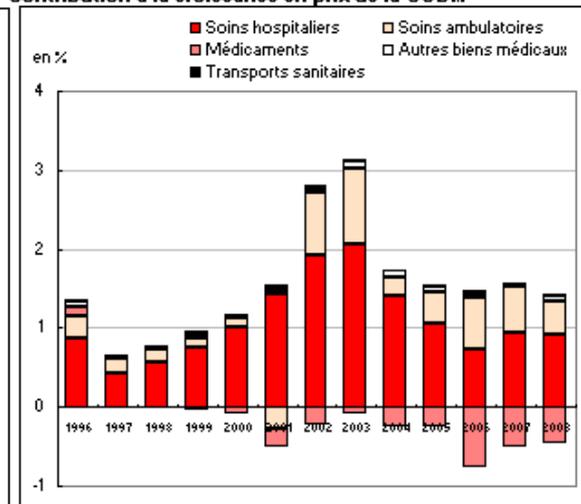
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Contribution à la croissance en volume de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Contribution à la croissance en prix de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.2 La consommation de soins hospitaliers

Avec 75,2 milliards d'euros en 2008, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 44,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 3,7 % en valeur et 1,6 % en volume en 2008 : +3,4 % en valeur et +1,4 % en volume dans le **secteur public**, +4,6 % en valeur et +2,2 % en volume dans le **secteur privé**.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 57,9 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les consultations externes (près de 1,7 milliard d'euros) qui sont comptabilisées avec les soins ambulatoires, ni celle des unités de soins de longue durée, exclues en base 2000 du champ de la santé. Par convention, la consommation de ce secteur (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

Cette consommation croît de 3,4 % en valeur, à peine plus qu'en 2007 (+3,2 %). Cette croissance est toutefois en net retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000, principalement en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance des prix de la consommation dans le secteur hospitalier public s'établit en effet à 2 %, soit près de trois points de moins qu'en 2003 année de forte augmentation (+4,9 %). Cette évolution est directement liée à celle des prix des différents facteurs de production. La

croissance du volume de la consommation dans le secteur hospitalier public progresse quant à elle de 1,4 % par rapport à 2007.

Dans les Comptes de la santé le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé pour les comptes provisoire et semi-définitif à partir de l'évolution des coûts des facteurs de production et non à partir de l'évolution de l'activité. L'analyse rétrospective montre que cette méthode n'introduisait pas par le passé de biais majeurs, depuis 2005 l'écart est toutefois un peu plus fort (cf. annexe 4.1)

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2008 à 17,2 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des médecins spécialistes libéraux pour les actes qu'ils accomplissent en hospitalisation complète. Sa valeur croît de 4,6 % en 2008, soit une variation très proche de celle de 2007 (+4,5 %). Là encore, cette progression reste inférieure à celles enregistrées les années précédentes : +5,6 % par an en moyenne de 2002 à 2005. La croissance en volume est de +2,2 % en 2008, ce qui marque une reprise par rapport à 2007 (+1,9 %), mais reste en-deçà de la croissance observée en 2006 (+3,1 %). Les principaux facteurs de croissance des soins du secteur privé en 2008 sont la croissance des dépenses de médicaments et celle des dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR).

En 2007, l'évolution des prix (+2,5 %) résultait de l'augmentation au 1^{er} janvier 2007 des tarifs des cliniques, de celle des honoraires des médecins spécialistes, ainsi que de la progression du forfait journalier (passé de 11 à 12 euros pour les hospitalisations en psychiatrie, et de 15 à 16 euros dans les autres cas). En 2008, la progression des prix reste soutenue : +2,3 % ; ce sont les frais de séjour qui ont augmenté tandis que les honoraires restaient quasi-stables.

Définitions

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé participant au service public hospitalier (PSPH) et d'autres établissements privés à but non lucratif (dits ex PJP) qui étaient pour l'essentiel financés par la dotation globale, et qui, depuis 2004, sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif, d'anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel et quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Pour en savoir plus

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

La consommation de soins hospitaliers 1.2

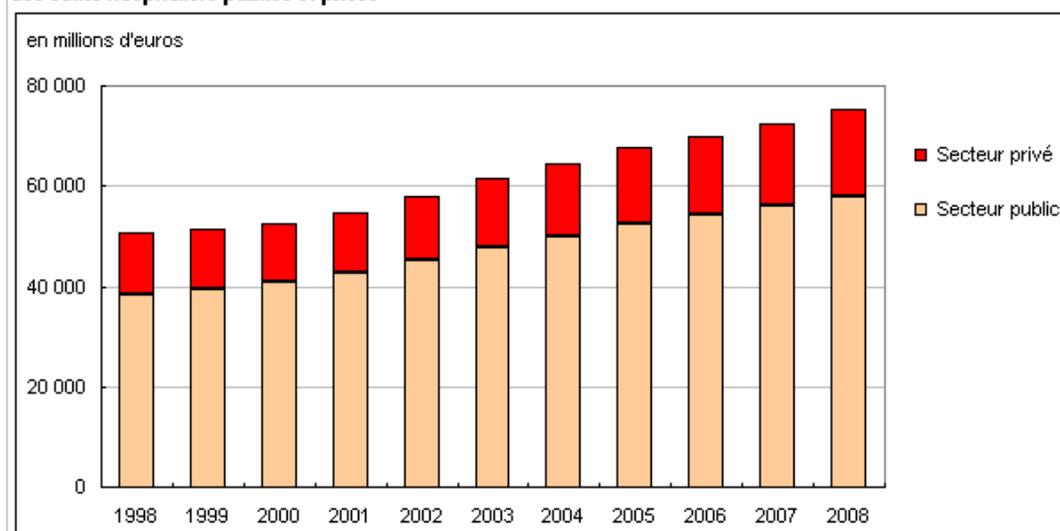
Consommation de soins hospitaliers

en millions d'euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 498	75 156
Secteur public	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 020	57 925
Secteur privé	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 478	17 231
Evolution en valeur (en %)	2,1	1,5	2,6	4,0	6,0	6,0	4,7	5,0	3,6	3,5	3,7
Secteur public	4,5	2,8	3,1	4,3	5,9	6,1	4,7	4,6	3,5	3,2	3,4
Secteur privé	-5,0	-2,7	1,1	2,8	6,0	5,6	4,7	6,0	4,1	4,5	4,6

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Les soins hospitaliers publics et privés



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (3)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe (2)	

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche en théorie de la dotation aux amortissements.

(3) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
 + Paiements partiels
 + Prestations prises en charge par l'État
 + Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
 + Déficit.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.3 L'offre hospitalière

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale ou hors DG) et non sur leur statut juridique (cf. *fiche 1.2*).

En revanche, l'enquête **SAE** qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut. Au 31 décembre 2007, dernière année connue, on dénombre :

- 1 001 établissements publics ;
- 782 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 055 établissements privés à but lucratif.

Dans les disciplines dites de court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent nettement en 2007 par rapport à 2006 (+5,9 %), alors que les capacités restent quasi-stables en hospitalisation complète.

En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle progressent de 1,5 % en 2007. En hospitalisation complète, la capacité continue à diminuer dans les établissements publics (-2,9 %). Par contre, elle augmente dans le secteur privé à but non lucratif et dans les cliniques privées, qui représentent le tiers des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie générale.

En **SSR**, le nombre de lits continue à croître dans l'ensemble des établissements : +0,8 % en 2007 après une hausse de 4 % en 2006. La hausse est due en particulier au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en 5 ans. Les places d'hospitalisation partielle croissent elles aussi fortement : +6,8 % par rapport à 2006.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil reculent légèrement en 2007,

à l'hôpital public mais plus encore dans le secteur privé.

En 2007, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé s'établit à 171 000, en hausse de 1,7 % par rapport à 2006. La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs, alors que le nombre des professionnels libéraux se stabilise en 2007, après une diminution continue les années précédentes. Dans le secteur public qui concentre près des deux tiers de ces emplois, les effectifs (médecins salariés et internes) continuent de croître en 2007 : +3,5 % en équivalents temps plein (ETP).

En 2007, le personnel non médical des établissements de santé représente un million d'emplois salariés (soit 4,5 % de l'emploi salarié en France métropolitaine) et 994 000 ETP, dont les quatre cinquièmes sont occupés par des femmes. Avec sept ETP sur dix, le **personnel soignant** représente le cœur de métier de l'hôpital.

Les trois quarts des ETP non médicaux (756 000 ETP fin 2007) sont situés dans des hôpitaux publics, le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées. Les infirmiers représentent environ 30 % des ETP du personnel soignant dans les établissements publics comme dans ceux du secteur privé. Par contre, le personnel médico-technique, spécialisé dans la manipulation d'appareils techniques ou dans l'analyse de prélèvements, est plus présent dans le secteur public ou privé à but non lucratif (centres de lutte contre le cancer en particulier) que dans les cliniques privées.

Depuis 1997, les ETP non médicaux ont augmenté dans les hôpitaux publics à un rythme deux fois supérieur (+1,7 % par an) à celui des établissements de santé privés (+0,9 % par an).

Définitions

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Emplois médicaux : médecins.

Personnel soignant : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs et psychologues.

Pour en savoir plus

« Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2007 », *Études et statistiques*, DREES, à paraître.

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 131, DREES, avril 2009.

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

L'offre hospitalière 1.3

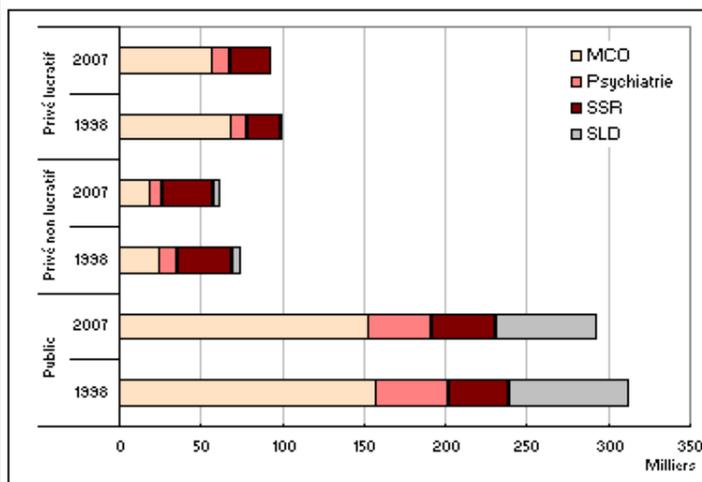
Capacité des établissements hospitaliers

au 31 décembre 2007

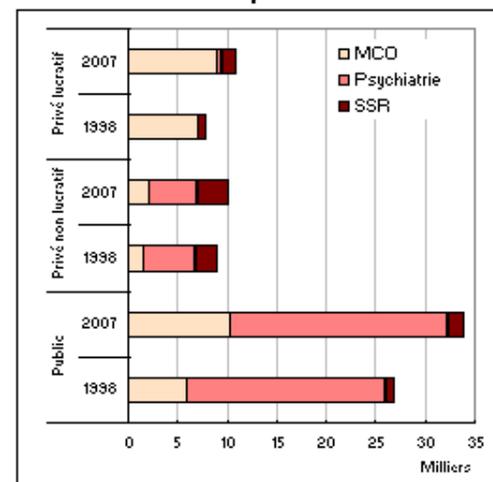
	MCO (courte durée)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	TOTAL	Part en %
Hospitalisation complète (en lits)	226 484	56 906	95 192	67 860	446 442	100,0
Secteur public	150 524	38 308	39 649	61 586	290 067	65,0
Secteur privé à but non lucratif	18 863	7 574	30 192	5 339	61 968	13,9
Secteur privé à but lucratif	57 097	11 024	25 351	935	94 407	21,1
Hospitalisation partielle (en places)	21 611	27 138	6 418		55 167	100,0
Secteur public	10 226	21 906	1 616		33 748	61,2
Secteur privé à but non lucratif	2 180	4 764	3 230		10 174	18,4
Secteur privé à but lucratif	9 205	468	1 572		11 245	20,4

Sources : DREES, SAE 2007 - France métropolitaine et DOM.

Évolution du nombre de lits entre 1998 et 2007



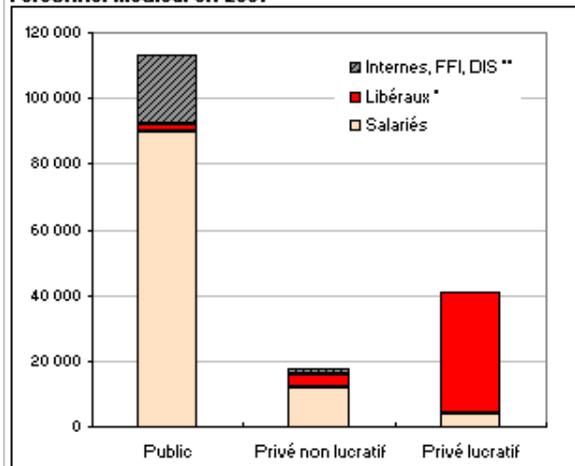
Évolution du nombre de places entre 1998 et 2007



NB : pour l'année 1994, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

Sources : DREES, SAE 1998 et 2007 - France métropolitaine et DOM.

Personnel médical en 2007



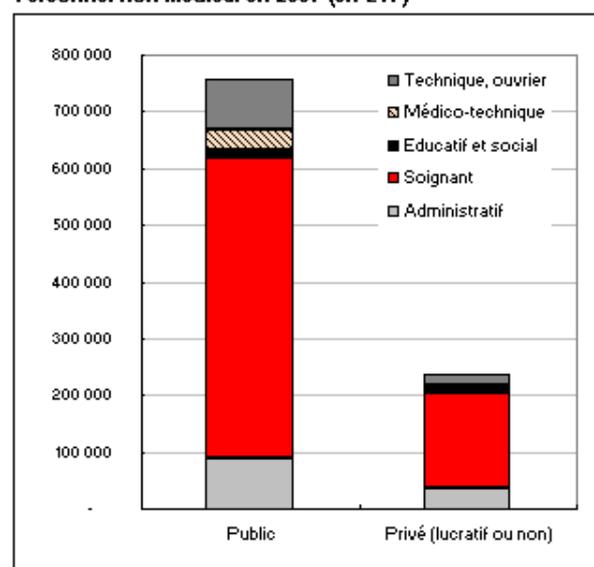
* Libéraux dans les hôpitaux locaux, seulement pour le secteur public.

** FFI : faisant fonction d'interne, DIS : diplôme inter-universitaire de spécialités.

NB : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Sources : DREES, SAE 2007 - France métropolitaine et DOM.

Personnel non médical en 2007 (en ETP)



Sources : DREES, SAE 2007 - France métropolitaine et DOM.

1.4 L'activité hospitalière

L'activité d'hospitalisation produite par les établissements de santé est mesurée dans la SAE en nombre de séjours (entrées pour **l'hospitalisation complète** ou venues pour **l'hospitalisation partielle**), ainsi qu'en nombre de journées en hospitalisation complète. D'autres informations relatives à l'activité hospitalière de court séjour (MCO) sont disponibles par le biais du **PMSI**, utilisé comme support du financement dans la **T2A** depuis 2004 dans le secteur public et 2005 dans le secteur privé.

En 2007, la SAE a enregistré 25 millions de séjours, ce qui représente une baisse de -1 % de la quantité d'activité hospitalière produite par rapport à 2006, après une hausse de +3,1 % en 2005 et de +2,7 % en 2006 : cette baisse se décompose en -0,4 % en hospitalisation complète et -1,6 % en hospitalisation partielle (après une très forte hausse de +6,3 % en 2005 et +5,0 % en 2006). Dans les deux cas, le secteur privé à but lucratif est celui qui connaît le recul le plus important. Ainsi, en hospitalisation partielle, le secteur privé connaît une baisse du nombre de venues de -6,9 % en 2007 après une hausse de +15,5 % en 2005 et +11,7 % en 2006. Au moins en partie, cette chute semble s'expliquer non pas par la disparition, mais par la requalification en activité non hospitalière d'actes dont la réalisation peut – dans certains cas et sous certaines conditions – relever d'un simple environnement hospitalier, voire d'une activité externe. L'arrêté relatif aux **actes dits « frontière »** de mars 2006 et le décret créant les forfaits de sécurité et d'environnement hospitalier (**FSE**) de février 2007 ont en effet précisé et complété les règles de facturation initiales introduites avec la **T2A**.

En psychiatrie, l'hospitalisation partielle continue à augmenter, comme celle des capacités. Si

l'hospitalisation à temps plein diminue dans les établissements publics en 2007, elle augmente dans les établissements privés ; ceux-ci représentent le tiers des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie. La durée moyenne de séjour reste stable, autour de 30 jours. Elle est plus élevée dans les établissements privés (35 jours) que dans les hôpitaux publics (28).

L'activité de soins de suite et de réadaptation augmente depuis plusieurs années, quel que soit le mode d'hospitalisation. Avec 2,8 millions de séjours en 2007, elle représente 22 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 15 % des venues en hospitalisation partielle. Le nombre de venues a fortement progressé (+7,6 %), surtout dans les cliniques privées. En hospitalisation complète, on enregistre 29 millions de journées en 2007, soit une hausse de 1,4 %. La durée moyenne de séjour recule légèrement, passant de 33,1 jours à 32,9.

Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée continue à décroître : -1,7 % en 2007. Ce recul s'explique par la transformation d'unités de soins de longue durée en **EHPAD**. Il est toutefois moins prononcé qu'en 2005-2006 car la mise en œuvre des réformes des EHPAD se termine.

Outre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, on comptabilise 16 millions de traitements et cures ambulatoires (dont 4,8 millions de séances de dialyse, 3,5 millions de préparations de chimiothérapie et 3,5 millions de séances de radiothérapie). Les urgences ont accueilli 15,4 millions de passages en 2006, et on compte environ 28 millions de consultations externes dans les hôpitaux publics.

Définitions

Hospitalisation partielle : elle concerne les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, ou des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances) ; **Hospitalisation complète** : elle comprend les séjours de plus d'un jour ; **PMSI** : programme médicalisé du système d'information ; **T2A** : tarification à l'activité ; **FSE** : le décret du 27 mars 2007 (article R-162-32) a estompé cette frontière en créant une prestation intermédiaire entre l'hospitalisation partielle et l'activité externe : la réalisation d'actes énumérés dans une liste peut nécessiter, notamment en raison de l'état du patient, le recours à un « secteur » opératoire (qui ne se confond pas avec un bloc opératoire) ou à un « environnement hospitalier » pour sa mise en observation. Si tel est le cas, les actes de la liste ouvrent alors droit à la facturation du FSE (il existe 4 niveaux de forfaits depuis 2008), mais ces actes continuent de pouvoir être facturés en GHS si les conditions définissant l'hospitalisation dans l'arrêté frontière sont réunies ou simplement en actes externes. C'est le cas des endoscopies digestives sans anesthésie par exemple ; **actes dits « frontière »** : l'arrêté annuel relatif à la classification des prestations facturables (dans le cadre de la T2A qui finance l'activité MCO) a, en mars 2006, précisé dans son article 5 que les prises en charge inférieures à une journée ne peuvent faire l'objet d'une facturation en groupe homogène de séjour (donc en hospitalisation partielle) que si leur réalisation nécessite certains moyens mentionnés, par exemple l'utilisation d'un lit ou d'une place. *A contrario*, ils doivent être facturés en actes externes si ces moyens ne sont requis ni par l'acte, ni par l'état du patient ; **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Pour en savoir plus

« L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle », S. Arnault, F. Evain, A. Fizzala, I. Leroux, *Études et résultats*, n° 687, DREES, mai 2009.

« La spécialisation des établissements de santé », P. Lombardo, *Études et résultats*, n° 664, DREES, octobre 2008.

L'activité hospitalière 1.4

Évolution de l'activité hospitalière en nombre de séjours

	Entrées ou venues (en milliers)				Taux d'évolution annuel (en %)		
	2004	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Ensemble	23 900	24 649	25 321	25 060	3,1	2,7	-1,0
Venues en hospitalisation partielle	12 116	12 883	13 527	13 313	6,3	5,0	-1,6
Secteur public	6 967	7 235	7 451	7 467	3,9	3,0	0,2
Secteur privé à but non lucratif	2 266	2 317	2 356	2 383	2,2	1,7	1,1
Secteur privé à but lucratif	2 883	3 331	3 720	3 464	15,5	11,7	-6,9
Entrées en hospitalisation complète	11 785	11 766	11 794	11 747	-0,2	0,2	-0,4
Secteur public	6 964	7 078	7 180	7 192	1,6	1,4	0,2
Secteur privé à but non lucratif	1 142	1 142	1 151	1 142	0,0	0,8	-0,8
Secteur privé à but lucratif	3 679	3 546	3 463	3 413	-3,6	-2,4	-1,4

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004 à 2007 ; DREES, SAE 2007.

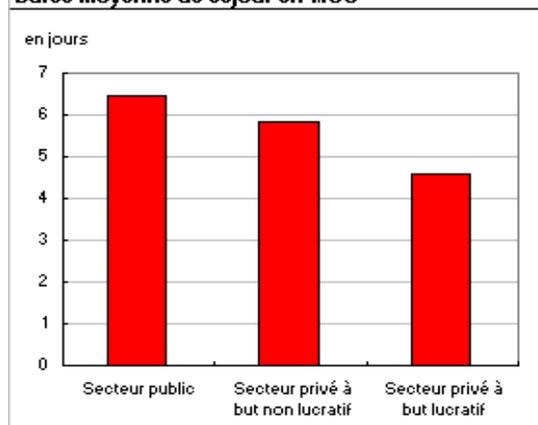
Évolution du nombre de journées par spécialité en hospitalisation complète

	Nombre de journées (en milliers)				Taux d'évolution annuel (en %)		
	2004	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Entrées en hospitalisation complète	135 691	134 000	132 231	131 739	-1,2	-1,3	-0,4
Secteur public	89 720	88 842	87 755	87 387	-1,0	-1,2	-0,4
Secteur privé à but non lucratif	18 389	18 118	17 909	17 788	-1,5	-1,2	-0,7
Secteur privé à but lucratif	27 582	27 040	26 568	26 563	-2,0	-1,7	0,0
<i>dont</i>							
MCO	61 667	60 765	60 165	59 729	-1,5	-1,0	-0,7
Secteur public	40 932	41 080	41 199	41 110	0,4	0,3	-0,2
Secteur privé à but non lucratif	4 877	4 812	4 809	4 731	-1,3	-0,1	-1,6
Secteur privé à but lucratif	15 858	14 873	14 157	13 888	-6,2	-4,8	-1,9
Soins de suite et réadaptation	27 953	28 538	28 959	29 378	2,1	1,5	1,4
Secteur public	11 545	11 799	11 954	12 074	2,2	1,3	1,0
Secteur privé à but non lucratif	8 789	8 775	8 800	8 820	-1,5	0,3	0,2
Secteur privé à but lucratif	7 619	7 963	8 205	8 483	4,5	3,0	3,4
Psychiatrie	18 788	18 779	18 649	18 580	-0,1	-0,7	-0,4
Secteur public	12 640	12 583	12 438	12 322	-0,4	-1,2	-0,9
Secteur privé à but non lucratif	2 356	2 319	2 323	2 339	-1,5	0,2	0,7
Secteur privé à but lucratif	3 793	3 877	3 888	3 918	2,2	0,3	0,8
Soins de longue durée	27 283	25 919	24 459	24 052	-5,0	-5,6	-1,7
Secteur public	24 604	23 380	22 164	21 881	-5,0	-5,2	-1,3
Secteur privé à but non lucratif	2 368	2 212	1 977	1 898	-6,6	-10,6	-4,0
Secteur privé à but lucratif	311	327	318	273	5,2	-2,9	-14,2

Champ : France métropolitaine et DOM.

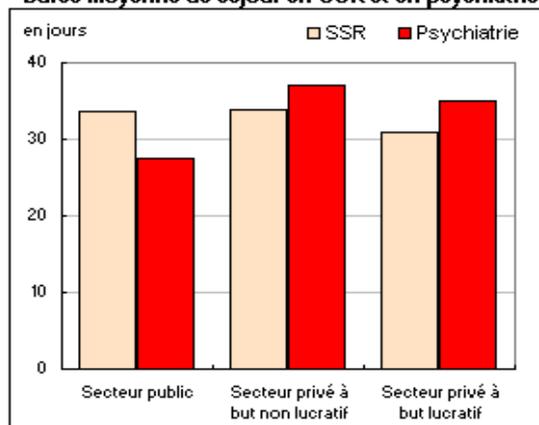
Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004 à 2007 ; DREES, SAE 2007.

Durée moyenne de séjour en MCO



Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2007.

Durée moyenne de séjour en SSR et en psychiatrie



Sources : DREES, SAE 2007.

1.5 La consommation de soins de médecins

En 2008, la consommation de **soins de médecins** s'élève à 21,5 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 3,2 %. Après une légère baisse en 2006, le volume des soins de médecins progresse à nouveau : de 1,3 % en 2007 puis de 1,5 % en 2008. Parallèlement l'augmentation du prix des soins de médecins ralentit en 2008 : +1,6 % après deux années de hausse sensible (+3,4 % en 2007 et +4,6 % en 2006).

L'évolution des prix en 2006 et 2007 s'expliquait :

- par les mesures prises en 2006 et 2007 de revalorisation des honoraires des omnipraticiens (le prix de la consultation est passé à 21 € en août 2006 et à 22 € en juillet 2007) ;
- le développement de la part des forfaits dans la rémunération des médecins (rémunération du médecin traitant pour les omnipraticiens, ou encore rémunération forfaitaire au titre des gardes et astreintes) ; entre 2005 et 2007 la part du forfait médecin traitant dans les honoraires des omnipraticiens est passée de 3,5 % à 6,2 % ;
- la création en 2005 de la classification commune des actes médicaux (**CCAM**) 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. Dans la plupart des cas, ce changement de nomenclature s'est traduit par des hausses de tarifs. Seuls certains tarifs avaient été revus à la baisse (notamment pour les spécialistes en radiologie) ;
- l'évolution de la part des dépassements, le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer ayant progressé en effet ces dernières années, notamment chez les spécialistes.

Ces différents facteurs de croissance pèsent encore sur l'évolution de 2008, mais de façon plus limitée : seuls quelques actes techniques ayant été réévalués en 2008 avec l'achèvement de la deuxième phase de convergence vers des tarifs cible de la classification commune des

actes médicaux (CCAM). La progression des prix en 2008 (+1,6 %) s'explique ainsi essentiellement par l'effet en année pleine de la revalorisation de la consultation de généraliste en juillet 2007 et par la revalorisation en 2008 de certains tarifs de chirurgie et d'obstétrique. Après avoir repris en 2007, la hausse des dépassements connaît quant à elle un ralentissement en 2008.

A contrario, les facteurs de croissance des volumes se maintiennent :

- augmentation du nombre global des actes ;
- et déformation de sa structure avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes.

La CNAM note toutefois une décélération sur les volumes de consultations de spécialistes due à la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins (passage préalable par le médecin traitant) qui est entrée en application le 2 septembre 2007 : le ticket modérateur est désormais majoré de 25 %, le taux de remboursement passant de 60 % à 50 % en ce cas. La pénalisation hors parcours de soins a encore été accrue en 2009, le taux de remboursement étant désormais abaissé à 30 %.

Au total, l'évolution des honoraires moyens des médecins en activité complète et exclusivement libérale aurait varié différemment entre généralistes et spécialistes : le taux d'évolution des honoraires nets des omnipraticiens aurait progressé de 1,3 % en 2008 après +4,6 % en 2007, tandis que celui des médecins spécialistes aurait évolué en sens inverse : +3,4 % en 2008 contre +2,7 % en 2007. Notons cependant que les revenus des médecins libéraux ne sont pas identiques à leurs honoraires dans la mesure où il convient d'ajouter les autres revenus (notamment les revenus salariés éventuels) et de soustraire les charges (frais de gestion, amortissements...) acquittées par les praticiens.

Définitions

Soins de médecins : dans les Comptes de la santé, ils comprennent les consultations externes des hôpitaux mais excluent les honoraires des médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète.

CCAM : classification commune des actes médicaux, qui a remplacé en 2005 la nomenclature générale des activités professionnelles basée sur les lettres-clés, et revalorisé certains actes.

Pour en savoir plus

« Les revenus libéraux des médecins en 2006-2007 », H. Fréchou et F. Guillaumat-Tailliet, *Études et Résultats*, n° 686, DREES, avril 2009.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », fiche 10-1 « Bilan financier de la CCAM », juin 2009.

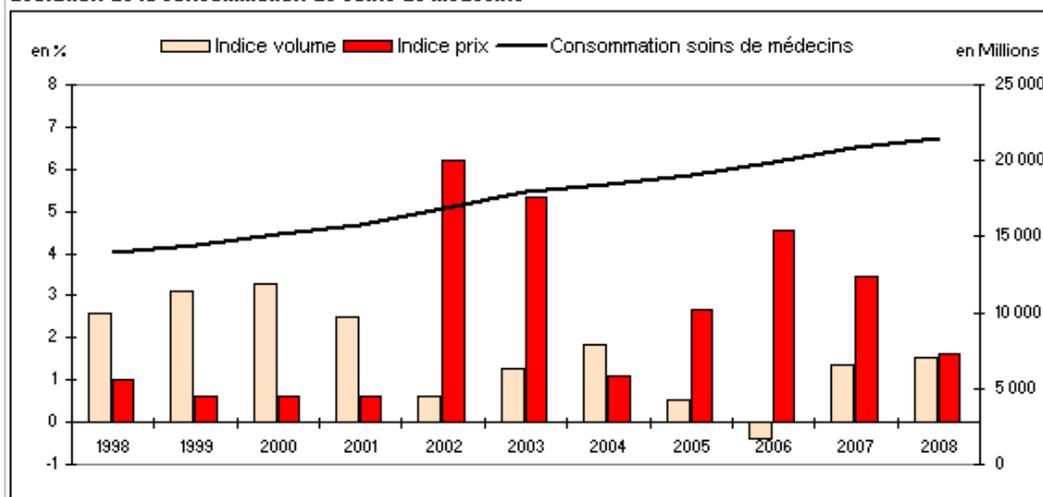
La consommation de soins de médecins 1.5

Consommation de soins de médecins

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation totale (millions €)		13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 821	21 484
Évolution (en %)	Valeur	3,7	3,7	3,9	3,1	6,8	6,7	3,0	3,2	4,2	4,8	3,2
	Prix	1,0	0,6	0,6	0,6	6,2	5,4	1,1	2,7	4,6	3,4	1,6
	Volume	2,6	3,1	3,3	2,5	0,6	1,3	1,9	0,5	-0,4	1,3	1,5

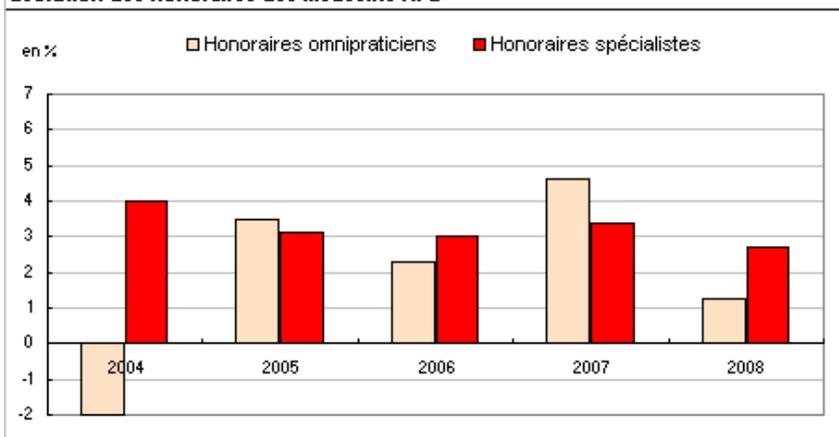
Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins



Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution des honoraires des médecins APE *



* APE : activité à part entière

Sources : CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

1.6 Les effectifs de médecins

Au 1^{er} janvier 2008, on compte plus de 208 000 médecins en France métropolitaine et plus de 4 000 dans les DOM dans le répertoire **ADELI**. Les médecins libéraux et mixtes (au nombre de 122 000) représentent 59 % de l'ensemble des médecins. Ce pourcentage diminue au fil des ans : il était de 60 % en 2000.

Entre 2000 et 2008, dans le **SNIR**, la part des effectifs d'omnipraticiens dans l'ensemble des médecins libéraux a très peu varié, passant de 53,3 % à 52,9 %.

En 2008, parmi les médecins de secteur 1 (honoraires conventionnels), le nombre d'omnipraticiens progresse de 0,5 %. Celui des spécialistes diminue de 0,6 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur 2 (honoraires libres), alors que les omnipraticiens sont toujours moins nombreux avec une baisse de 2,6 % des effectifs, le nombre des spécialistes progresse encore : +1,9 %. Ces rythmes sont proches de ceux observés les années précédentes.

La part des omnipraticiens exerçant en secteur 2 ou pouvant pratiquer un dépassement permanent (DP) est de 11 % en 2008 alors qu'elle atteint 40 % chez les spécialistes. Au total, un médecin sur quatre pratique des dépassements, soit une proportion comparable à celle observée en 2007. Les médecins qui sont anciens chefs de clinique ou assistants des hôpitaux peuvent choisir le secteur 2. 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 1 qui appliquent les tarifs conventionnels. Cela explique en partie les honoraires plus élevés des médecins du secteur 2.

La répartition des médecins sur le territoire est assez inégale : la densité moyenne de praticiens par rapport à la population est de 338 médecins

pour 100 000 habitants. Elle est maximale en Île-de-France, avec 411 médecins pour 100 000 habitants. Si elle est également forte dans les régions du sud de la France, la densité de médecins est en revanche plus faible dans les régions du nord et du centre, et la plus faible en Picardie (259 médecins pour 100 000 habitants).

La structure de l'offre est également très variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 57 % de spécialistes pour 43 % d'omnipraticiens, tandis qu'en Picardie, les proportions s'inversent avec 45 % de spécialistes et 55 % d'omnipraticiens.

La profession se féminise de plus en plus : les femmes représentent le quart des praticiens de 60 ans et plus, mais 55 % des praticiens de moins de 40 ans.

Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie (à 89 %), endocrinologie, dermatologie ou pédiatrie (à 60 %) par exemple. Et si trois chirurgiens sur quatre sont des hommes en 2008, le nombre de femmes chirurgiens augmente fortement dans les jeunes générations : 40 % des chirurgiens de moins de 35 ans sont des femmes.

Les femmes exercent moins en libéral que les hommes : elles constituent 32 % des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2008. Toutefois, en raison du fort abaissement du *numerus clausus* intervenu dans les années 80-90, le nombre de médecins devrait maintenant diminuer et ce jusqu'en 2019. Il devrait croître à nouveau à partir de 2020, sous l'hypothèse de comportements d'activité constants et d'un *numerus clausus* progressivement porté à 8 000 (contre 8 500 en 1971 et 3 500 en 1993) et maintenu à ce niveau jusqu'en 2020. La France métropolitaine compterait ainsi presque autant de médecins qu'aujourd'hui à l'horizon 2030.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée). À champ comparable, ADELI recense 118 000 médecins libéraux contre 116 000 dans le SNIR.

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

« Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2008 », D. Sicart, *Document de travail*, n° 127, DREES, octobre 2008.

« Les revenus libéraux des médecins en 2005-2006 », H. Fréchou et F. Guillaumat-Tailliet, *Études et Résultats*, n° 643, DREES, juin 2008.

« Les professions de santé et leurs pratiques », DREES, *Document de travail, série Statistiques*, n° 1, janvier-mars 2006.

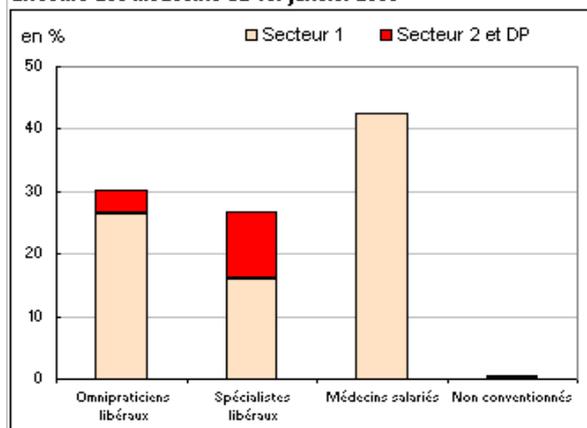
Les effectifs de médecins 1.6

Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

SNIR	2000	2005	2006	2007	2008	Evolution 2008/2007
Omnipraticiens libéraux	60 823	60 975	61 224	61 294	61 359	0,1
Secteur 1	51 640	52 602	52 994	53 289	53 562	0,5
Secteur 2	8 536	7 552	7 404	7 196	7 010	-2,6
DP	58	28	28	24	24	0,0
Non conventionnés	589	793	798	785	763	-2,8
Spécialistes libéraux	53 171	53 651	54 061	54 315	54 464	0,3
Secteur 1	33 164	32 597	32 631	32 503	32 303	-0,6
Secteur 2	18 744	20 387	20 821	21 262	21 657	1,9
DP	1 184	539	476	411	360	-12,4
Non conventionnés	79	128	133	139	144	3,6
ADELI	2000	2005	2006	2007	2008	Evolution 2008/2007
Médecins libéraux et mixtes	117 041	121 049	121 634	122 103	122 145	0,0
Médecins salariés	76 959	84 815	85 643	86 088	86 104	0,0
dont salariés hospitaliers	55 457	60 705	61 797	62 850	63 628	1,2
Ensemble	194 000	205 864	207 277	208 191	208 249	0,0

Sources : CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI pour l'ensemble.

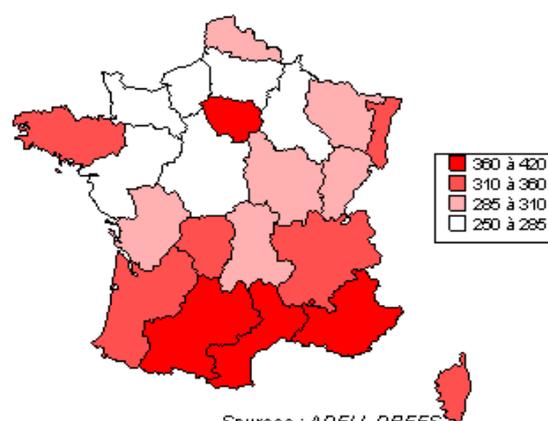
Effectifs des médecins au 1er janvier 2008



Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine, traitement DREES.

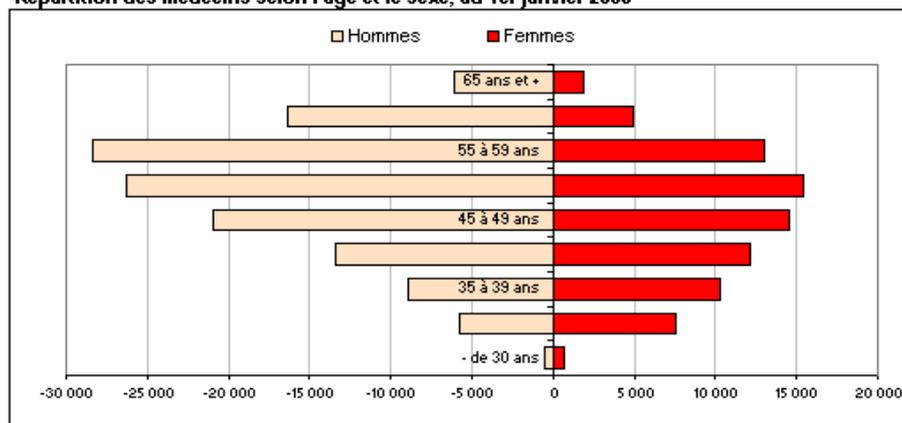
Densité de médecins par région, au 1er janvier 2008

nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : ADELI, DREES.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe, au 1er janvier 2008



Sources : ADELI, DREES.

1.7 Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 9,7 milliards d'euros en 2008, soit une croissance de 2,7 % en valeur par rapport à 2007, et de 0,9 % en volume. Les évolutions observées en 2007 et 2008 marquent ainsi une décélération par rapport à la forte hausse de 2006. Le prix des soins dentaires progresse de 1,8 % après 1,3 % en 2007.

La progression des honoraires moyens s'était particulièrement ralentie en 2005 (+1,2 % seulement). Depuis 2006, les honoraires moyens retrouvent un taux de progression annuel proche de 3 % qui reste nettement inférieur à celui des années 2000-2003. La part des dépassements dans les honoraires dentaires continue à croître et atteint 49,7 % en 2008.

En 2008, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux est de 36 500, en léger recul pour la deuxième année consécutive. Dans le même temps, la croissance du nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés (plus de 42 000) se tasse par rapport aux années précédentes. La densité de chirurgiens-dentistes est ainsi passée de 67 pour 100 000 habitants en 1990 à 65 pour 100 000 fin 2007. Le ralentissement de la croissance démographique ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 47 ans fin 2007) sont

consécutifs à la mise en place du numérus clausus institué en 1971, qui a fortement réduit le nombre de places entre 1985 et 1995.

Plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Parmi ceux-ci, 98,8 % sont conventionnés.

Avec une femme pour deux hommes actifs, c'est la moins féminisée des professions de santé réglementées ; ce faible taux de féminisation peut s'expliquer pour partie par le fait que les femmes sont moins enclines à exercer en libéral.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe une disparité importante des densités entre le Nord et le Sud du pays, ainsi qu'une concentration dans les grandes agglomérations au détriment des zones rurales. L'activité varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes d'orthodontie (TO) en 2003 pour seulement 25 % d'actes conservatoires (SC) et 25 % de prothèses dentaires (SPR), les praticiens des zones rurales se distinguent de leurs confrères, qui affichent en moyenne 48 % de SC, 40 % de SPR et seulement 12 % de TO.

Pour en savoir plus

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

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

« Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », N. Legendre, *Études et Résultats*, n° 501, DREES, juin 2006.

Les chirurgiens-dentistes 1.7

Consommation de soins dentaires

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation totale (millions €)	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 397	9 651
Évolution (en %)											
Valeur	2,4	0,7	3,8	8,8	5,7	7,1	4,7	1,1	4,1	3,5	2,7
Prix	-0,1	-0,3	1,2	-4,4	-4,6	0,9	0,3	1,0	1,8	1,3	1,8
Volume	2,6	1,0	2,5	13,8	10,9	6,1	4,4	0,1	2,3	2,2	0,9
Honoraires moyens par an * (€)	151,7	152,2	160,9	174,3	190,8	200,7	208,5	211,1	216,4	223,6	230,1

* Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).

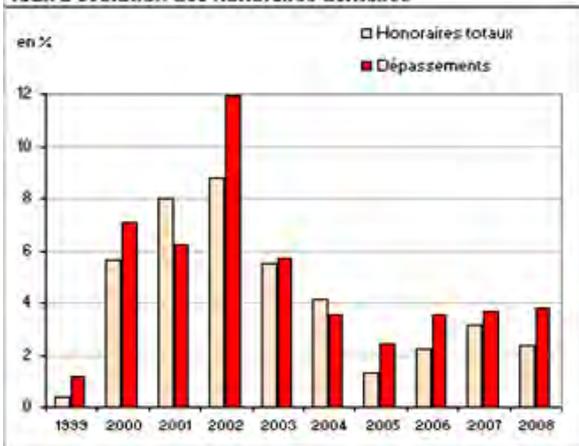
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Part des dépassements dans les honoraires dentaires

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Honoraires totaux (millions €)	6 840	7 215	7 515	7 612	7 780	8 023	8 211
Évolution en %		5,5	4,2	1,3	-2,2	3,1	2,3
Dépassements (millions €)	3 266	3 454	3 575	3 663	3 792	3 930	4 079
Évolution en %		5,7	3,5	2,4	3,5	3,7	3,8
Part des dépassements (en %)	47,8	47,9	47,6	48,1	48,7	49,0	49,7

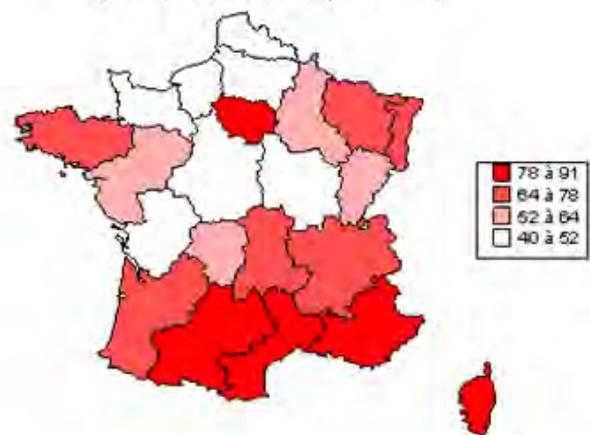
Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine, calculs DREES.

Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources : CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (au 1/1/2008)



Sources : ADEL, DREES.

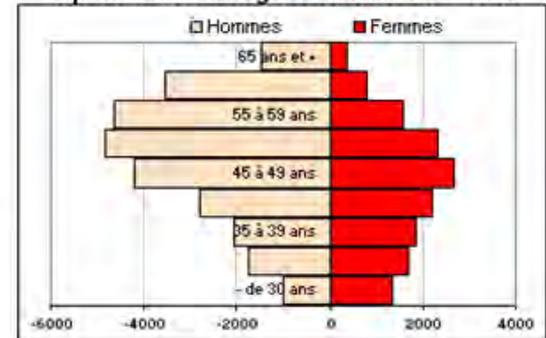
Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

	2005	2006	2007	2008
Ensemble	41 653	41 857	42 169	42 046
dont Praticiens libéraux	36 335	36 747	36 642	36 355
Conventionnés	35 882	36 312	36 207	35 938
DP	377	357	331	300
Non conventionnés	76	78	104	117

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADEL pour l'ensemble, CNAMTS, SNIR pour les praticiens libéraux.

Répartition des chirurgiens-dentistes au 1/1/2008



Sources : ADEL, DREES.

1.8 Les auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 11 milliards d'euros en 2008, soit une hausse de 7,5 % en valeur et de 5,7 % en volume. L'effet prix global est de 1,7 % en 2008. Au 1^{er} janvier 2008 a été instaurée une franchise de 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical, destinée à contribuer au financement des plans de santé publique. Cette franchise est plafonnée à 2 € par jour et globalement plafonnée avec les autres franchises (médicaments et transports) à 50 € par an.

Dans les Comptes de la santé, les **soins infirmiers** comprennent les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui en constituent une part croissante. En 2008, les soins infirmiers s'élevaient à 5,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 8,2 % en valeur après +9,5 % en 2007 et +7,6 % en 2006. Les SSIAD connaissent quant à eux une croissance moyenne de 12 % par an depuis 2002.

En effet, après plusieurs années sans revalorisation, la signature d'une nouvelle convention nationale de la profession en 2007 s'est accompagnée d'une hausse des tarifs infirmiers en deux étapes : la première en juillet 2007 et la seconde en avril 2009. Le tarif des actes en **AMI** (soins courants) qui représentent 66 % des actes, est passé de 2,90 € à 3 €, puis 3,15 €, et celui des actes en **AIS** (plans de soins infirmiers) de 2,40 € à 2,50 €, puis 2,65 €. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2 € à 2,20 €, puis 2,30 € et la majoration du dimanche est passée de 7,62 € à 7,80 €, puis 8 €.

En 2008, les soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élevaient à 4,3 milliards d'euros et progressent par rapport à 2007 de 6,6 % en valeur comme en volume.

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

pour objet une simplification administrative : elle organise une meilleure orientation et prise en charge des patients. Seuls certains actes sont revalorisés d'un demi-point de coefficient : les rééducations ostéo-articulaires (fractures) et rachidiennes (dos), cotées AMK en ville et AMC en établissement.

En 2008, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent 0,9 milliard d'euros, soit une augmentation de 7,8 % en valeur et de 6,6 % en volume par rapport à 2007. Fin décembre 2007, les actes des orthophonistes ont été revalorisés : le tarif de l'AMO est passé de 2,37 € à 2,40 €. Les actes des orthoptistes ont également été revalorisés en 2008, le tarif de l'AMY passant de 2,38 € à 2,50 €.

Les effectifs d'auxiliaires médicaux ont progressé d'environ 3 % par an entre 2002 et 2007. La baisse apparente des effectifs globaux en 2008 résulte d'une opération qualité menée sur le répertoire ADELI, qui a conduit à diminuer le nombre d'infirmiers salariés. Les effectifs d'auxiliaires libéraux augmentent eux aussi à un rythme croissant : la progression atteint 3,7 % en 2008 contre seulement 2,2 % en 2003.

Les infirmiers libéraux représentent près de 12 % de l'ensemble des effectifs infirmiers totaux. Depuis trois ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux est supérieure à celle des infirmiers salariés. La majorité des infirmiers salariés sont employés dans le secteur hospitalier.

Depuis 2005, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+2,8 % en 2008) augmente moins vite que celui des infirmiers libéraux (+4,4 %), alors que c'était le contraire entre 2000 et 2004. Enfin, la croissance des effectifs d'orthophonistes et d'orthoptistes en 2008 est de 4 %. 78 % des orthophonistes exercent à titre libéral ; cette proportion est de 60 % pour les orthoptistes.

Définitions

AMI : Actes infirmiers classiques tels que pansements ou piqûres.

AIS : Actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé : estimation au 1^{er} janvier 2009 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 131, DREES, avril 2009.

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

Les auxiliaires médicaux 1.8

Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

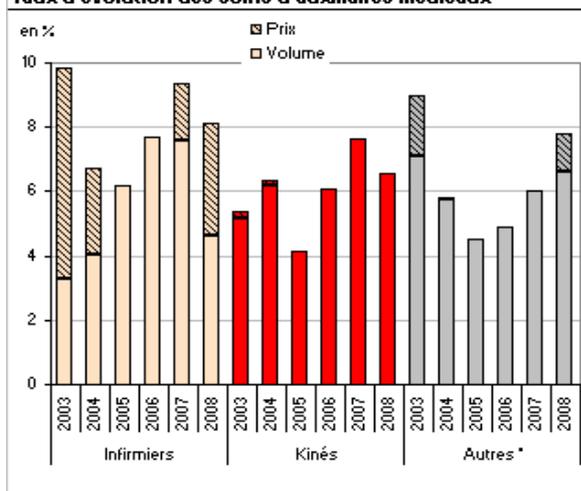
en millions d'euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 853	9 453	10 253	11 022
Infirmiers	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 299	4 564	4 911	5 377	5 816
dont SSIAD *	529	563	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211
Kinésithérapeutes	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 789	4 078	4 346
Orthophonistes, orthoptistes	429	469	497	532	595	649	687	718	753	798	860
Évolution en valeur (en %)		6,7	6,4	6,0	9,6	8,0	6,5	5,2	6,8	8,5	7,5

* SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

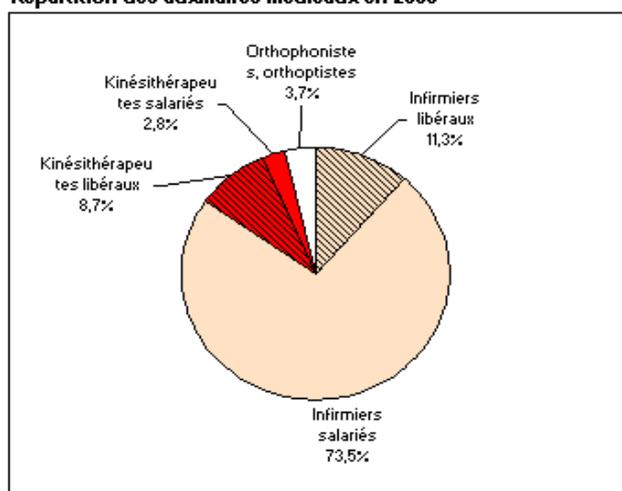
Taux d'évolution des soins d'auxiliaires médicaux



* Orthophonistes, orthoptistes

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Répartition des auxiliaires médicaux en 2008



Sources : SNIR et ADELI, traitement DREES.

Effectifs des auxiliaires médicaux

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble libéraux et salariés *	492 001	507 285	524 259	542 132	561 590	578 012	574 809 *
Infirmiers *	418 571	431 565	446 100	461 503	478 483	493 503	487 663 *
Kinésithérapeutes	56 440	58 109	59 895	61 705	63 431	64 098	65 931
Orthophonistes	14 635	15 159	15 707	16 288	16 946	17 545	18 250
Orthoptistes	2 355	2 452	2 557	2 636	2 730	2 866	2 965
dont libéraux	103 566	105 869	108 782	112 429	116 277	120 684	125 152
Infirmiers	49 794	50 231	51 400	53 153	55 227	57 815	60 344
Kinésithérapeutes	41 237	42 609	43 892	45 230	46 504	47 689	49 013
Orthophonistes	11 061	11 504	11 910	12 444	12 894	13 487	14 035
Orthoptistes	1 474	1 525	1 580	1 602	1 652	1 693	1 760

* rupture de série : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Champ : France entière.

Sources : DREES, ADELI pour l'ensemble ; CNAMTS - SNIR pour les auxiliaires libéraux.

1.9 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En 2008, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire** s'élève à 4,3 milliards d'euros, en augmentation de 2,9 % en valeur et en volume par rapport à 2007. Les prix n'ont pratiquement pas augmenté, comme c'est le cas depuis 2004 ; la seule hausse de tarif intervenue en 2008 est celle des prélèvements à domicile ; celle-ci n'a pas été compensée par la baisse de cotation intervenue sur une cinquantaine d'actes. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 9 % par an entre 2001 et 2003), les évolutions observées depuis quatre ans sont plus modérées : entre 3 et 4 % par an.

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.

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 et la cotation de 51 actes a diminué. Outre leur effet direct sur la structure de financement des dépenses, ces mesures ont contribué à une modération de la consommation en 2008.

Le nombre des laboratoires est en diminution régulière depuis la fin des années 1990 : il est en effet passé de 4 132 en 1998 à 3 832 en 2008.

En 2008, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 305 millions d'euros (hors hébergement), soit une progression en valeur de 0,2 % par rapport à 2007, mais un recul

en volume de 2,8 %. Depuis 2003, on note en effet un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes a reculé de 10 % en 10 ans, passant de 548 000 en 1998 à 492 000 en 2008.

La progression en valeur observée en 2007 et 2008 s'explique 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.

En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour une durée de 5 ans. Elle prévoit des revalorisations tarifaires à compter du 1^{er} janvier 2009.

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.

Les 98 stations thermales et les 118 établissements habilités à dispenser une cure thermale sont très inégalement répartis sur le territoire. 70 % des villes thermales sont concentrées dans 5 régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Définitions

Soins de cure thermale : 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 ; sont retracés uniquement les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux.

Pour en savoir plus

Conseil national des exploitants thermaux (CNETh) : www.cneth.org.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009.

1.10 La consommation de médicaments

En 2008, la consommation de médicaments atteint 34,9 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 3 %. Par habitant, son montant est de 544 euros, soit une progression de 2,4 % par rapport à 2007. Les Français consomment ainsi nettement plus de médicaments que leurs voisins européens selon le chiffre d'affaires du secteur rapporté au nombre d'habitants. L'importance de cette consommation par tête provient de la structure de la consommation pharmaceutique française, caractérisée à la fois par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, et par un développement du marché des génériques plus limité. Si la pénétration des génériques dans le répertoire a fortement progressé depuis 2006, leur prescription est en effet encore en retrait par rapport à celle de pays comparables.

Dans la continuité du « plan médicament » de 2005-2007, des mesures ont été prises en 2008 :

- instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments à compter du 1^{er} janvier 2008 (plafonnée globalement avec les autres franchises – auxiliaires médicaux et transports – à 50 € par an), ce qui représente une économie de 750 M€ pour l'assurance-maladie ; cette franchise est destinée à contribuer au financement des plans de santé publique ;
- action sur le **répertoire des génériques** : baisses de prix du répertoire consécutives à la réforme des marges arrière intervenue début 2008, et baisse des **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR), pour une économie de 160 M€ auxquels il faut ajouter les 110 M€ d'effet report de 2007 sur 2008 ;
- déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant : remboursables de façon transitoire à 15 %, ils ne sont plus pris en charge depuis le 1^{er} janvier 2008, soit une économie de 90 M€ ;
- montée en charge des « conditionnements de 3 mois » pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée, qui a dégagé 45 M€ d'économies en 2008 ;
- baisse de prix ciblées, pour une économie de 110 M€, auxquels il faut ajouter les 100 M€ d'effet report de 2007 sur 2008 ;

- actions de maîtrise médicalisée sur les antibiotiques, les antiulcéreux, les antihypertenseurs et les statines, pour une économie de 145 M€ ;

- autres mesures diverses : 35 M€.

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

- coût élevé des nouveaux médicaments mis sur le marché qui occupent une part croissante des dépenses : les renouvellements de molécules sont intervenus pour 12 % dans la croissance du marché des médicaments remboursables en 2008 ;

- progression des ventes de médicaments coûteux traitant des pathologies lourdes ;

- progression des prescriptions hors répertoire.

Entre 1995 et 2000, le volume de la consommation de médicaments a augmenté de plus de 5 % par an en moyenne. Cette croissance s'est accélérée en 2000-2001 où elle a atteint 9 % par an ; le rythme ralentit depuis 2002, mais reste encore élevé en 2008, avec une hausse de volume de 5,4 % par rapport à 2007, alors que les prix reculent de 2,3 % en moyenne.

L'Insee publie deux indices de prix des médicaments : celui des spécialités remboursables et celui des spécialités non remboursables. Ce sont les prix dans les officines qui sont retenus, c'est-à-dire avant prise en charge partielle ou totale des médicaments remboursables par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Une analyse plus détaillée du prix des médicaments à partir de ces deux indices montre que ce sont les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, qui sont à l'origine de l'évolution négative des prix observée depuis 1999. Ainsi en 2008, le prix moyen des spécialités non remboursables a progressé de 3,4 % par rapport à 2007, tandis que celui des spécialités remboursables baissait de 2,7 %. Cette baisse est due à la forte progression des génériques (dont le prix est nettement inférieur à celui des princeps) qui représentent 11 % des médicaments remboursables en 2008, ainsi qu'à la mise en place du TFR qui a favorisé une baisse des prix des princeps (cf. *Annexe 4.3 sur le prix des médicaments*).

Définitions

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un médicament princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

« Les dépenses de médicaments remboursables en 2008 », W. Thao Khamsing, DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

La consommation de médicaments 1.10

Consommation de médicaments

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation totale (millions €)		20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 886	34 902
Évolution (en %)	Valeur	6,0	6,7	9,5	7,9	5,6	6,0	5,7	4,2	3,0	4,5	3,0
	Prix	0,0	-0,2	-0,4	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5	-2,3
	Volume	6,0	7,0	9,0	9,1	6,8	6,5	7,0	5,5	7,0	7,2	5,4

Sources : DREES, Comptes de la santé.

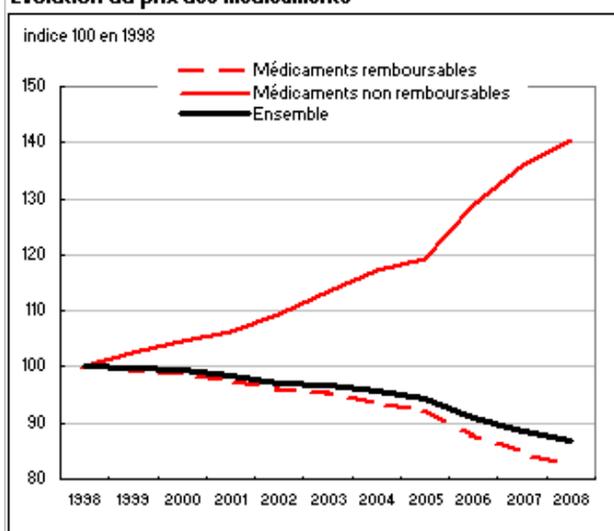
Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2008

	CAHT (en euros) par habitant	Nb de boîtes par habitant	Nb d'unités standardisées par boîte	Nb d'unités standardisées par habitant
Ensemble des 8 pays	246	28	39	1076
Allemagne	292	17	59	1026
Espagne	205	26	37	980
France	336	48	30	1471
Italie	198	30	26	775
Royaume-Uni	166	25	50	1230
Danemark	339	15	66	1026
Pays-Bas	201	16	39	621
Suisse	323	21	53	1084

NB : les données IMS ne tiennent pas compte des ventes ne passant pas par les officines (hôpitaux en particulier). Celles-ci sont sensiblement plus importantes au Royaume-Uni.

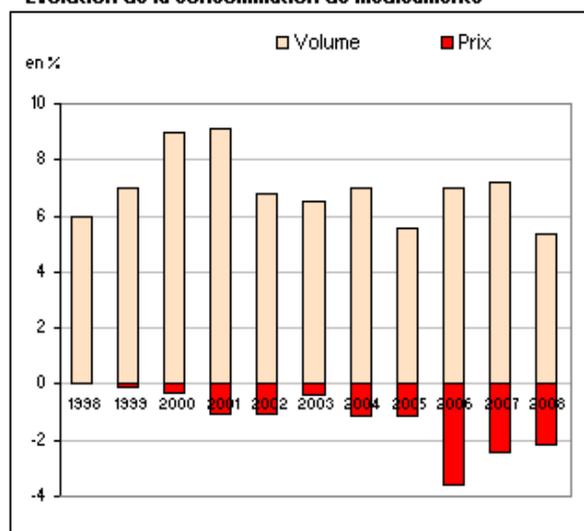
Sources : DSS'6B – données IMS Health.

Évolution du prix des médicaments



Sources : Insee.

Évolution de la consommation de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.11 Le marché des médicaments

En 2008, les ventes de médicaments **génériques** poursuivent leur progression (+6 % par rapport à 2007), avec un taux de croissance nettement supérieur à celui du chiffre d'affaires global des médicaments remboursables (+1,1 %). D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 90 en 2008, sur un total de 348 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques représentent plus de 60 % des ventes en 2008, contre 43 % en 2003. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables continue ainsi à progresser : elle est ainsi passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 11 % en 2008.

Cette évolution pèse directement sur la croissance des prix d'autant plus que la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** a elle aussi favorisé la baisse des prix des princeps. En 2007, on observait encore une différence sensible entre les parts de marché des génériques et des princeps selon que le prix du princeps s'était aligné ou non sur celui des génériques. En 2008, cette différence s'est considérablement réduite. C'est dans les groupes non soumis au TFR que les génériques ont la part de marché la plus importante : 70 % contre seulement 30 % pour les médicaments princeps.

Notons néanmoins que, la part des génériques dans le total des ventes reste encore modeste en comparaison avec d'autres pays européens. En 2006, les génériques représentaient 10 % des ventes et 20 % des boîtes en France ; aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20 % et 24 % des ventes.

Le nombre de présentations augmente de 3,5 % en 2008. La part des médicaments non remboursables progresse de près d'un point, conséquence en partie de la politique de déremboursement. En outre, les médicaments remboursés à 15 % ont totalement disparu en 2008 ; il s'agissait en effet d'un taux de remboursement transitoire pour des médicaments à service médical rendu insuffisant, qui ne sont plus remboursés à partir de 2008. On observe enfin un développement considérable des « conditionnements trimestriels » : 19 millions de boîtes vendues en 2008, soit 3,2 fois plus qu'en 2007.

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (ou « **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 ; l'année 2005 marque une rupture qui se poursuit en 2008. Avec 1,4 milliard d'euros de produits rétrocédés en 2004 et 1,3 milliard d'euros en 2008, la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général passe de 8,5 % en 2004 à 7,3 % en 2008.

Cette évolution est due au décret du 16 juin 2004 qui a réorganisé la rétrocession pour faciliter l'accès des patients à certains médicaments. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2005, les prix des spécialités rétrocédées sont administrés, qu'il s'agisse des prix de vente des laboratoires pharmaceutiques aux hôpitaux ou des prix de vente aux patients.

Définitions

Générique : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Droit de substitution : depuis juin 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps, sa marge restant identique à celle qu'il aurait réalisée avec le médicament de référence. Depuis 2006, le prix d'un générique doit être inférieur à 40 % de celui du princeps, ce qui se justifie par l'absence de frais de recherche et développement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

« Les dépenses de médicaments remboursables en 2008 », W. Thao Khamsing, DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

« Mieux connaître les dépenses de médicaments », CNAM, *Points de repère*, n° 22, décembre 2008.

Le marché des médicaments 1.11

Médicaments génériques et princeps en 2008

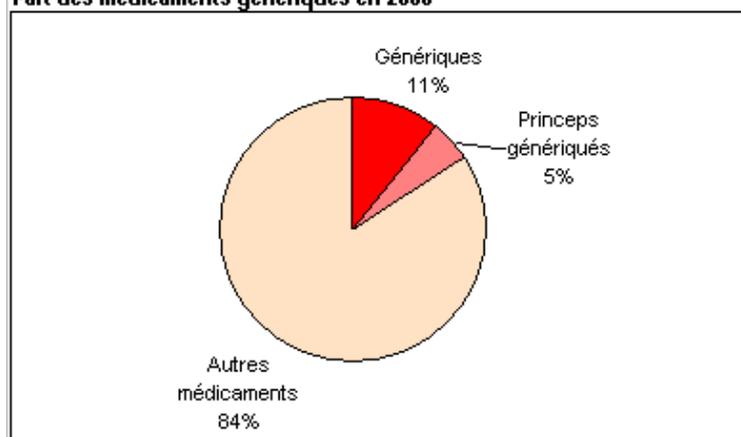
en %

	Génériques	Princeps génériques	Autres	Ensemble
Nombre de présentations	44,2	6,5	49,4	100,0
Part de marché	11,0	5,0	84,0	100,0
Taux de croissance 2008	6,0	-45,2	5,7	1,1
Contribution à la croissance en 2008	0,6	-4,0	4,4	1,1

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement Drees.

Part des médicaments génériques en 2008



Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

en %

	Part de marché		Taux de croissance
	2007	2008	2007-2008
Groupes génériques non soumis au TFR	100,0	100,0	-19,0
Génériques	53,0	70,0	6,0
Princeps	47,0	30,0	-48,0
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	100,0	100,0	-13,0
Génériques	51,0	63,0	-7,0
Princeps	49,0	37,0	-34,0
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	100,0	100,0	-8,0
Génériques	64,0	68,0	-1,0
Princeps	36,0	32,0	-20,0

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Le marché global des médicaments

	Nombre de présentations		Part de marché (en %)	
	2007	2008	2007	2008
Ensemble des médicaments	9 713	10 055	100,0	100,0
Médicaments non remboursables	2 734	2 755	7,9	8,8
Médicaments remboursables	6 979	7 300	92,1	91,2
au taux de 15 %	139	0	1,1	0,0
au taux de 35 %	1 159	1 225	11,9	11,4
au taux de 65 %	5 390	5 746	70,0	69,7
au taux de 100 %	291	329	9,1	10,1

Sources : GERS, traitement DREES.

1.12 Les autres biens médicaux

L'ensemble du poste **autres biens médicaux** est très hétérogène : sa nomenclature, la **LPP**, contient près de 4 000 références.

La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des opticiens, des audioprothésistes, des orthésistes, des podologues, des orthoprothésistes, des podoprothésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ambulatoire s'élève à 10,2 milliards d'euros en 2008 (+6,4 % par rapport à 2007), dont 4,8 milliards d'euros pour l'optique, 1,6 milliard d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), et 3,9 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Après deux années de forte hausse, le taux de croissance de la consommation d'**optique** ralentit en 2008, avec une augmentation de 3,2 % en valeur contre +4,3 % en 2007. Les montants pris en charge par l'assurance maladie sont 12,5 fois inférieurs à la consommation. La consommation des moins de 18 ans représente 18 % des volumes et 30 % des remboursements. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'assurance maladie.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 90. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé : elle atteint un taux de 7,4 % en valeur en 2008, après +5,1 % en 2007 et + 8,4 % en 2006.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement. De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de

30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004. En 2008, la hausse est de 10,3 % par rapport à 2007. Depuis 1995, la valeur de ce poste a ainsi été multipliée par 7 ; en 2008, elle représente 38 % des « autres biens médicaux ».

La mesure qui a eu l'impact le plus fort en 2008 est l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés par exemple) dans le forfait soins des EHPAD à compter du 1^{er} août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'assurance maladie sur prescription médicale ; on a constaté en 2008 une accélération des achats de lits médicalisés avant le transfert de ces matériels à la charge des EHPAD. Cette accélération est à l'origine de 4,5 points de la croissance en valeur du poste « petits matériels et pansements » en 2008.

Les produits 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 du poste « autres biens médicaux ». Cette croissance s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation, d'où un transfert de l'hôpital vers les soins de ville. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2008, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP est d'environ 12 millions et leur âge moyen est de 70 ans. 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...

La hausse résulte également de l'augmentation de certaines pathologies (diabète, insuffisance respiratoire) et du volume de matériels mis à disposition (auto-surveillance du diabète, assistance respiratoire), ou encore aux progrès technologiques (défibrillateurs cardiaques, genoux à microprocesseurs...).

Définitions

Autres biens médicaux : depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des « autres biens médicaux » regroupe exclusivement la consommation prescrite en ambulatoire. Les dépenses de prothèses liées aux soins reçus en hospitalisation complète dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche) sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

LPP : Liste des produits et prestations ; depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Pour en savoir plus

« Les dépenses de soins de ville », F. L , *Études et résultats*, n  591, DREES, août 2007.

« Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n  15, mai 2008.

Les autres biens médicaux 1.12

Consommation des autres biens médicaux

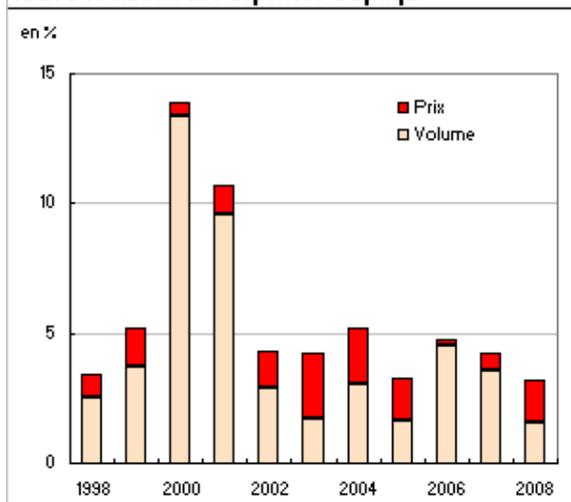
en millions d'euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 621	10 240
Optique	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783
Prothèses, orthèses, VHP *	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 285	1 394	1 464	1 572
Petits matériels et pansements	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 906	3 131	3 523	3 885
Evolution en valeur (en %)		13,2	13,0	12,6	7,7	7,1	7,9	5,4	6,3	7,3	6,4

* Véhicules pour handicapés physiques.

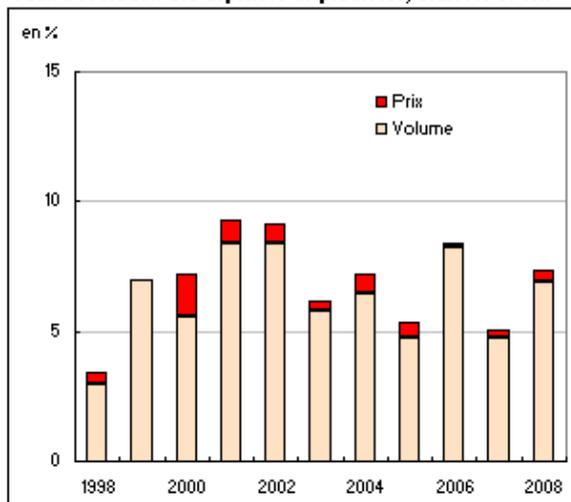
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique



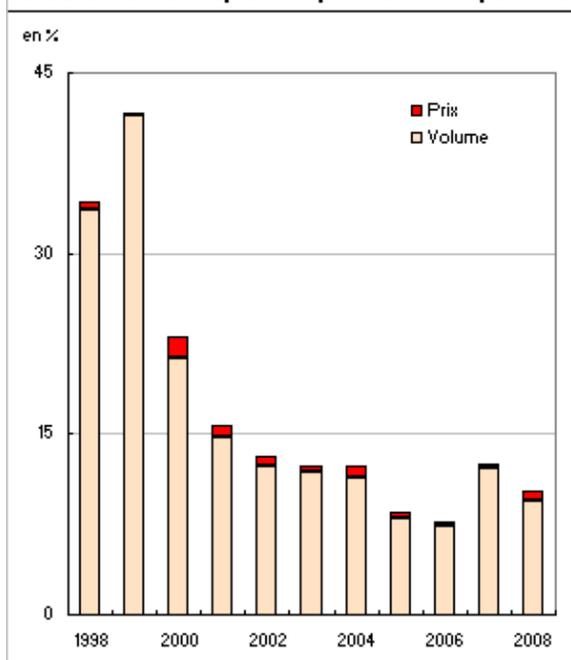
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et VHP



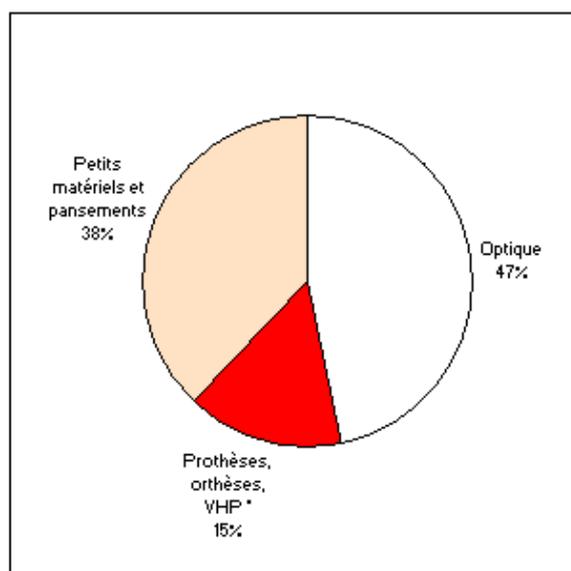
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux



* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.13 Les transports sanitaires

En 2008, la consommation de **transports sanitaires** s'élève à 3,4 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de 4,5 % par rapport à 2007, et de 3,5 % en volume, les prix ayant augmenté de 1 %. Cette évolution est nettement inférieure à celle des années précédentes : plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006.

Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé, de l'ordre de 93 % en 2008. En effet, 90 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % ; et en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

La forte progression de la dépense de transport constatée entre 2000 et 2004 est due à un **effet de structure** : la part de marché des ambulances (très coûteuses) est passée de 34 à 41 % tandis que celle des **VSL** passait de 42 à 30 %, la part des taxis restant stable. La tendance s'est modifiée en 2005, avec un infléchissement de la croissance du transport par ambulance, la baisse de la part du transport par VSL se faisant alors au profit des taxis.

En 2008, les transports sanitaires, hors services médicaux d'urgence (SMUR), sont assurés à hauteur de 42 % par des ambulances, de 26 % par des VSL, de 28 % par des taxis et de 4 % par d'autres moyens de transports (en train principalement).

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années. Des « Contrats de Bonne Pratique » ont en effet été instaurés dans les transports sanitaires depuis 2004. Ils comportent des avantages

financiers forfaitaires en contrepartie d'engagements individuels sur la qualité du service. De nouvelles règles de prescription plus restrictives se sont appliquées aux transports sanitaires à compter du 1^{er} janvier 2007. Un nouveau référentiel médical de prescription de transport permet de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

En outre, des accords d'initiative locale (AIL) ont été mis en place entre les **ARH** et les hôpitaux. Ils incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées. Si ces incitations n'ont eu que peu d'impact sur les prix, elles ont concouru en revanche au ralentissement du volume des transports sanitaires observé à partir de 2007.

Enfin, une nouvelle convention nationale type a été mise en place entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis. Les tarifs des taxis ont été revalorisés de 3,1 % au 1^{er} mars 2008 (après 2,5 % en 2007), sous réserve de la signature de la convention nationale avec une CPAM. Pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale restructure les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et hausse des forfaits. Les forfaits des ambulances et des VSL ont été ainsi majorés en octobre 2008 : +4 % pour les ambulances et +2,5 % pour les VSL. À l'ensemble de ces dispositifs s'est ajoutée au 1^{er} janvier 2008 une franchise médicale à la charge des patients, destinée à contribuer au financement des plans de santé publique. Cette franchise est de 2 € par trajet ; elle est plafonnée à 4 € par jour et globalement avec les autres franchises (médicaments et auxiliaires médicaux) à 50 € par an.

Définitions

VSL : véhicules sanitaires légers.

ALD : affection de longue durée.

Effet de structure : modification des parts de marché entre les acteurs ; lorsque la part des ambulances augmente au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à prix inchangé, car un transport en ambulance est trop fois plus coûteux qu'un transport en VSL.

ARH : agence régionale d'hospitalisation.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2007, prévisions 2008 », juin 2008.

Les transports sanitaires 1.13

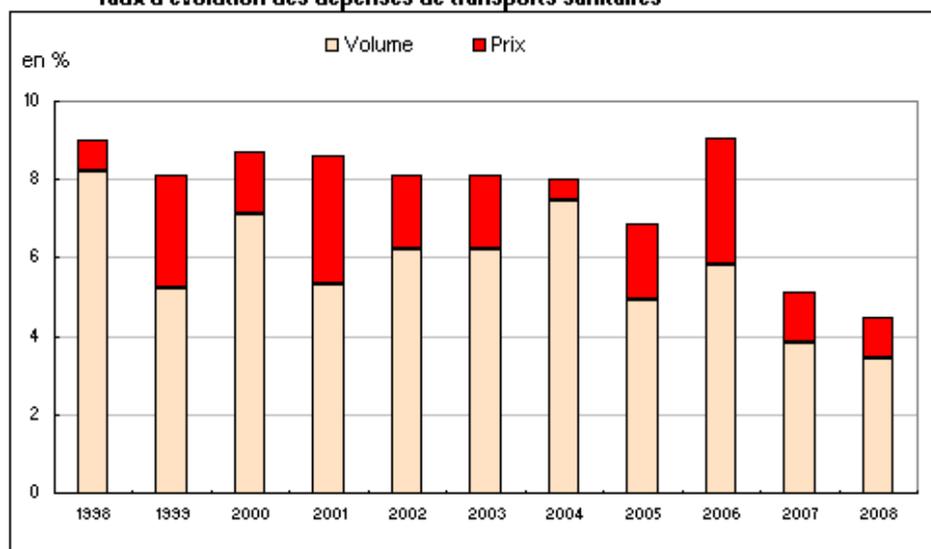
Consommation de transports de malades

en millions d'euros

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consommation de transports		1 608	1 740	1 896	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 243	3 389
Évolution (en %)	Valeur	9,1	8,2	8,8	8,8	8,2	8,2	8,0	7,0	9,2	5,2	4,5
	Prix	0,8	2,9	1,6	3,3	1,9	1,9	0,5	1,9	3,2	1,3	1,0
	Volume	8,2	5,2	7,1	5,3	6,2	6,2	7,5	4,9	5,8	3,9	3,5

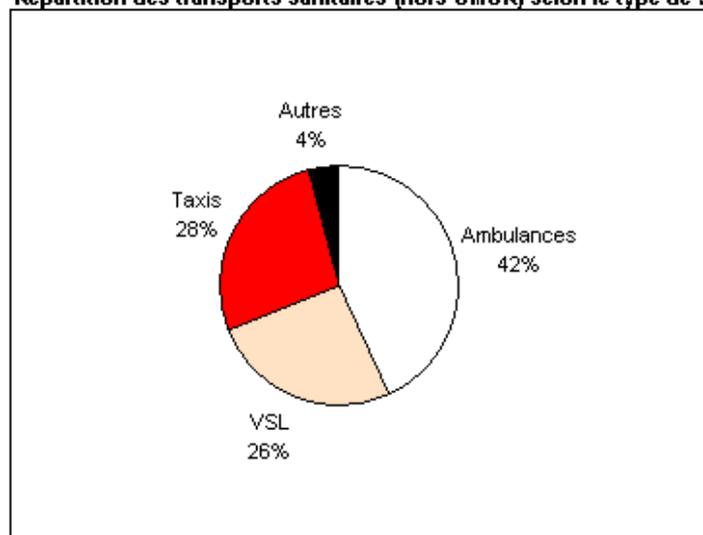
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Répartition des transports sanitaires (hors SMUR) selon le type de véhicule



Sources : DREES, Comptes de la santé.

2.1 La Dépense courante de santé

La **Dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe 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.

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend :

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM),
- la consommation de soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA, EHPAD, USLD** des hôpitaux),
- les dépenses d'aides aux malades (indemnités journalières),
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective,
- les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé),
- la recherche médicale et pharmaceutique,
- la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion de la santé.

La DCS atteint 215 milliards d'euros en 2008 Elle représente 11 % du PIB en 2008, contre 10,9 %

en 2007, sa croissance en valeur ayant été plus forte que celle du PIB : +3,9 % pour la DCS contre +2,9 % pour le PIB.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+3,8 % en valeur en 2008), qui en représente un peu plus de 79 %.

Parmi les autres composantes de la DCS, ce sont les soins aux personnes âgées en établissement qui augmentent le plus fortement : +14,1 % par rapport à 2007. Les dépenses de prévention progressent elles aussi de 3,5 % par rapport à 2007. Enfin, les indemnités journalières connaissent une forte hausse en 2008 : +5,5 % par rapport à 2007. Le dynamisme des créations d'emplois en 2006 et en 2007 a induit mécaniquement cette hausse, qui intervient après trois années de stabilité.

La structure de la dépense courante de santé a très peu évolué en treize ans. Depuis 1995, on observe une légère progression des dépenses en faveur des malades, notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements. La part du coût de gestion du système de santé a légèrement diminué, tandis que celle des dépenses de prévention restait quasi-stable.

Définitions

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, hors soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, mais y compris honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète,
- la consommation de soins ambulatoires (ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi consultations externes des hôpitaux publics, soins en dispensaire...),
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux,
- la consommation de transports de malades.

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : Unités de soins de longue durée.

Pour en savoir plus

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

La Dépense courante de santé 2.1

Dépense courante de santé

en millions d'euros

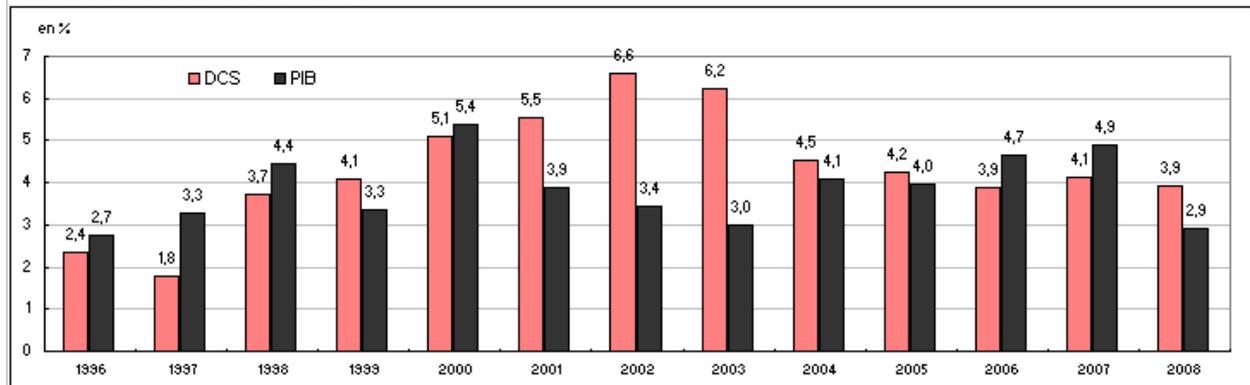
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépense courante de santé	134 316	139 791	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 263	198 711	206 889	215 041
en % du PIB	10,1	10,2	10,2	10,4	10,7	11,0	11,1	11,1	11,0	10,9	11,0
CSBM	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	164 241	170 488
Dépenses pour les malades	9 660	10 206	11 094	11 859	13 034	14 149	14 577	15 072	15 600	16 383	17 772
Soins aux personnes âgées en établissements	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445
Indemnités journalières	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 732	11 327
Prévention	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 949	5 175	5 322	5 506
Prévention individuelle	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 910	3 051	3 162
- Prévention primaire	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 448	2 528
- Prévention secondaire	337	359	369	383	390	427	452	502	544	603	634
Prévention collective	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 317	2 088	2 150	2 266	2 270	2 344
Dépenses pour le système de soins	6 542	7 381	7 852	8 247	8 888	9 189	9 546	9 748	10 264	10 346	10 558
Subvention au système de soins *	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880
Recherche médicale et pharmaceutique	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 324	7 427
Formation	754	784	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160	1 252
Coût de gestion de la santé	10 435	10 912	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 621	14 879
Double compte **	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 398	-3 810	-4 023	-4 163

* Prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé.

** Recherche pharmaceutique comprise dans les médicaments.

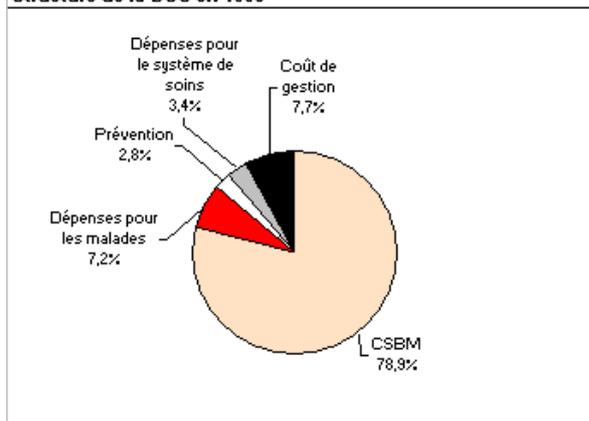
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance de la DCS et du PIB



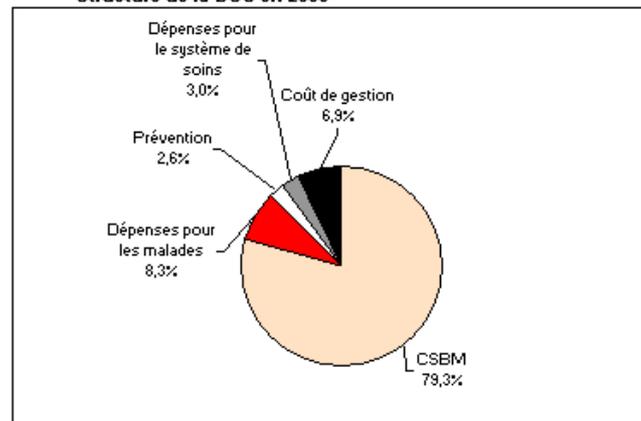
Sources : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Structure de la DCS en 1995



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la DCS en 2008



Sources : DREES, Comptes de la santé.

2.2 Les soins de longue durée aux personnes âgées

Les soins de longue durée aux personnes âgées peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées : **EHPA** ou **EHPAD**.

Ils peuvent également être assurés à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes ou des infirmiers (services de soins infirmiers à domicile ou SSIAD) ; mais ces dépenses font alors partie de la **CSBM**.

En 2008, 6,4 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, soit une hausse de 14,1 % par rapport à 2007.

Les **soins de longue durée en EHPA ou EHPAD** représentent 5 milliards d'euros : ils augmentent de près de 20 % par rapport à 2007. Ce montant, qui a plus que doublé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la forte expansion des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2008, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à moins de 63 000, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à plus de 462 000. En effet, le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 51 % en 2007.

Malgré la croissance plus rapide du secteur privé, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent encore largement majoritaires. En 2007, 5 000 places ont été ouvertes dans les EHPAD du secteur public et la filière gériatrique a été développée à l'hôpital. Une Agence nationale des services et établissements médicaux sociaux a été créée. Enfin, en ambulatoire, une consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans a été créée.

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 2008, on peut estimer à 1,4 milliard d'euros la consommation de soins de longue durée réalisée dans les services hospitaliers qui les accueillent.

Par ailleurs, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,2 milliard d'euros en 2008, soit un doublement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 94 000 personnes en 2008. Les soins dispensés par les SSIAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites. Les soins de longue durée en EHPA, EHPAD et SSIAD sont financés pour partie par l'assurance maladie (5,5 milliards d'euros dans l'ONDAM médico-social en 2008) et pour partie par la **CNSA** (0,7 milliard d'euros).

Définitions

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux.

Soins de longue durée en EHPA ou EHPAD : soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées, anciennement dénommés « Sections médicalisées », répartis depuis 2002 entre EHPA et EHPAD. Le nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion.

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 partie de la dépense courante de santé.

GIR : Groupes iso-ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Pour en savoir plus

« Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et résultats*, n° 699, DREES, août 2009.

« L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et résultats*, n° 689, DREES, mai 2009.

« Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées », N. Duthéil, S. Scheidegger, *Études et résultats*, n° 515, DREES, août 2006.

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

Les soins de longue durée aux personnes âgées 2.2

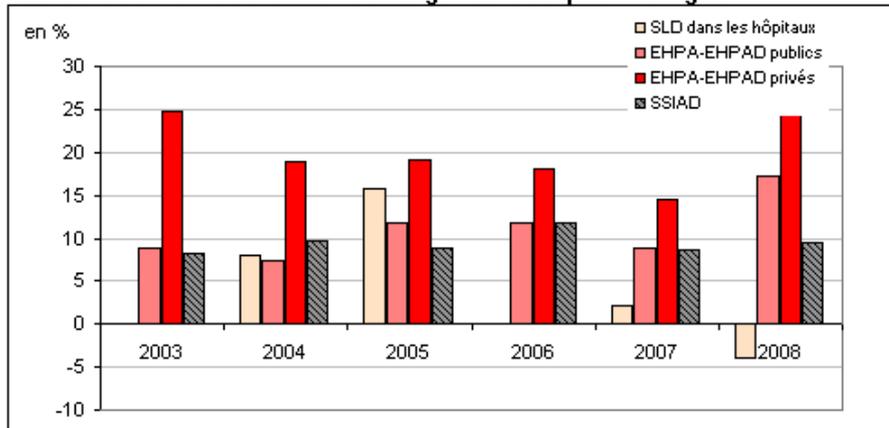
Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

en millions d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble des soins en établissements	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445
Évolution en %		9,3	10,3	14,8	10,0	8,7	14,1
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 125	1 126	1 216	1 407	1 409	1 439	1 383
Évolution en %		0,1	7,9	15,7	0,1	2,1	-3,9
Maisons de retraite (EHPA et EHPAD)	2 292	2 606	2 902	3 322	3 791	4 212	5 045
Établissements publics	1 581	1 720	1 848	2 066	2 308	2 513	2 948
Évolution en %		8,8	7,5	11,8	11,7	8,9	17,3
Établissements privés	710	886	1 054	1 256	1 483	1 699	2 115
Évolution en %		24,8	19,0	19,1	18,1	14,6	24,5
<i>pour mémoire, soins inclus dans la CSBM</i>							
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211
Évolution en %		8,3	9,6	8,8	11,7	8,7	9,5

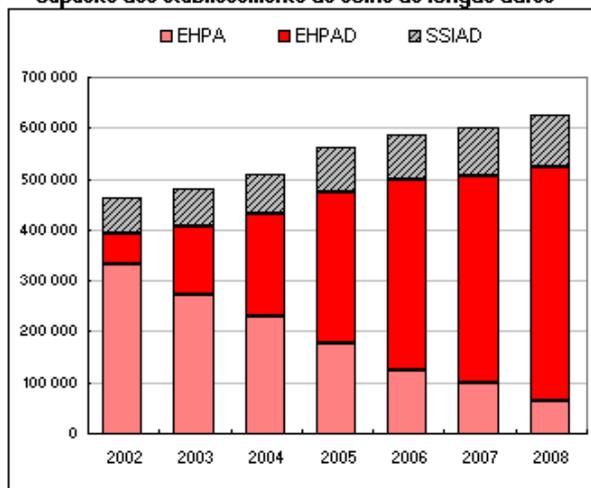
Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



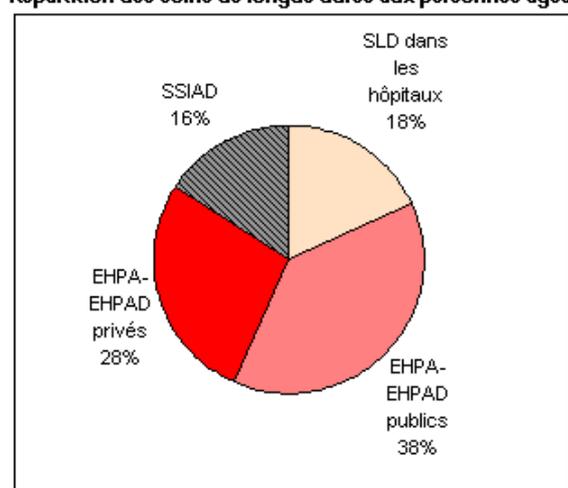
Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements de soins de longue durée



Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Répartition des soins de longue durée aux personnes âgées



Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

2.3 Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques « maladie, accident du travail et maternité » versées par les régimes d'assurance sociale.

L'année 2008 a été marquée par une progression sensible des indemnités journalières (+5,5 %), qui se montent à 11,3 milliards d'euros. Cette dépense avait déjà repris en 2007, après trois années de stabilité en valeur ; sa croissance reste toutefois en net retrait par rapport à celles des années antérieures à 2004 : +8,6 % en moyenne entre 1999 et 2003.

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

- 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, mais avec un effet retard ;
- 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 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), ainsi que les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

On peut ainsi noter que l'évolution du volume des indemnités, rapporté à l'emploi connaît une rupture de tendance en 2004 puisque l'on a enregistré :

- une forte progression de 2001 à 2003, 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, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée aux alentours de 10,4 milliards d'euros ;

- une reprise de la hausse des dépenses d'indemnités journalières en valeur en 2007, puis en 2008, qui s'explique en partie par le dynamisme des créations d'emploi observé de la mi-2006 jusqu'à la fin du 3^{ème} trimestre 2008.

En 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées. Au 1^{er} janvier, les indemnités journalières versées 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. Il a été introduit plus de souplesse pour le congé de maternité prénatal obligatoire : il peut être réduit à trois semaines, les congés post-nataux étant alors augmentés d'autant. En outre, 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.

En 2008, les indemnités journalières maladie de plus de 3 mois ont été revalorisées de 1,1 % à compter du 1^{er} janvier. De plus, a été introduit un dispositif permettant de suspendre le versement des IJ maladie lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical.

Définitions

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009, fiche 10-8.

« Les indemnités journalières », F. Lè, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

Les indemnités journalières 2.3

Dépenses d'indemnités journalières

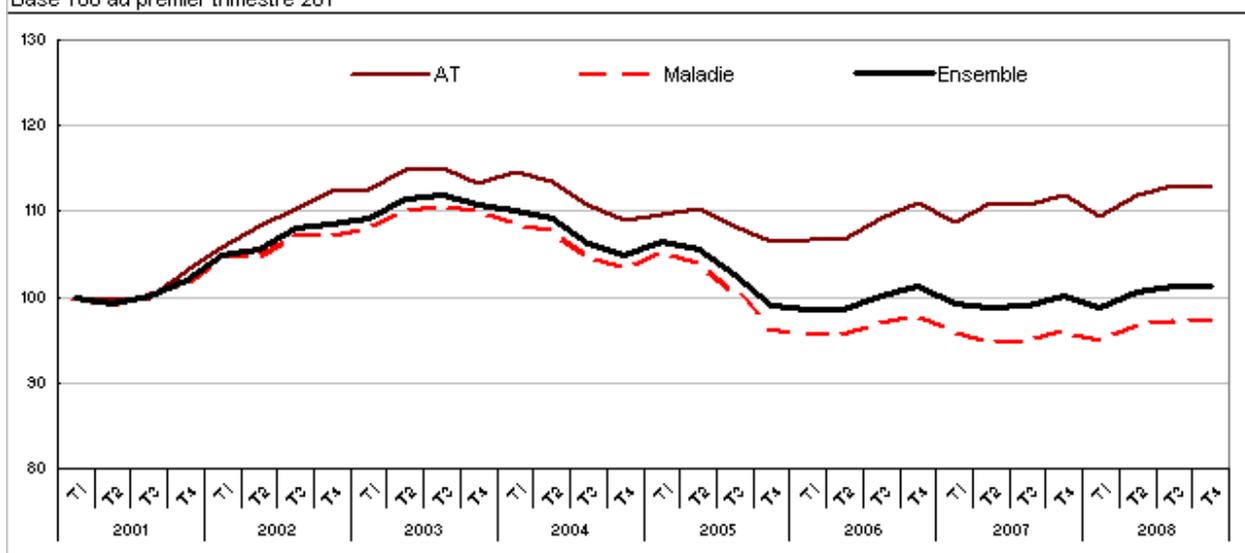
en millions d'euros

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 342	10 400	10 732	11 327
Maladie	4 263	4 619	4 961	5 475	5 987	5 974	5 804	5 693	5 861	6 207
Maternité	1 876	2 030	2 113	2 229	2 306	2 364	2 425	2 529	2 557	2 680
Accidents du travail	1 348	1 513	1 689	1 913	2 123	2 121	2 113	2 178	2 315	2 441
Évolution en valeur (en %)	6,0	9,0	7,4	9,7	8,3	0,4	-1,1	0,6	3,2	5,5

Sources : DREES, ensemble des régimes.

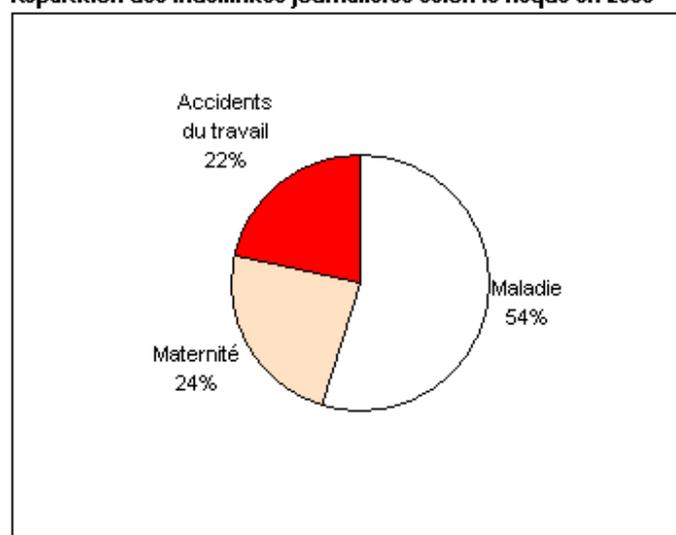
Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi, pour les salariés du régime général

Base 100 au premier trimestre 201



Sources : Cnamts (régime général des salariés), INSEE, calculs DREES.

Répartition des indemnités journalières selon le risque en 2008



Sources : DREES, Comptes de la santé.

2.4 La prévention

La consommation de services de **prévention** organisée s'élève à 5,5 milliards d'euros en 2008, dont 3,2 milliards pour la prévention individuelle et 2,3 milliards pour la prévention collective.

La **prévention individuelle** concerne les 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, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La **vaccination** 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, qui 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 organisé en est la pratique par excellence. Il concerne principalement les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Avec la mise en place du Plan Cancer 2003-2007, les dépenses de dépistage des tumeurs ont plus que doublé, passant de 91 millions d'euros en 2003 à 201 millions en 2008. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires : le budget consacré à ces derniers est en forte hausse en 2008, notamment avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non « individualisables », c'est-à-dire non imputables à un individu.

On distingue :

- la prévention collective à visée comportementale, qui 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 à visée environnementale, qui 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). La création de l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) en 2007 contribue fortement à la hausse des dépenses de prévention collective en 2008.

En 2008, avec 5,5 milliards d'euros, les dépenses de prévention s'élèvent à 86 euros par habitant. Après avoir augmenté de 4,6 % en 2006 et de 2,2 % en 2007, elles progressent de 3,5 % en 2008. Les dépenses de prévention représentent 2,6 % de la dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales financent 58 % de ces dépenses, la Sécurité sociale 17 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail). Depuis 1995, cette structure a évolué mais n'a pas été bouleversée puisque les parts respectives étaient de 56 %, 18 % et 26 % en 1995.

Définitions

Prévention : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002.

Vaccination : elle comporte les vaccins et leur administration. Cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable. Selon l'Afssaps, la consommation de vaccins se monte à 781 millions d'euros en 2008, en hausse de 32 % par rapport à 2007. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (107 millions d'euros en 2008) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé ; le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM.

Pour en savoir plus

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

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

La prévention 2.4

Dépenses de prévention

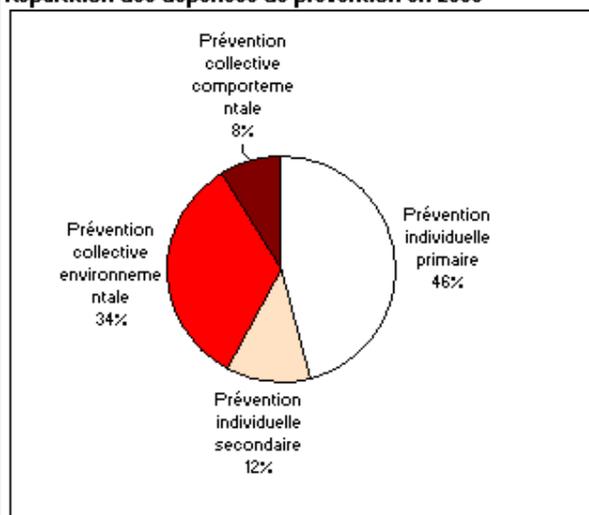
en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	4 974	4 883	4 949	5 175	5 322	5 506
<i>Évolution en %</i>	4,8	-1,8	1,3	4,6	2,8	3,5
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 230	2 343	2 297	2 365	2 448	2 528
Vaccins	97	108	101	103	107	109
PMI - Planning familial	601	686	622	632	659	677
Médecine du travail	1 267	1 299	1 321	1 358	1 393	1 455
Médecine scolaire	265	250	253	272	289	287
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	427	452	502	544	603	634
Dépistage des tumeurs	91	112	142	166	191	201
Dépistage IST, tuberculose	79	88	91	89	100	100
Dépistage SIDA, Hépatites	61	52	59	79	93	92
Dépistage autres pathologies	13	13	12	14	13	17
Examens de santé	165	166	174	170	175	177
Bilans bucco-dentaires	18	21	25	27	32	47
PREVENTION COLLECTIVE	2 317	2 088	2 150	2 266	2 270	2 344
A visée comportementale	394	433	439	474	503	468
Campagne en faveur des vaccinations	24	27	28	27	27	25,9
Lutte contre l'addiction	66	71	68	93	89	90,1
Information, promotion, éducation à la santé	304	335	343	355	387	352,2
A visée environnementale	1 923	1 655	1 711	1 791	1 767	1 875
Hygiène du milieu	393	448	471	493	517	534
Prévention des risques professionnels	362	362	376	380	394	416
Prévention et lutte contre la pollution	250	245	202	181	145	166
Recherches en prévention sanitaire	1	1	1	1	1	5
Observation veille alerte	64	85	96	89	104	118
Urgences et crises	6	7	10	8	12	66
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	471	508	601	570	546
Production et mise en œuvre de dispositifs *	32	36	48	38	24	24

* Rédaction et mise en application des règlements et recommandations concernant la veille et la sécurité sanitaire.

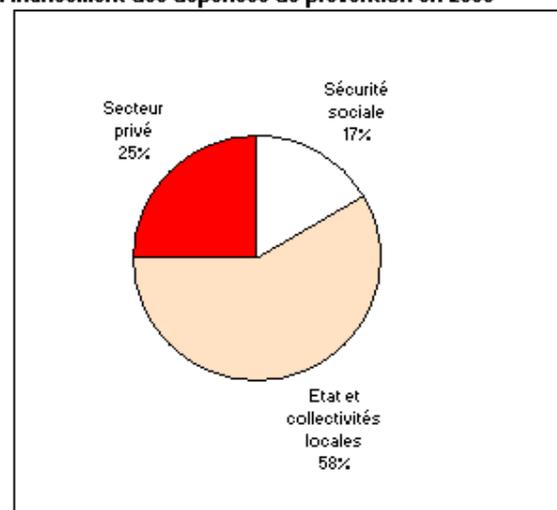
Sources : calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention en 2008



Sources : calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention en 2008



Sources : calculs DREES.

2.5 Les autres dépenses courantes de santé

Les autres dépenses courantes de santé comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux ;
- le coût de gestion de la santé.

La prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé constitue une **subvention au système de soins** ; elle représente 1,9 milliard d'euros en 2008 (+0,9 % par rapport à 2007, année pour laquelle on avait enregistré une diminution due à la baisse de la prise en charge des cotisations des dentistes). Mise en place en 1960 pour les seuls médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). Depuis cette date, ce dispositif a été progressivement étendu à d'autres professions de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** est évaluée à 7,4 milliards d'euros en 2008, soit 116 euros par habitant. En 2001, les financements publics et privés étaient équivalents. Depuis, la place du secteur privé a progressé et atteint 58 % en 2008.

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIRE (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Instituts Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc. ;
- la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités, notamment pour les personnels à double statut (universitaire et hospitalier) ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;

- 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.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1 252 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 8 % par rapport à 2007. Cette hausse est due à la réévaluation du coût unitaire de l'étudiant et des coûts des formations sanitaires et sociales relevant maintenant de la compétence des régions. Ces dépenses 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.

L'État et les régions assurent 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.

Enfin, le **coût de gestion de la santé** est évalué à 14,9 milliards d'euros en 2008 (en hausse de 1,8 % par rapport à 2007). Il 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 institutions de prévoyance ;
- le ministère chargé de la Santé ;
- les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Des travaux méthodologiques sont actuellement en cours pour mieux évaluer ces coûts de gestion ; ils devraient permettre de présenter en 2010 une estimation plus précise des coûts de gestion des différents organismes.

Définitions

Recherche de l'industrie pharmaceutique : elle figure 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 ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche pharmaceutique qui seraient sinon comptés deux fois.

Pour en savoir plus

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

Les autres dépenses courantes de santé 2.5

Autres dépenses courantes de santé

en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	19 224	19 970	21 003	21 811	22 456	23 432	24 452	24 967	25 437
<i>Évolution en %</i>		3,9	5,2	3,8	3,0	4,3	4,4	2,1	1,9
Subvention au système de soins	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880
Recherche médicale et pharmaceutique *	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 324	7 427
Formation des personnels médicaux	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160	1 252
Coût de gestion de la santé	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 621	14 879

* y compris recherche de l'industrie pharmaceutique déjà incluse dans la dépense de médicament.

Sources : DREES, ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, régimes de Sécurité sociale, organismes complémentaires.

Recherche médicale et pharmaceutique

en millions d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 324	7 427
<i>Évolution en %</i>		3,2	2,1	0,2	7,5	2,8	1,4
Financements budgétaires	3 049	3 057	3 171	3 096	3 182	3 185	3 149
Budget civil de recherche et développement	1 994	1 946	2 001	1 993	2 046	2 025	1 989
Universités et hôpitaux	1 055	1 111	1 170	1 103	1 136	1 160	1 160
Autres financements	3 226	3 418	3 439	3 524	3 938	4 139	4 278
Industries pharmaceutiques *	3 108	3 301	3 311	3 398	3 810	4 023	4 163
Secteur associatif	118	117	128	126	128	115	115

* Ligne reprise dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Coût de gestion de la santé

en millions d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ensemble	12 108	12 734	12 910	13 684	14 188	14 621	14 879
<i>Évolution en %</i>		5,2	1,4	6,0	3,7	3,0	1,8
Principaux organismes gérant le risque maladie *	6 891	7 312	7 195	7 698	7 927	8 034	8 041
Organismes complémentaires **	4 024	4 208	4 467	4 702	4 915	5 201	5 428
Ministère de la Santé	987	1 002	1 024	1 049	1 101	1 126	1 139
Institutions sans but lucratif au service des ménages	206	212	223	235	246	260	271

* CnamTS, Canam-RSI, MSA, Mines, Camac, Enim (marins), SNCF, CNMSS (militaires).

** Mutuelles, Assurances, Institutions de prévoyance.

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

3.1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé

La **dépense totale de santé** (DTS) 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) depuis 2003 (cf. encadré).

En 2007, la DTS de la France représentait 11 % du PIB comme en 2006, ce qui est relativement élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE. La France se place ainsi, derrière les États-Unis (16 %) et à un niveau proche de la Suisse (10,8 %) et de l'Allemagne (10,4 %). Toutefois, selon l'OCDE, la part de la DTS dans le PIB de la Suisse est probablement sous-évaluée car elle n'intègre pas les dépenses en capital (FBCF). Lorsque l'on considère la Dépense courante de santé (donc hors FBCF), la France se situe au 3^{ème} rang, derrière les États-Unis et la Suisse.

La France se situe à un niveau légèrement plus élevé que la moyenne de l'OCDE (au huitième rang des pays de l'OCDE) pour la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat. Celle-ci est plus élevée aux États-Unis, en Norvège, en Suisse, au Luxembourg, au Canada, aux Pays-Bas et en Autriche.

La part des produits et des services de santé (dépenses courantes de santé excluant les investissements) dans l'ensemble des produits et services consommés par les particuliers est de 12,7 % pour les pays de l'OCDE. En France, cette part de la consommation de santé est également un peu plus élevée que la moyenne de l'OCDE (14,9 %), mais très proche des

niveaux observés dans certains pays européens (Belgique, Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Luxembourg) et nettement inférieure aux niveaux observés aux États-Unis et en Suisse (qui sont proches de 20 %).

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car 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) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux).

Ce changement de définition s'est traduit par une hausse de +0,5 point de PIB du ratio « dépense de santé / PIB » pour la France. En effet, pour la France, la DTS est évaluée à partir de la dépense courante de santé (DCS) diminuée des dépenses d'indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et 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.

Définitions

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé ainsi que les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) : elle comprend la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, les indemnités journalières, les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique et de formation médicale, les subventions au système de soins et le coût de gestion de la santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports de malades.

Pour en savoir plus

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

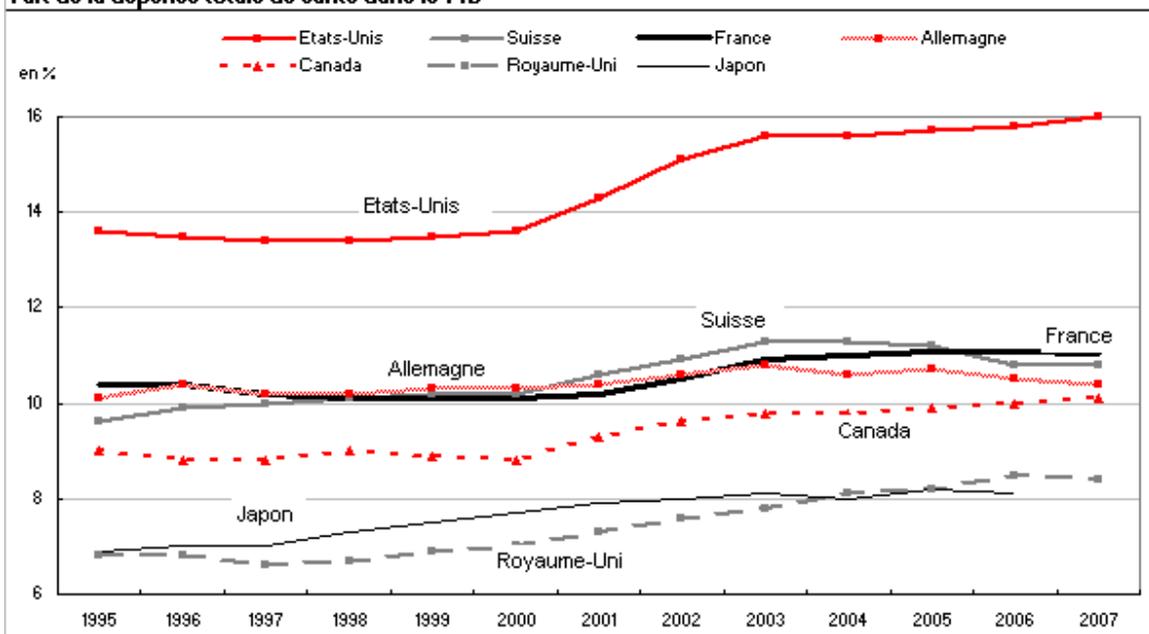
« Panorama de la santé – 2007 », OCDE, octobre 2008.

Base de données « Éco-santé » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of health accounts, consultable sur www.oecd.org.

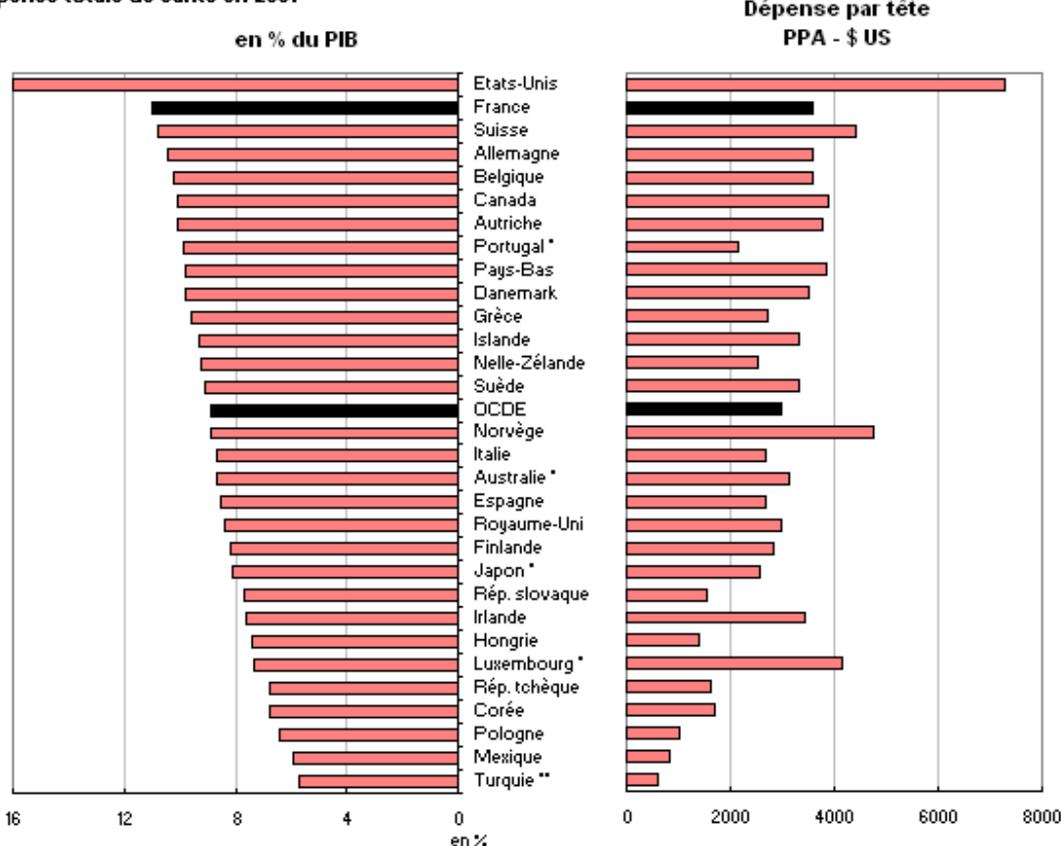
Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé 3.1

Part de la dépense totale de santé dans le PIB



Sources : ECO-SANTÉ OCDE 2009.

Dépense totale de santé en 2007



Sources : ECO-SANTÉ OCDE 2009.

* Données 2006 (2005 pour la Turquie).

3.2 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2007, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant était de 3 médecins pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays puisqu'elle va de moins de 2 médecins pour 1 000 habitants en Corée ou en Turquie à 5 médecins pour 1 000 habitants en Grèce. La France se situe un peu au-dessus de la moyenne, avec 3,4 médecins pour 1 000 habitants.

Cette densité de médecins a fortement augmenté durant les 30 dernières années, mais son rythme de croissance se ralentit nettement depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, sa croissance n'est plus que de 2 % par an entre 1990 et 2007 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période. En effet, de nombreux pays ont mis en place un « numerus clausus » dans les années 1980-1990, afin de tenter de ralentir la hausse des dépenses de santé.

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes/généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 2 en 2007, avec une grande hétérogénéité entre les pays. En France,

on compte autant de spécialistes que de généralistes, comme au Portugal ou en Australie. Mais en Allemagne, au Royaume-Uni ou aux États-Unis, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les omnipraticiens.

Dans certains pays (l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste.

Le nombre de **consultations** par habitant est de 6,8 consultations par an en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2007. Mais cette moyenne recouvre des disparités très importantes : moins de 3 consultations par an en Suède ou au Mexique, pour plus de 11 en République Tchèque, en Slovaquie, en Corée ou au Japon. La France se situe dans la moyenne, avec 6,3 consultations par an.

Le nombre de consultations par médecin est de 2 500 en moyenne par an. Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE : le nombre de médecins a en effet augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

En revanche, les dépenses par médecin ont augmenté dans la plupart des pays : la hausse moyenne est de 30 % en 15 ans. Elle est due à l'accroissement du revenu national mais aussi à l'amélioration de la qualité technique des soins médicaux.

Définitions

Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal indiquent le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation. L'Espagne inclut les dentistes dans le nombre de médecins.

Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

Pour en savoir plus

« Panorama de la santé – 2008 », OCDE, à paraître en octobre 2009.

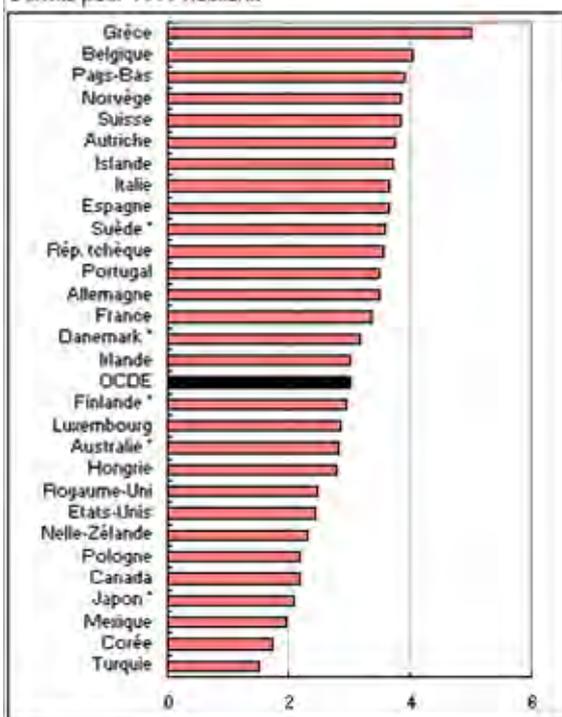
Base de données « Eco-santé 2009 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of health accounts, consultable sur www.oecd.org.

Comparaisons internationales sur les médecins 3.2

Médecins en activité en 2007

Densité pour 1000 habitants

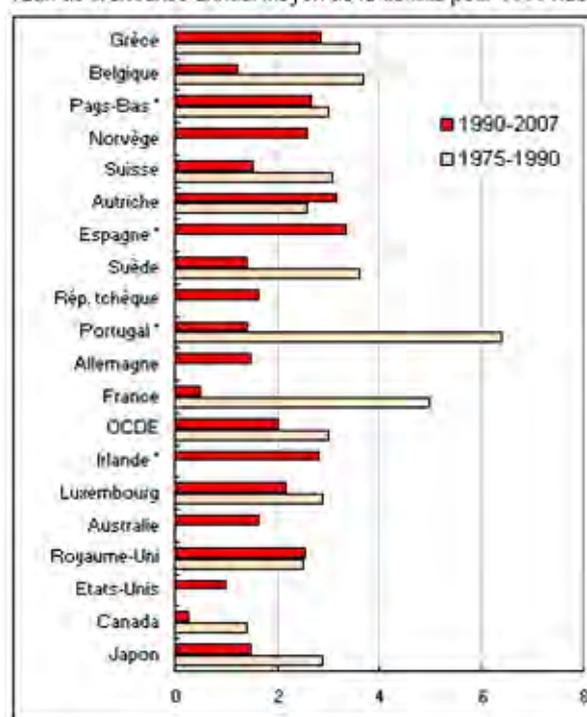


* Données 2006.

Sources : Eco-santé OCDE 2009.

Évolution de la densité de médecins en activité (1975-2007)

Taux de croissance annuel moyen de la densité pour 1000 habitants

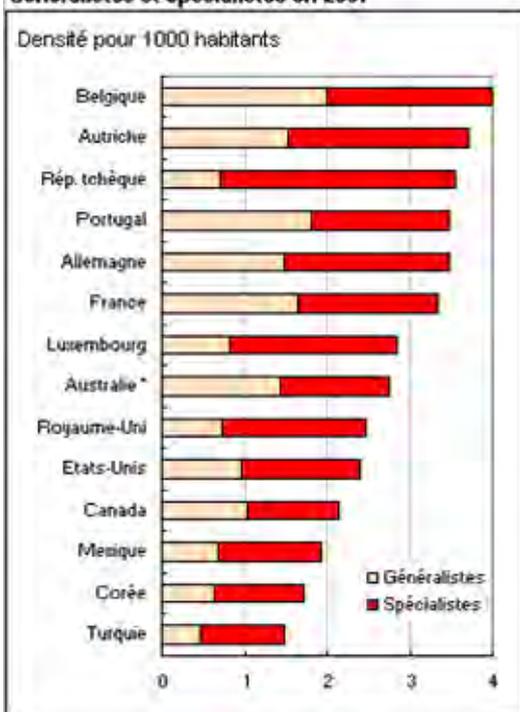


* Données 1990 - 2006.

Sources : Eco-santé OCDE 2009.

Généralistes et spécialistes en 2007

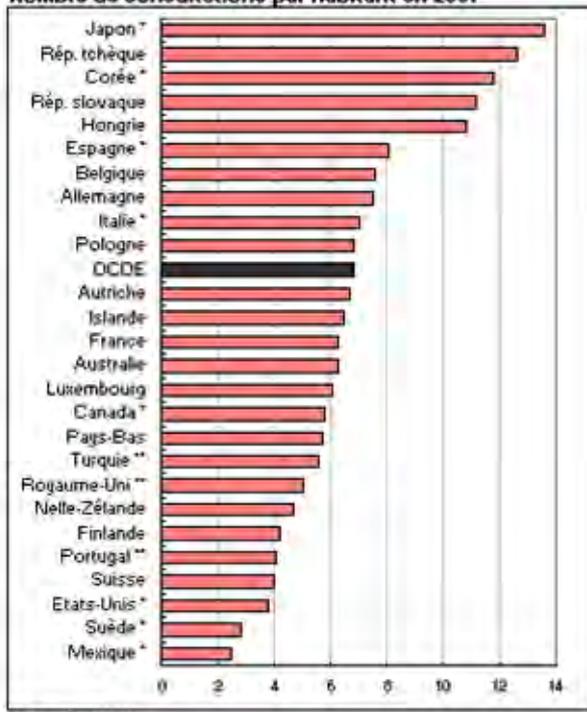
Densité pour 1000 habitants



* Données 2006.

Sources : Eco-santé OCDE 2009.

Nombre de consultations par habitant en 2007



* Données 2006.

** Hors consultations privées de spécialistes pour le Royaume-Uni, hors visites aux médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.

Sources : Eco-santé OCDE 2009.

3.3 Comparaisons internationales sur les médicaments

En 2008, la France reste le premier consommateur européen de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne. Qu'on la mesure en boîtes, en **unités standardisées (SU)**, ou en chiffre d'affaires (CAHT), la consommation française de médicaments s'avère supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Le nombre de SU (respectivement le CAHT) par habitant est ainsi de près de 40 % supérieur au niveau observé dans ces pays.

Le coût moyen par habitant reste très supérieur à la moyenne européenne, car malgré leur administration par l'État, les prix unitaires français sont comparables aux prix allemands et britanniques, en particulier pour les médicaments récents innovants. D'ailleurs pour certains génériques, les prix français sont largement plus élevés que la moyenne.

Ce haut niveau de dépense tient en partie à la structure de la consommation pharmaceutique française, qui se caractérise en effet par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux. Par exemple, la dépense en antibiotiques se distingue par une consommation plus importante, notamment de médicaments de dernière génération. En outre, en France, la forte consommation en nombre de boîtes provient en partie de la petite taille des conditionnements vendus.

Toutefois, les niveaux de consommation de médicaments n'ont cessé de se rapprocher entre ces huit pays entre 2004 et 2008, probablement en raison de l'homogénéisation des pratiques médicales. La consommation française

progresses désormais moins vite que dans les autres pays. En particulier, en termes de volumes mesurés en **unités communes de dispensation (UCD)** par habitant en 2008, la France n'est plus la première consommatrice dans trois classes de médicaments : les anti-hypertenseurs (IEC et sartans), les anti-ulcéreux (IPP) et les statines (hypocholestérolémiants).

Elle reste toutefois en première ou deuxième position derrière la Suisse en matière de dépense dans ces trois classes car la plupart des prescriptions sont faites hors répertoire et sont par conséquent plus coûteuses. En effet, si la pénétration des génériques dans le répertoire a fortement progressé en France ces dernières années, leur prescription est encore limitée : ainsi, moins de 50 % des prescriptions de statines se font dans le répertoire des génériques en France, contre plus de 80 % en Allemagne. Il en va de même pour les IPP : 46 % de génériques en France contre 85 % au Royaume-Uni.

Selon l'OCDE, en 2007, la dépense de médicaments française rapportée au nombre d'habitants se situe au 4^{ème} rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada et de la Grèce, à un niveau très proche de celui de la Belgique et de l'Espagne.

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2007, le montant des **dépenses pharmaceutiques** par habitant a augmenté en moyenne de plus de 50 %, en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période.

Définitions

En général, le niveau de la consommation pharmaceutique est mesuré :

* en valeur : la variabilité des prix unitaires entre les pays étudiés doit alors être prise en compte.

* en boîtes : elles sont peu propices aux comparaisons internationales car très différentes d'un pays à l'autre ; ainsi, les marchés français et italien se caractérisent plutôt par des petites boîtes.

* en **unités standardisées (SU)** ou **unités communes de dispensation (UCD)** : ceci permet de s'affranchir des différences de conditionnement mais ne tient toutefois pas compte du dosage.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009, fiche 10-7.

« Comparaisons européennes sur 8 classes de médicaments », CNAM, *Points de repère*, n° 12, décembre 2007.

« Le marché du médicament dans 5 pays européens en 2004 », DREES, *Études et Résultats*, n° 502, juillet 2006. Base de données « Eco-santé 2009 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

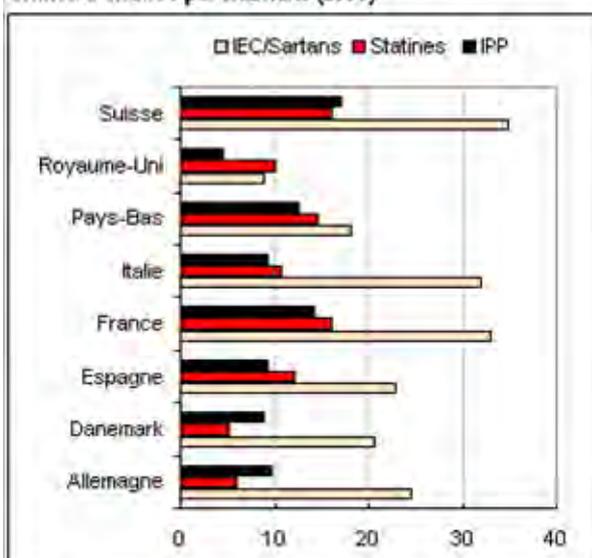
Comparaisons internationales sur les médicaments 3.3

Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2008

	CAHT (en euros) par habitant	Nb de boîtes par habitant	Nb d'unités standardisées par boîte	Nb d'unités standardisées par habitant
Ensemble des 8 pays	246	28	39	1 076
Allemagne	292	17	59	1 026
Espagne	205	26	37	980
France	336	48	30	1 471
Italie	198	30	26	775
Royaume-Uni	166	25	50	1 230
Danemark	339	15	66	1 026
Pays-Bas	201	16	39	621
Suisse	323	21	53	1 084

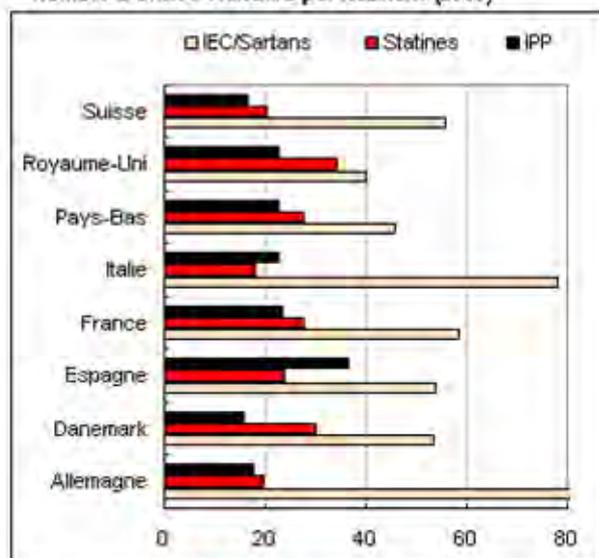
Sources : DSS/6B - IMS Health.

Chiffre d'affaires par habitant (2008)



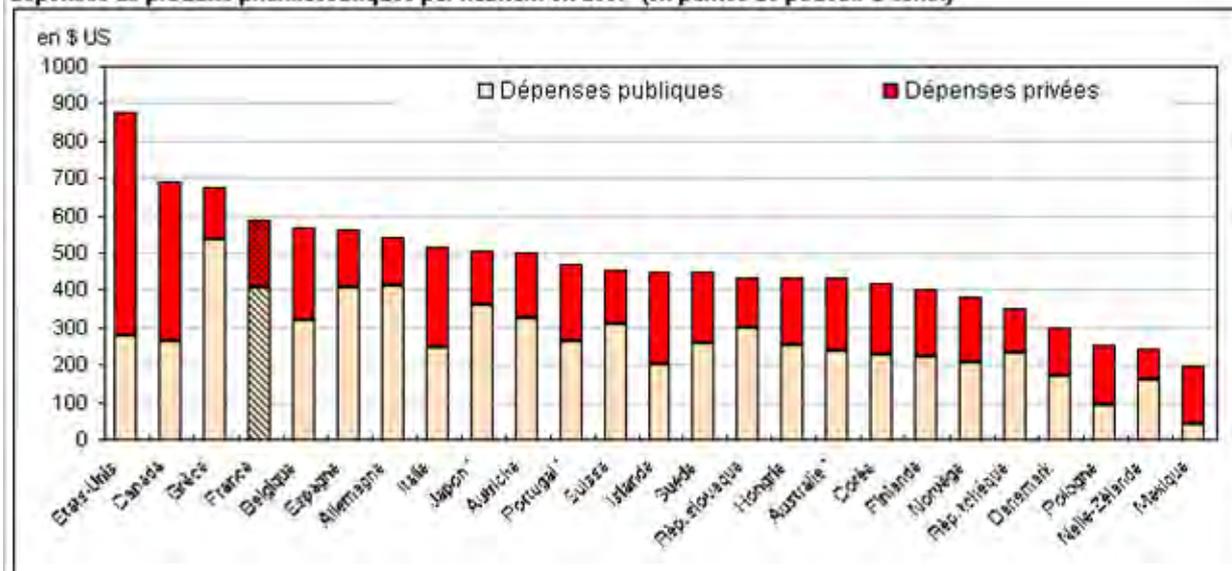
Sources : DSS/6B - IMS Health.

Nombre d'unités standard par habitant (2008)



Sources : DSS/6B - IMS Health.

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2007 (en parités de pouvoir d'achat)



Sources : Eco-santé OCDE 2009.

4.1 Les différentes approches du financement

Le financement des dépenses de santé peut s'analyser sous différents angles.

Celui utilisé habituellement consiste à distinguer la part de ces dépenses supportée par chaque financeur direct. Dans cette approche, la répartition entre financeurs est établie en fonction de celui qui rétribue en définitive les fournisseurs de soins et biens médicaux.

On distingue :

- les assurances publiques pour ce qui concerne le financement de la couverture de base (Sécurité sociale) ;
- les assurances publiques pour ce qui concerne la couverture complémentaire des bénéficiaires de la **CMU-C** qui leur sont affiliés, ou l'État pour ce qui concerne certains dispositifs particuliers (**AME**, anciens combattants...);
- les mutuelles, assurances, institutions de prévoyance pour ce qui concerne la couverture complémentaire, y compris celle des bénéficiaires de la CMU-C qui sont affiliés à ces organismes ;
- les ménages pour les dépenses qui restent à leur charge après l'intervention des autres financeurs.

On peut noter que 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 (ménages, État, CMU-C ou organismes complémentaires) elles sont imputées sur le Compte de la Sécurité sociale.

Un autre axe d'analyse consiste à remonter plus en amont dans le processus de financement, en

s'intéressant aux institutions qui servent de canaux de financement des dépenses de santé (qu'on appelle « pooling agents » dans les analyses internationales).

Les différents financeurs intermédiaires sont :

- la branche maladie de la Sécurité sociale, qui finance la couverture de base et une partie des dépenses au titre de la CMU-C (partie non couverte par les versements du Fonds CMU), et qui verse une dotation au Fonds CMU pour le financement de l'**ACS** ;
- l'État, au titre de prises en charge particulières (**AME**, etc.) et au titre des recettes fiscales qu'il verse au Fonds CMU ;
- les organismes complémentaires, pour un montant correspondant à la couverture complémentaire et à la contribution nette qu'ils versent au Fonds CMU. En effet, le Fonds CMU perçoit une contribution des organismes complémentaires, et leur reverse des transferts au titre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'**ACS** qui leur sont affiliés ;
- les ménages, pour le montant correspondant au reste à charge des ménages.

Selon cette approche « canal de financement », la part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est un peu plus élevée (13,9 % au lieu de 13,7 %) tandis que la part financée par l'État se monte à 1 %.

Enfin une autre approche possible consisterait à évaluer le poids des payeurs finals (entreprises, ménages). Cette approche n'est toutefois pas présentée ici.

Définitions

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

AME : Aide médicale d'État.

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

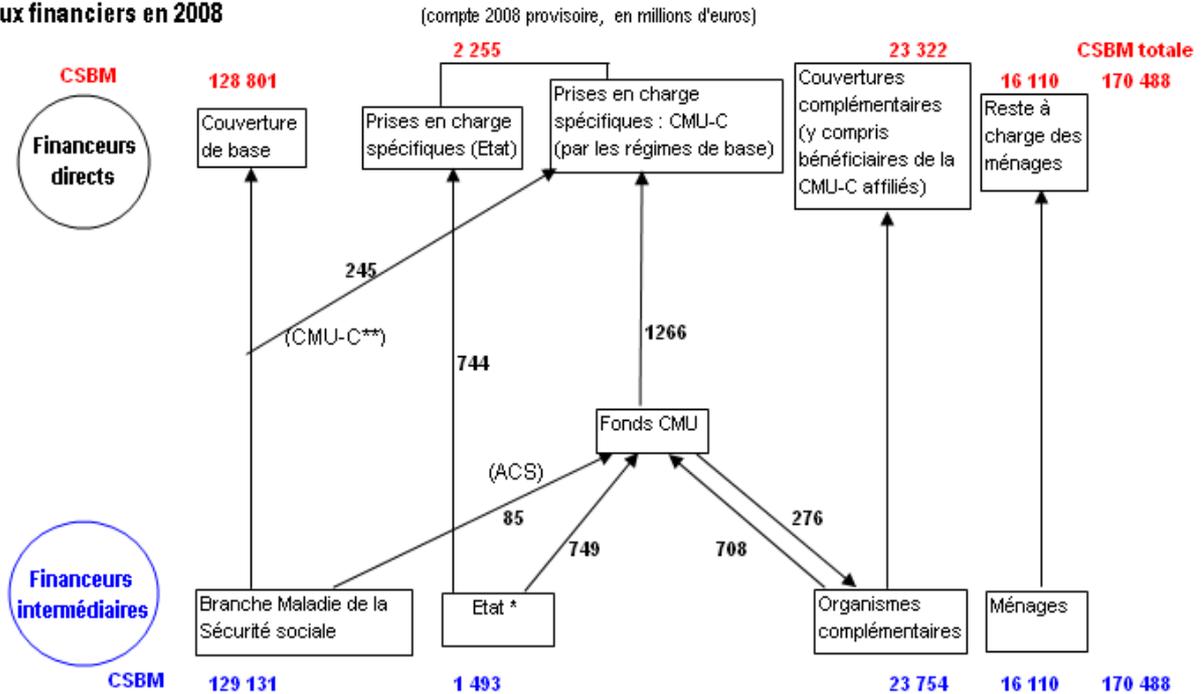
Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », rapport provisoire, juin 2009, consultable sur <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss>.

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2008 », consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Les différentes approches du financement 4.1

Flux financiers en 2008



NB : les montants des transferts au Fonds CMU ont été proratisés pour tenir compte des frais de gestion et du résultat de ce dernier.

(*) dotation budgétaire et affectation des taxes tabac et alcool (cf. fiche 4.7)

(**) partie des dépenses non couverte par le fonds CMU (cf. fiche 4.7)

Sources : DREES, Comptes de la santé et Comptes de la protection sociale.

Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux selon le financeur direct en 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale *	77,1	77,0	77,1	77,2	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5
CMU-C org. de base, AME	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3
Org. complémentaires	12,8	12,7	12,9	13,0	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7
Ménages	9,0	9,0	8,6	8,4	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
TOTAL	100,0								

Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux selon le financeur intermédiaire en 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale *	77,0	77,0	77,1	77,2	77,2	77,1	76,4	76,3	75,7
CMU-C org. de base, AME	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0
Org. complémentaires	13,0	12,9	13,0	13,2	13,4	13,4	13,6	13,7	13,9
Ménages	9,0	9,0	8,6	8,4	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4
TOTAL	100,0								

(*) y compris déficit des hôpitaux publics

Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.2 Le financement des principaux types de soins

De 1995 à 2004, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est restée stable, autour de 77 %, en raison de deux évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM s'est déformée vers les produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables, optique) mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur a nettement progressé. Sur la même période, le reste à charge des ménages s'est quant à lui orienté à la baisse sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires (en particulier les institutions de prévoyance) et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Cette tendance s'est inversée en 2005 et le reste à charge atteint 9,4 % de la CSBM en 2008, soit 0,4 point de plus qu'en 2007.

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 a reculé depuis 2005 pour atteindre 90,6 % en 2008. Cette diminution se reporte essentiellement sur la part des organismes complémentaires (+1 point). Le reste à charge des ménages a quant à lui augmenté de 0,4 point entre 2004 et 2008. Cette évolution résulte notamment de la hausse de 1 euro au 1^{er} janvier de chaque année du forfait journalier hospitalier (qui atteint 12 euros pour la psychiatrie et 16 euros pour les autres hospitalisations en 2008), des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place du forfait de 18 € pour acte « lourd » intervenu en 2007.

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. En particulier, en 2005, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point suite à

la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro. Dans le même temps le reste à charge des ménages avait augmenté de 0,7 point.

Cette tendance se poursuit en 2008, en raison de la mise en place de nouvelles franchises de 0,50 € par acte d'auxiliaire médical que les organismes complémentaires ne sont pas incités à prendre à charge, et qui sont destinées à contribuer au financement des plans de santé publique. Ainsi, en 2008 la part de la Sécurité sociale diminue de 0,5 point et le reste à charge des ménages augmente de 0,15 point par rapport à 2007. La part des organismes complémentaires augmente de 0,4 point en raison de l'effet en année pleine de la participation forfaitaire de 18 € sur les actes « lourds ».

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale, bien que relativement bas par rapport aux autres postes de dépenses, avait fortement augmenté entre 1995 et 2005, passant de 61,7 % en 1995 à 66,9 % en 2005. Cette évolution était due à l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel aux affections de longue durée (ALD), et qui représentent environ 45 % des médicaments remboursés par le régime général. Cette tendance s'est inversée, le taux de remboursement par la Sécurité sociale passant de 67,5 % en 2005 à 64,8 % en 2008, soit un recul de 2,7 points en trois ans.

Symétriquement, le reste à charge des ménages, orienté à la baisse jusqu'en 2005, est reparti à la hausse depuis trois ans : en 2008, il atteint 17,5 % de la dépense en médicaments, soit 2,5 points de plus qu'en 2007. Cette évolution est liée aux mesures de déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, au développement de l'automédication et à l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments à partir du 1^{er} janvier 2008, elle aussi destinée à contribuer au financement des plans de santé publique.

Définitions

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

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

Pour en savoir plus

« 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 », consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-3851.pdf>.

Le financement des principaux types de soins 4.2

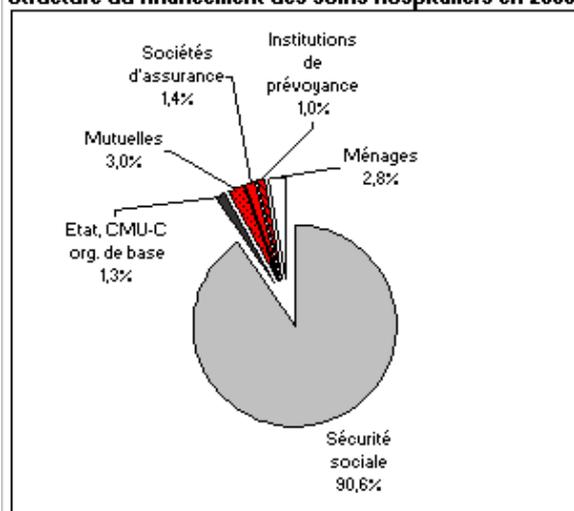
Evolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

en %

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Soins hospitaliers							
Sécurité sociale	92,2	92,2	92,1	91,9	91,3	90,7	90,6
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
Organismes complémentaires	4,0	4,2	4,3	4,4	4,8	5,1	5,3
Ménages	2,7	2,4	2,4	2,4	2,6	2,9	2,8
Soins ambulatoires							
Sécurité sociale	67,0	66,7	66,4	65,8	65,3	65,5	65,0
Etat, CMU-C org. de base	1,3	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
Organismes complémentaires	20,8	21,0	21,1	20,9	20,7	20,5	20,9
Ménages	10,9	10,7	10,9	11,7	12,3	12,3	12,5
Médicaments							
Sécurité sociale	65,1	67,2	67,2	67,5	66,5	66,8	64,8
Etat, CMU-C org. de base	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,2
Organismes complémentaires	19,2	17,6	17,9	17,8	17,2	16,9	16,5
Ménages	14,2	13,6	13,3	13,2	14,9	15,0	17,5

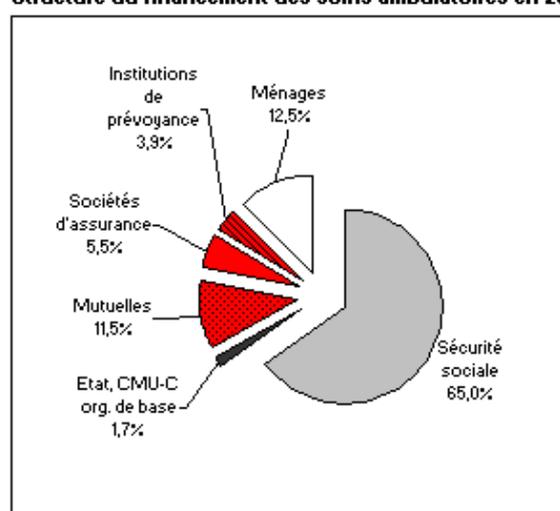
Source : DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des soins hospitaliers en 2008



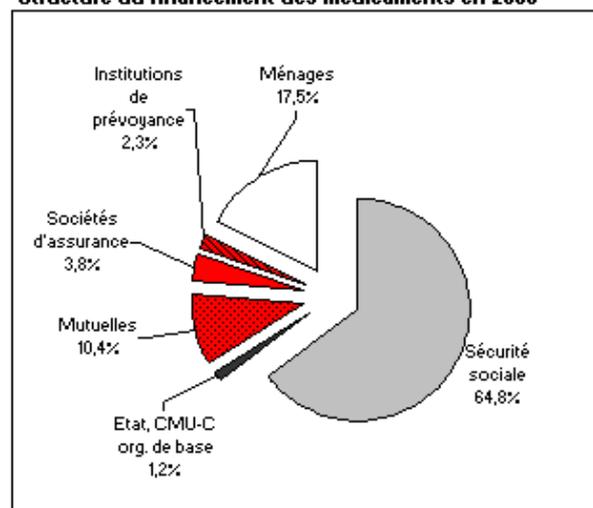
Source : DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des soins ambulatoires en 2008



Source : DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des médicaments en 2008



Source : DREES, Comptes de la santé.

4.3 Les financements publics

En 2008, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,5 %, soit 128,8 milliards d'euros.

Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses de la branche Maladie de la Sécurité sociale en 2008. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (cf. *Annexe 3.2*).

Viennent ensuite les soins ambulatoires (23,6 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent également entre médecins d'une part et « autres soins ambulatoires » d'autre part. Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3^{ème} poste important des dépenses de la branche Maladie : 17,6 % en 2008.

La Sécurité sociale finance 73,2 % de la Dépense courante de santé (DCS) en 2008, soit 157,4 milliards d'euros.

Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées en établissements, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que le coût de gestion de la Sécurité sociale elle-même.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM (1,3 % en 2008), il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État et Fonds CMU (organismes de base) » représente en effet 5 % de la DCS, soit plus de 10,8 milliards d'euros en 2008.

Parmi ces 10,8 milliards, 30 % sont consacrés aux dépenses de prévention et 28 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 10 % et le coût de gestion du système de santé 11 %.

Fin 2008, on compte 4,2 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire, dont 13 % sont affiliés à un organisme complémentaire.

Figurent dans la colonne « État et CMU-C » uniquement les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie. Ce montant peut s'écarter du montant versé par le Fonds CMU à ces régimes de base : 1,27 milliard d'euros en 2008. En effet, les dépenses des régimes de base (comme celles des organismes complémentaires) sont couvertes, sur une base forfaitaire, à raison de 340 euros par an et par bénéficiaire (montant inchangé depuis 2006). Les organismes assurent la charge d'un éventuel surcoût, ce qui était le cas en 2008 : les dépenses par bénéficiaire s'élevaient en effet à 400 euros en moyenne en 2008 (contre 370 euros en 2007 et 341 euros en 2006).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux anciens combattants ainsi que les prestations versées au titre de l'Aide médicale de l'État (AME), évaluées à 365 millions d'euros en 2008. Pour bénéficier de l'AME, il faut résider en France depuis plus de 3 mois mais en situation irrégulière, et disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2008, on comptait 181 000 bénéficiaires de l'AME en France métropolitaine et 21 000 dans les DOM.

Définitions

Financements publics : Sécurité sociale et État (CMU complémentaire des organismes de base, Aide médicale d'État).

CSBM : consommation de biens et services médicaux.

Fonds CMU : organisme de financement de la CMU complémentaire ; la CMU complémentaire 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.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009.

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2008 », mai 2009, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

« Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », B. Boisguérin, B. Haury, *Études et résultats*, n° 645, DREES, juillet 2008.

« 55 années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

Les financements publics 4.3

Financements publics en 2008

(en millions d'euros)

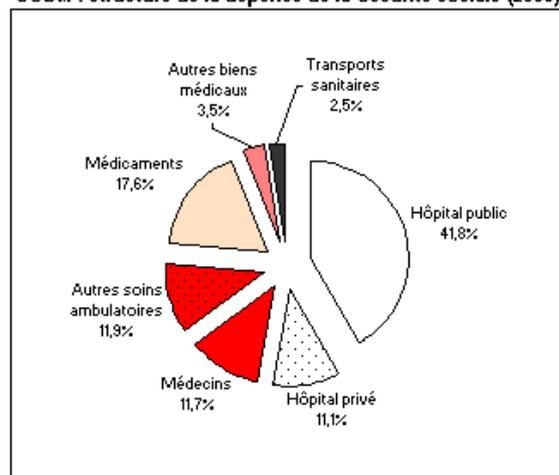
Dépenses par poste	Sécurité sociale *	Etat et CMU-C organismes de base	Part dans le total (en %)
Hôpitaux du secteur public	53 791	874	94,4%
Hôpitaux du secteur privé	14 304	68	83,4%
Sous-total : Soins hospitaliers	68 095	942	91,9%
Médecins	15 106	327	71,6%
Auxiliaires	8 917	89	79,9%
Dentistes	3 304	279	37,1%
Laboratoires d'analyses	3 083	76	72,8%
Sous-total : Soins ambulatoires	30 410	772	66,6%
Officines pharmaceutiques	22 611	433	66,0%
Autres biens médicaux en ambulatoire **	4 524	80	45,0%
Transports de malades	3 161	27	94,1%
CSBM	128 801	2 255	76,9%
Soins aux personnes âgées en établissements	6 445		100,0%
Aide aux malades (indemnités journalières)	11 327		100,0%
Aide indirecte (subventions)	1 880		100,0%
Prévention individuelle	465	1 364	57,9%
Prévention collective	467	1 830	98,0%
Sous-total : Prévention	932	3 195	74,9%
Recherche médicale et pharmaceutique		3 149	42,4%
Formation	16	1 105	89,5%
Coût de gestion de la santé	8 041	1 139	61,7%
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	157 441	10 843	78,3%

* y compris déficit des hôpitaux publics

** Optique, prothèses, Véhicules pour Handicapés Physiques, petits matériels et pansements.

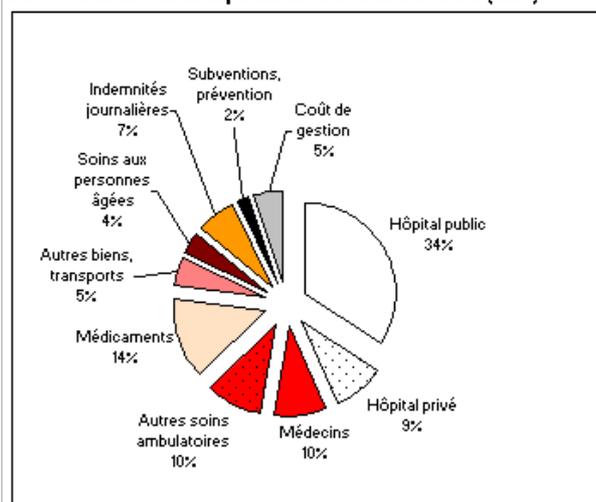
Sources : DREES, Comptes de la santé.

CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2008)



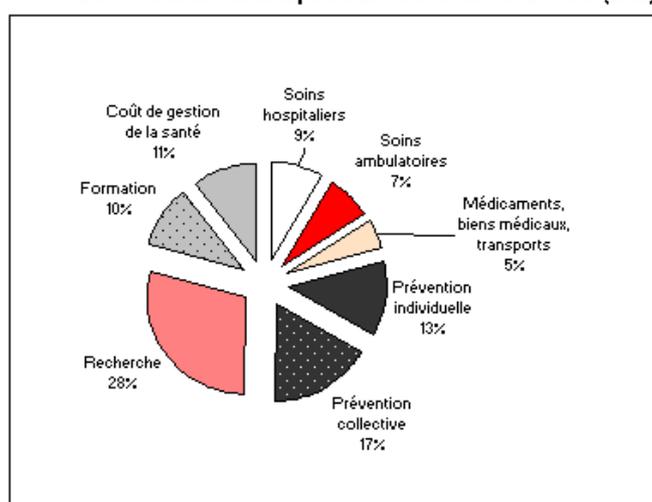
Sources : DREES, Comptes de la santé.

DCS : Structure de la dépense de la Sécurité sociale (2008)



Sources : DREES, Comptes de la santé.

DCS : Structure de la dépense de l'Etat et du Fonds CMU (2008)



Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.4 La CSBM, la DCS et l'ONDAM

La **Consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins ambulatoires (y compris les consultations externes des hôpitaux publics, soins en dispensaire...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle est de 170,5 milliards d'euros en 2008.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En premier lieu, la CSBM exclut de son champ la part du secteur médico-social qui concerne les soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées hébergées en établissement et les dépenses pour les personnes handicapées, ainsi que les indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail. Sont également exclues les dépenses qui n'ont pas le caractère de prestation : dotations à des fonds divers pour les soins de ville, cotisations sociales des professionnels de santé, aides à la télétransmission, ainsi que les dépenses remboursées des ressortissants français à l'étranger.

En second lieu, l'ONDAM comptabilise les seules dépenses de l'assurance-maladie alors que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche des Comptes de la santé est donc plus large : outre les dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale (y compris déficit des hôpitaux publics), la CSBM comprend celles de l'État (CMU...), des organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et des ménages eux-mêmes.

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée :

- des IJ de maladie et d'accidents du travail ;

- une partie des SLD aux personnes âgées hébergées en institution ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS, FAC...**) ;
- des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées, des dotations aux fonds et des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des Comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation est évaluée à 152,9 milliards en 2008.

L'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et aides à la télé-transmission ; dotation au **FAC** ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (**ODMCO**) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;
- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au **FMESPP** ;
- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; et celle pour personnes handicapées ;
- les autres prises en charge : soins pour les ressortissants français à l'étranger, dotation nationale en faveur du **FIQCS**, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (**CNSA**).

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ; **FAC** : Fonds d'actions conventionnelles ;

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009.

La CSBM, la DCS et l'ONDAM 4.4

Dépense courante de santé en millions d'euros

	2007		2008
	2007	2008	Sécurité sociale (1)
CSBM	164 241	170 488	128 801
Soins hospitaliers	72 498	75 156	68 095
Secteur public	56 020	57 925	53 791
Secteur privé	16 478	17 231	14 304
Autres soins	91 743	95 332	60 706
Soins ambulatoires	44 993	46 801	30 410
Médicaments	33 886	34 902	22 611
Autres biens médicaux	9 621	10 240	4 524
Transports de malades	3 243	3 389	3 161
Dépense Courante de Santé (DCS)	206 889	215 041	157 441
CSBM	164 241	170 488	128 801
Autres dépenses pour les malades	16 383	17 772	17 772
Soins aux personnes âgées en établissements (2)	5 651	6 445	6 445
Indemnités journalières (3)	10 732	11 327	11 327
Dépenses pour le système de santé	30 289	30 943	10 868
Cotisations sociales des professionnels de santé (3)	1 863	1 880	1 880
Prévention	5 322	5 506	932
Recherche médicale et pharmaceutique	7 324	7 427	
Formation des professionnels de santé	1 160	1 252	16
Coût de gestion de la santé	14 621	14 879	8 041
Double compte : recherche pharmaceutique	-4 023	-4 163	

(1) y compris déficit des hôpitaux.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD. Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 0,7 milliard d'euros en 2008).

(3) en "Soins de ville" dans l'ONDAM (à l'exclusion des IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

Sources : DREES, Comptes de la santé.

ONDAM en millions d'euros

	2007	2008
ONDAM Assurance maladie	147 800	152 900
Soins hospitaliers	65 200	67 700
Soins de ville	69 600	71 400
y c. indemnités journalières maladie et AT (1)	8 200	8 700
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	1 900	1 900
y c. fonds d'action conventionnelle (FAC) et télétransmission	200	200
ONDAM médico-social	12 100	12 900
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (2)	5 100	5 500
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées	7 000	7 400
Autres prises en charge	750	900
FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)		

(1) dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(2) cette contribution comprend la contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSIAD.

(3) structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Sources : Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Passage de la CSBM à l'ONDAM en milliards d'euros

	2008
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	128,8
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	1,9
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	8,7
+ Soins aux personnes âgées en établissement (2)	5,7
+ Ondam personnes handicapées	7,4
+ Dotations à différents fonds en soins de ville (FAC, télétransmission)	0,2
+ Autres prises en charge (3)	0,9
Total	153,6
Écart = déficit des hôpitaux publics et ajustements divers	0,7
ONDAM	152,9

(1) dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2).

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS pour l'ONDAM.

4.5 Le financement par les organismes complémentaires

La part des **organismes complémentaires** dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 23,3 milliards d'euros en 2008. Elle est passée de 13,5 % en 2007 à 13,7 % en 2008.

Cette légère progression s'explique en partie par l'effet en année pleine de la mise en place d'une participation forfaitaire de 18 € sur les actes « lourds » (cotés K50 et plus, ou d'un montant supérieur à 91 €) depuis décembre 2007. Sur plus longue période, la part des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires croît de façon tendancielle, en raison de la diffusion régulière de ces couvertures parmi la population : 86 % des ménages disposaient d'une couverture maladie complémentaire en 2006, selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES.

La part des organismes complémentaires dans les dépenses hospitalières (5,3 % en 2008) progresse depuis 2006 en raison de la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 14 € en 2005, à 15 € en 2006 puis 16 € en 2007) et de celle 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 la situation financière des hôpitaux publics depuis 2005 a cependant conduit ces hôpitaux à chercher à augmenter leurs ressources en actualisant les TJP pour tenir compte des coûts réels de séjour,

et donc les tickets modérateurs, qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires.

Dans les soins ambulatoires, la part des organismes complémentaires varie peu : elle est de l'ordre de 20 %.

En revanche, ces organismes occupent une part moins importante dans les dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006, mais aussi, pour 2008, en raison de l'instauration de la franchise de 50 centimes par boîte, qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires pour les médicaments est ainsi passée de 17,8 % en 2005 à 16,5 % en 2008.

Enfin les dépenses des organismes complémentaires en « autres biens médicaux » (optique, fauteuils roulants, lits médicalisés...) augmentent fortement en 2008 : +8,3 % par rapport à 2007. La participation des organismes complémentaires pour ce type de dépenses progresse également : elle atteint 35,7 % en 2008 contre 33,2 % en 2005.

Parmi les prestations versées par les organismes complémentaires, le premier poste revient aux médicaments, qui représentent le quart de leur contribution. Viennent ensuite les soins hospitaliers et les soins de médecins avec des parts sensiblement équivalentes (17 % des versements), puis les dentistes (15 %). Les versements pour les « autres biens médicaux » sont également importants (16 %).

Définitions

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

GHS : groupes homogènes de séjours.

ARH : agences régionales d'hospitalisation.

Pour en savoir plus

« Les contrats d'assurance complémentaire en 2007 », M. Garnero, M.O. Rattier, *Études et résultats*, n° 698, DREES, août 2009.

Sites internet : www.mutualite.fr, www.ffsa.fr ou www.ctip.fr.

Le financement par les organismes complémentaires 4.5

Financements des organismes complémentaires en 2008

(en millions d'euros)

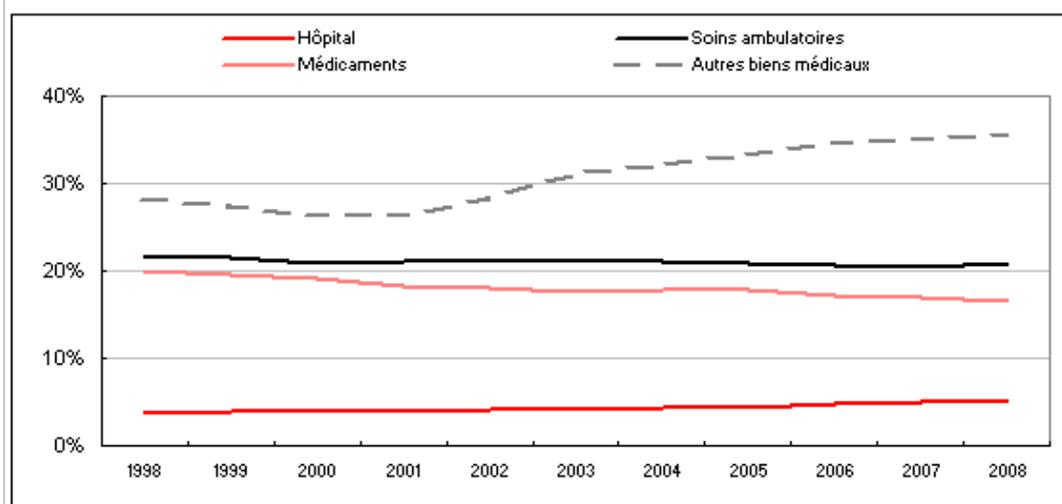
Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part dans la CSBM (en %)
CSBM	13 165	5 903	4 254	23 322	13,7
Soins hospitaliers	2 220	1 032	740	3 992	5,3
Soins ambulatoires	5 385	2 581	1 822	9 787	20,9
Médecins	2 218	1 088	741	4 047	18,8
Dentistes	1 859	907	820	3 586	37,2
Auxiliaires médicaux	738	271	112	1 121	9,9
Laboratoires d'analyses	571	315	149	1 035	23,8
Médicaments	3 645	1 320	797	5 762	16,5
Autres biens médicaux **	1 846	928	885	3 659	35,7
Transports de malades	68	42	12	122	3,6

* y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

** Optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

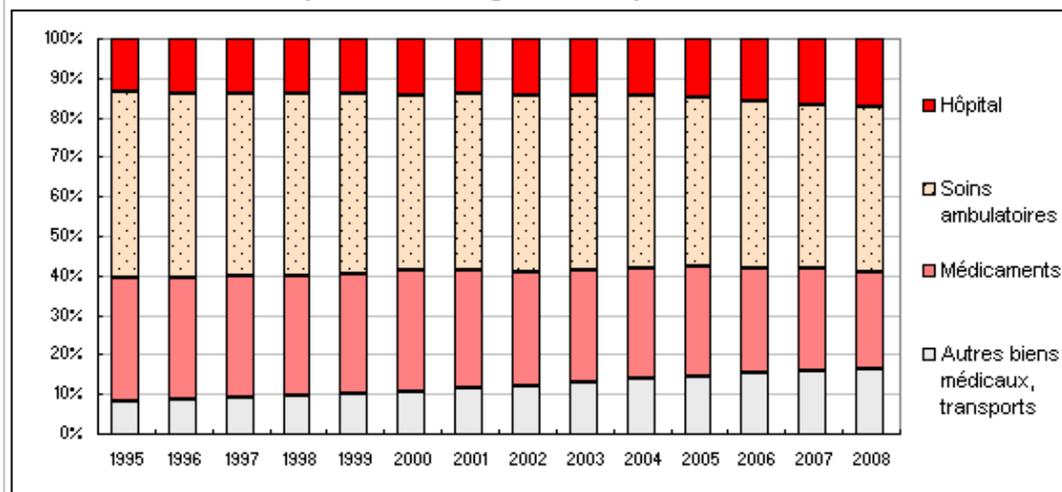
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Part des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Evolution de la structure des prestations des organismes complémentaires



Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.6 Le reste à charge des ménages

De 1995 à 2008, la structure du financement des dépenses de santé s'est légèrement déformée : la part du financement par la Sécurité sociale s'est réduite (de 77,1 % à 75,5 %) au profit des organismes complémentaires, dont la part est passée de 12,2 % à 13,7 %. En 2008, le reste à charge des ménages s'établit à 9,4 %, niveau un peu inférieur à celui atteint en 1995 (9,6 %).

Ces tendances de moyenne période recouvrent en fait des évolutions différentes selon les sous périodes examinées.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse. À partir de 2005, elle a commencé à croître et elle atteint 9,4 % de la CSBM en 2008 (soit un montant de 16,1 milliards d'euros) contre 9 % en 2007 et 8,9 % en 2006. Cette progression résulte en partie de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale : instauration de participations forfaitaires ou de franchises que les complémentaires santé ne sont pas incités à prendre en charge, et déremboursement de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant.

Il a d'abord 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.

En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectent ou non le parcours de soins. Cette mesure s'est traduite en 2006 par une économie d'environ 150 millions d'euros pour la CNAMTS, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages. En effet, les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge

cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, les déremboursements de médicaments ont généré 400 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, alourdissant d'autant le reste à charge.

En 2007, la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est ainsi passé à 50 % au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné. Ceci s'est traduit, pour le régime général, par une nouvelle économie de 75 millions d'euros en année pleine. Le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros ; cette mesure représente une économie annuelle de 140 millions d'euros.

Enfin, en 2008, l'instauration de franchises sur les médicaments (0,50 € par boîte), sur les actes des auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et sur les transports sanitaires (2 € par transport), dont le montant total est plafonné à 50 € par patient et par an, aurait rapporté 750 millions d'euros au régime général et vraisemblablement 890 millions pour l'ensemble des régimes, selon la commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2009.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages dans les grands postes de la CSBM. Cette part augmente depuis 2005 essentiellement pour les médicaments et dans une moindre mesure pour les soins ambulatoires ; elle diminue pour les autres biens médicaux (optique, matériels tels que fauteuils roulants...) en raison d'une hausse du nombre de patients pris en charge à 100 % et d'une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses. Elle reste stable à un niveau extrêmement faible (moins de 3 %) pour l'hôpital.

La France reste un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante (*cf. graphique 13 de la vue d'ensemble*).

Définitions

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « Total des dépenses de soins et biens médicaux » diminué de la « Somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009.
« 55 années de dépenses de santé : une rétopoliation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Etudes et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

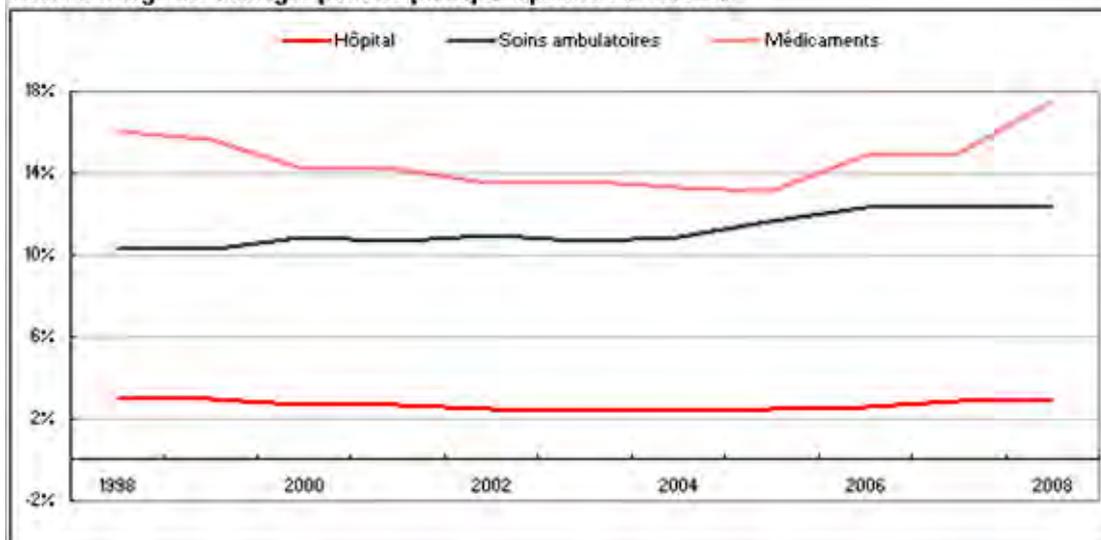
Le reste à charge des ménages 4.6

Reste à charge des ménages en 2008

	en millions d'euros	en % de la CSBM
Ensemble	16 110	9,4%
Hôpital	2 127	2,8%
Soins ambulatoires	5 831	12,5%
Médicaments	6 096	17,5%
Autres biens médicaux	1 977	19,3%
Transports de malades	79	2,3%

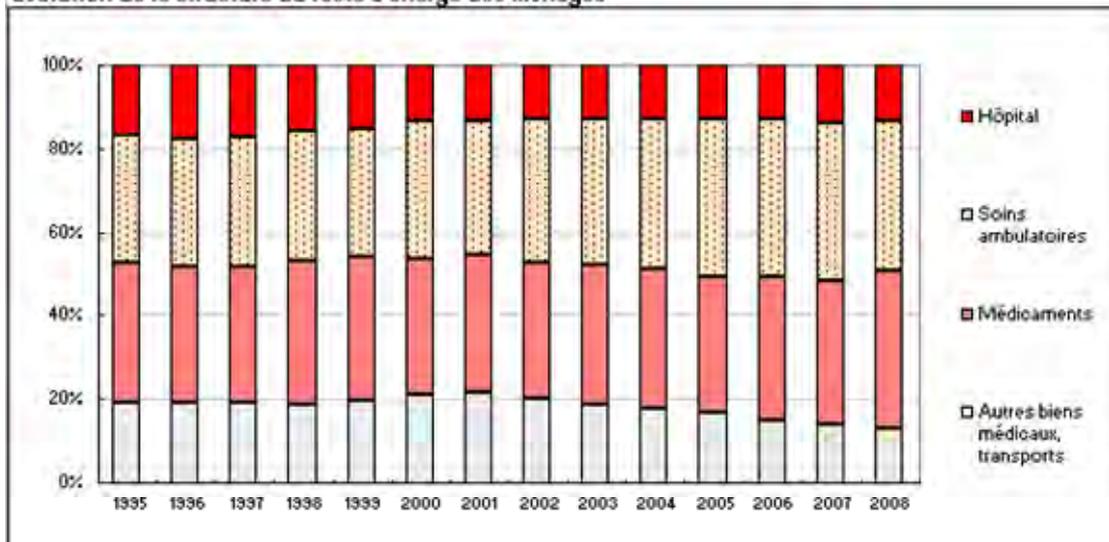
Sources : DREES, Comptes de la santé.

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



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la structure du reste à charge des ménages



Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.7 Le financement du Fonds CMU

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), 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-C 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 ».

Ce dispositif a été complété en 2005 (loi du 13 août 2004) par la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU.

Fin 2008, on compte 4,2 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire, soit 5,2 % de moins qu'en 2007 et 600 000 bénéficiaires de l'ACS, soit 16,7 % de plus qu'en 2007. 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 : c'est le cas pour 13 % des bénéficiaires en 2008.

Le Fonds CMU dispose de plusieurs ressources :

- une dotation du budget de l'État en nette diminution depuis 2004 (de 1 037 millions d'euros en 2003 à 47 en 2008), car elle a été remplacée par l'attribution de droits sur l'alcool (372 millions d'euros en 2008) et sur le tabac (348 millions d'euros) ;
- depuis 2005, une dotation de l'assurance maladie relative à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (87 millions d'euros en 2008) ;
- le produit d'une contribution au taux de 2,5 % sur l'ensemble des contrats de couverture complémentaire maladie. Cette contribution des organismes complémentaires est de 725 millions d'euros en 2008. Elle augmentera en 2009, le taux passant de 2,5 % à 5,9 %.

Au 1^{er} janvier 2008, le Fonds CMU rembourse le coût de la CMU-C aux organismes concernés sous la forme d'un forfait fixé à 340 € par an et par bénéficiaire depuis 2006 ; ces organismes assurent la charge d'un éventuel surcoût. Les dépenses par bénéficiaire s'élèvent à 405 € euros en moyenne en 2008 (pour 370 € en 2007 et 341 € en 2006) ; elles dépassent ainsi le montant du forfait, en particulier pour les bénéficiaires gérés par le régime général et par le régime agricole. C'est la raison pour laquelle ce forfait passera à 370 € pour l'année 2009.

Les organismes de couverture complémentaire qui participent à la CMU déduisent du montant dû au titre de la contribution sur les contrats de couverture complémentaire maladie ce forfait de 340 € par bénéficiaire ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (87 millions d'euros en 2008).

Cependant, quelques organismes complémentaires ont un montant total de contribution inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 340 € en 2008). Dans ce cas, le Fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés : 80 millions d'euros en 2008.

Le traitement de la CMU-C 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-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État et CMU-C ». 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-C 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 versées par ces organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2008 », mai 2009, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Le financement du Fonds CMU 4.7

Compte du Fonds CMU en 2008

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Total charges	1 579	Total produits	1 579
Versements aux régimes de base	1 266	Dotation budgétaire (LFI)	47
Déductions "Contrats CMU-C" (1)	196	Dotation Assurance maladie	87
Déduction "Crédit d'impôt pour acquisition d'une complémentaire santé" (2)	87	Contribution des org. complémentaires	725
Gestion administrative	1	Taxe sur l'alcool	372
Résultat (excédent)	29	Taxe sur le tabac	348

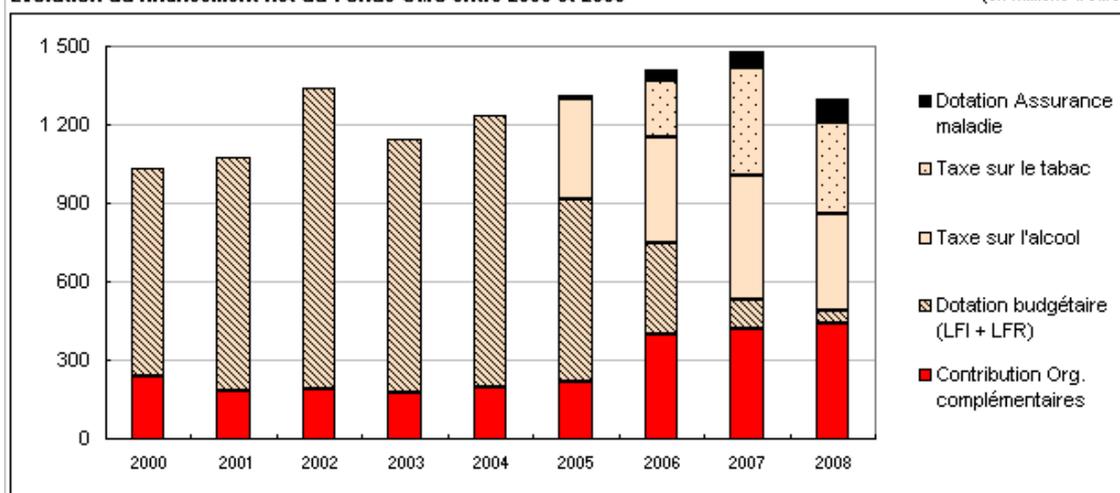
(1) Avoirs accordés aux OC (organismes complémentaires) pour les contrats CMU-C qu'ils gèrent.

(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 du Fonds CMU pour l'année 2008.

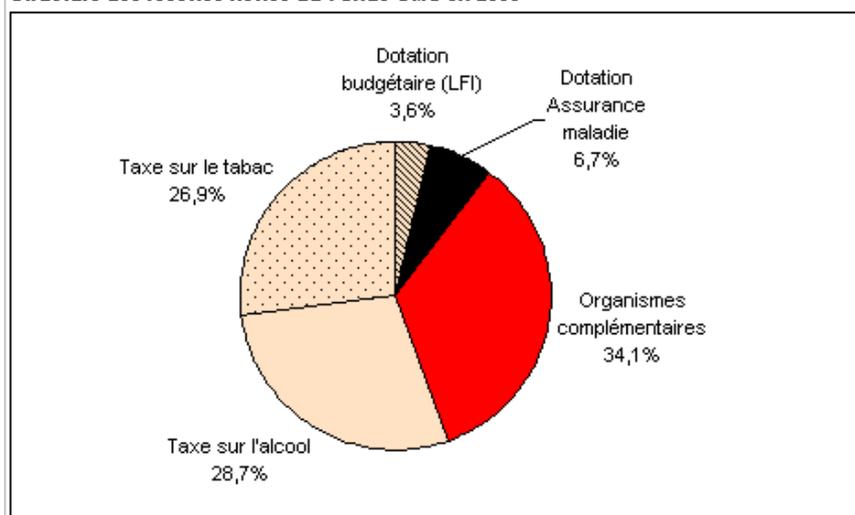
Évolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2008

(en millions d'euros)



Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2008.

Structure des recettes nettes du Fonds CMU en 2008



Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2008.

Annexes

1 Les agrégats des Comptes de la santé

1.1 La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés (hors soins de longue durée), 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 et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée en établissement en sont exclus. 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).

1.2 Les autres dépenses courantes de santé

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.

Les autres dépenses pour les malades

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

Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement concernent les personnes hospitalisées en services de soins de longue durée et les 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 subventions au système de soins, les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique, 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 sans but lucratif au service des ménages (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.

1.3 La dépense courante de santé (DCS)

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.

1.4 La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, 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'ACTP¹ et d'APA² 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).

Remarque :

la **Consommation médicale totale (CMT)** regroupe la CSBM et les dépenses de prévention individualisables.

¹ ATCP : Allocation compensatoire pour tierce personne.

² APA : Allocation personnalisée d'autonomie.

2 Le champ des Comptes de la santé

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.

2.1 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 d'une perturbation durable de l'état de santé.

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

2.2 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 (DCS), 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.

2.3 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 (DTS) 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 essentielles 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 DTS 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.

2.4 La révision des Comptes

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 2009, on estime un compte provisoire pour 2008, un compte semi-définitif pour 2007 et on arrête un compte définitif pour 2006.

Pour le compte provisoire 2008, 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 des finances publiques ;
- l'interprétation des données des secteurs hospitaliers public et privé doit intégrer la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). Ceci rend délicate l'appréciation des évolutions. Cette réforme a 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 30 juin 2009.

3 La production des établissements de santé

3.1 Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

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.

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

3.2 Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quelque soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la Tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu 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) a été 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 sur la production, consommation de capital fixe³...) diminuée des Ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues en base 2000 du champ de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (3)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe (2)	

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) cf. note de bas de page.

(3) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
 + Paiements partiels
 + Prestations prises en charge par l'État
 + Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
 + Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

3.3 Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.

³ La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche en théorie de la dotation aux amortissements.

4 Des indices spécifiques au secteur de la santé

4.1 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 1997-2006, 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 »

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Méthode "input"	1,0327	1,0053	1,0045	1,0082	1,0134	1,0099	1,0148	1,0263	1,0204
Méthode "output"	1,0311	1,0058	1,0046	1,0080	1,0131	1,0111	1,0149	1,0233	1,0167
Ecart entre "input" et "output"	0,0016	-0,0006	0,0000	0,0002	0,0004	-0,0013	-0,0001	0,0030	0,0036

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

4.2 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.

4.3 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, cette méthode revient à comptabiliser 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 peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

Tableaux détaillés

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

valeur (millions d'euros courants)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	70 036	72 498	75 156
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 020	57 925
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 478	17 231
2. SOINS AMBULATOIRES	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 907	42 785	44 993	46 801
• Médecins	12 984	13 185	13 483	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 821	21 484
• Auxiliaires Médicaux	5 177	5 344	5 303	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 853	9 453	10 253	11 022
- infirmiers	2 697	2 766	2 762	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 299	4 564	4 911	5 377	5 816
- masseurs-kinesithérapeutes	2 105	2 176	2 131	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 789	4 078	4 346
- autres	375	402	410	429	469	497	532	595	649	687	718	753	798	860
• Dentistes	5 950	6 147	6 261	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 397	9 651
• 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	4 218	4 340
• Cures Thermales (forfait soins)	258	256	271	279	286	275	285	288	291	290	290	290	304	305
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 243	3 389
4. MÉDICAMENTS	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 886	34 902
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 621	10 240
• Optique	2 540	2 593	2 606	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 634	4 783
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	776	789	736	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 285	1 394	1 464	1 572
• Petits matériels et pansements	405	542	751	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 906	3 131	3 523	3 885
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	157 294	164 241	170 488
6. MÉDECINE PREVENTIVE	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 910	3 051	3 162
• Prévention individuelle primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 448	2 528
• Prévention individuelle secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	427	452	502	544	603	634
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	100 006	102 467	104 301	108 105	112 080	117 437	124 132	132 059	140 540	147 658	154 007	160 203	167 292	173 651

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX

indices de valeur

(indices de valeur : base 100 année précédente)

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	103,6	103,5	103,7
• 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	103,5	103,2	103,4
• 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	104,1	104,5	104,6
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	103,2	104,6	105,2	104,0
• 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	104,8	103,2
• 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	108,5	107,5
- 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	107,6	109,5	108,2
- 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	107,6	106,6
- 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	104,9	105,9	107,8
• Dentistes	102,3	105,5	103,3	101,9	102,4	100,7	103,2	109,1	105,7	107,1	104,7	101,1	104,1	103,5	102,7
• 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	102,8	102,9
• 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	100,2
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	105,2	104,5
4. MÉDICAMENTS	105,1	105,9	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	103,0	104,5	103,0
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	106,3	107,3	106,4
• 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	104,8	104,3	103,2
• 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	108,4	105,1	107,4
• 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	110,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	103,3	105,6	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1	104,4	104,0	104,4	103,8
6. MEDECINE PREVENTIVE	103,2	103,9	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	105,8	105,2	100,1	104,0	104,9	103,6
• Prévention individuelle primaire	102,7	103,4	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,1	105,1	98,0	103,0	103,5	103,3
• Prévention individuelle secondaire	106,3	106,3	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,0	108,4	110,9	105,1
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	104,3	104,0	104,4	103,8

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX indices de prix

(indices des prix : base 100 année précédente)

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	101,6	102,1	102,1
• 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	101,8	102,0	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	102,5	102,3
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	101,5
• Médecins	100,8	103,2	101,1	100,5	101,0	100,6	100,6	100,6	106,2	105,4	101,1	102,7	104,6	103,4	101,6
• Auxiliaires Médicaux	100,8	101,6	101,0	101,0	100,5	101,5	100,2	99,2	104,5	103,1	101,4	100,0	100,0	100,9	101,7
• 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	101,8
• Analyses	99,6	100,4	100,2	100,1	100,0	99,2	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	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	103,2
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	101,0
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	97,7
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,8	101,2	101,7	100,1	100,7	100,9	100,7	101,1	101,1	101,5	101,5	101,1	100,2	100,5	101,1
• 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	101,6
• 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	100,4
• 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	100,8
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	100,7	101,0	100,9

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX indices de volume

(indices de volume-base 100 année précédente)

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	102,0	101,4	101,6
• 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	101,7	101,2	101,4
• 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	103,1	101,9	102,2
2. SOINS AMBULATOIRES	102,5	104,0	101,0	100,9	103,1	103,2	104,3	106,7	104,4	103,6	103,5	101,7	102,1	103,0	102,4
• 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	101,3	101,5
• Auxiliaires Médicaux	103,1	105,3	102,2	98,3	104,1	105,1	106,2	106,8	104,9	104,8	105,0	105,2	106,8	107,5	105,7
• Dentistes	101,8	107,0	102,3	100,9	102,6	101,0	102,0	114,1	110,9	106,1	104,4	100,1	102,3	102,2	100,9
• 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	102,8	102,9
• 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	98,6	97,2
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	103,9	103,5
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	107,0	107,2	105,4
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	106,1	106,7	105,3
• 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	104,5	103,5	101,6
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	102,2	106,9	101,0	92,6	103,0	107,0	108,4	109,2	108,4	105,8	106,4	104,8	108,3	104,8	106,9
• 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	108,0	107,4	112,2	109,4
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	103,3	103,4	102,8

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX valeur (millions d'euros 2000)

(en millions d'euros 2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	58 016	58 805	59 725
• Secteur public	38 626	39 102	39 164	40 381	40 617	40 802	41 128	41 666	42 130	42 759	43 757	44 490	45 017	45 632
• Secteur privé	12 668	12 729	12 794	12 080	11 797	11 866	11 969	12 297	12 546	12 744	13 141	13 526	13 788	14 093
2. SOINS AMBULATOIRES	27 596	27 886	28 140	29 015	29 950	31 223	33 307	34 790	36 081	37 377	38 002	38 824	40 011	40 997
• Médecins	13 485	13 544	13 781	14 146	14 587	15 191	15 649	15 739	15 936	16 232	16 315	16 251	16 469	16 719
• Auxiliaires Médicaux	5 398	5 517	5 420	5 641	5 927	6 294	6 723	7 052	7 388	7 760	8 164	8 715	9 367	9 904
• Dentistes	6 112	6 252	6 311	6 472	6 536	6 668	7 611	8 440	8 957	9 354	9 360	9 575	9 783	9 869
• 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	4 137	4 257
• Cures Thermales	267	263	277	282	286	275	286	281	276	271	266	259	255	248
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	2 715	2 820	2 917
4. MÉDICAMENTS	18 490	18 646	19 244	20 400	21 820	23 631	25 780	27 535	29 331	31 378	33 113	35 421	37 963	40 003
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 878	4 022	4 192	4 540	5 091	5 714	6 369	6 781	7 152	7 600	7 926	8 413	8 986	9 467
• Optique	2 661	2 661	2 683	2 751	2 851	3 236	3 546	3 648	3 710	3 822	3 884	4 060	4 204	4 271
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	797	805	745	767	821	890	972	1 054	1 116	1 187	1 244	1 347	1 411	1 508
• Petits matériels et pansements	420	556	764	1 022	1 419	1 588	1 851	2 079	2 326	2 591	2 798	3 006	3 371	3 688
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	143 389	148 585	153 109

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX indices de volume (base 100 en 2000)

(indices de volume-base 100 en 2000)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1. SOINS HOSPITALIERS														
• Secteur public	97,4	98,4	98,7	99,6	99,5	100,0	100,8	102,5	103,8	105,4	108,0	110,2	111,7	113,4
• Secteur privé	94,7 106,8	95,8 107,3	96,0 107,8	99,0 101,8	99,4 99,4	100,0 100,0	100,8 100,9	102,1 103,6	103,3 105,7	104,8 107,4	107,2 110,7	109,0 114,0	110,3 116,2	111,8 118,8
2. SOINS AMBULATOIRES														
• 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	108,4	110,1
• 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	157,4
• Dentistes	91,7	93,8	94,6	97,1	98,0	100,0	114,1	126,6	134,3	140,3	140,4	143,6	146,7	148,0
• 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	148,0	152,3
• 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	92,7	90,2
3. TRANSPORTS DE MALADES	85,7	83,7	82,3	89,1	93,7	100,0	106,1	113,5	120,6	129,6	136,0	144,0	149,5	154,7
4. MÉDICAMENTS	78,2	78,9	81,4	86,3	92,3	100,0	109,1	116,5	124,1	132,8	140,1	149,9	160,6	169,3
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	147,2	157,3	165,7
• Optique	82,2	82,2	82,9	85,0	88,1	100,0	109,6	112,7	114,6	118,1	120,0	125,5	129,9	132,0
• 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	151,3	158,5	169,4
• Petits matériels et pansements	26,4	35,0	48,1	64,4	89,4	100,0	116,6	130,9	146,5	163,2	176,2	189,3	212,3	232,2
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	124,6	129,1	133,0

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ
valeur (millions d'euros courants)

(en millions d'euros)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	157 294	164 241	170 488
• Soins aux particuliers	75 857	77 753	78 754	80 937	82 871	85 777	89 792	95 689	101 908	106 673	111 309	115 905	120 733	125 347
- soins hospitaliers	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 498	75 156
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 020	57 925
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 478	17 231
- soins ambulatoires	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 907	42 785	44 993	46 801
- transports de malades	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 243	3 389
• Médicaments	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 886	34 902
• Autres biens médicaux	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 621	10 240
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	6 445
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	10 732	11 327
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	106 953	109 493	111 333	115 586	120 040	126 215	133 589	142 582	152 032	159 440	166 280	172 894	180 623	188 261
21 - Prévention individuelle	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 910	3 051	3 162
- Prévention primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 448	2 528
- Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	427	452	502	544	603	634
22 - Prévention collective	1 482	1 511	1 557	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 317	2 088	2 150	2 266	2 270	2 344
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	3 456	3 560	3 650	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 949	5 175	5 322	5 506
31. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 465	1 415	1 481	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880
32. 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	7 121	7 324	7 427
33. DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 160	1 252
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	6 243	6 241	6 326	6 542	7 381	7 852	8 247	8 888	9 189	9 546	9 748	10 264	10 346	10 558
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	14 188	14 621	14 879
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	-3 810	-4 023	-4 163
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	124 301	127 234	129 487	134 316	139 791	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 263	198 711	206 889	215 041

DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ indices de valeur

(indices de valeur-base 100 année précédente)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
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	104,0	104,4	103,8
• Soins aux particuliers	102,5	101,3	102,8	102,4	103,5	104,7	106,6	106,5	104,7	104,3	104,1	104,2	103,8
- Soins hospitaliers	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	106,0	104,7	105,0	103,6	103,5	103,7
• Secteur public	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,6	103,5	103,2	103,4
• Secteur privé	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	104,1	104,5	104,6
- soins ambulatoires	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,2	104,6	105,2	104,0
- 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	105,2	104,5
• Médicaments	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	103,0	104,5	103,0
• Autres biens médicaux	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,4	106,3	107,3	106,4
12. SOINS AUX PERSONNES AGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	104,9	104,0	104,8	104,8	107,8	105,6	110,3	109,2	110,3	114,8	110,0	108,7	114,1
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	103,2	105,5
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	102,4	101,7	103,8	103,9	105,1	105,8	106,7	106,6	104,9	104,3	104,0	104,5	104,2
21 - Prévention individuelle	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	105,8	105,2	100,1	104,0	104,9	103,6
- Prévention primaire	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,1	105,1	98,0	103,0	103,5	103,3
- Prévention secondaire	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,0	108,4	110,9	105,1
22 - Prévention collective	102,0	103,0	104,5	104,0	105,1	102,5	122,5	103,7	90,1	103,0	105,4	100,2	103,2
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,0	102,5	104,3	103,5	104,0	103,2	112,3	104,8	98,2	101,3	104,6	102,8	103,5
31. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	96,6	104,6	104,2	104,8	99,8	102,2	104,3	103,8	109,8	108,0	98,7	89,3	100,9
32. 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	107,5	102,8	101,4
33. 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	108,0
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	100,0	101,4	103,4	112,8	106,4	105,0	107,8	103,4	103,9	102,1	105,3	100,8	102,1
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	103,2	102,3	102,8	104,6	104,2	103,1	103,3	104,2	102,3	106,0	103,7	103,0	101,8
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	112,1	105,6	103,5
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	102,4	101,8	103,7	104,1	105,1	105,5	106,6	106,2	104,5	104,2	103,9	104,1	103,9

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 (2)	9 609	195	1 493	713	398	627	3 231	13 036
Auxiliaires (2)	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 (3)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	84 501	1 105	7 113	3 212	1 603	9 419	21 347	106 953
Prévention individuelle	337	762					875	1 974
Prévention collective	284	1 170					28	1 482
TOTAL : PRÉVENTION	620	1 932					903	3 456
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 465						0	1 465
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 022					2 069	4 092
FORMATION	8	613					66	687
COUT DE GESTION DE LA SAITE	5 961	711					2 945	9 616
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-1 967	-1 967
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	92 555	6 383					25 363	124 301

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

(2) y compris cures thermales.

(3) 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	Sociétés d'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 (2)	9 704	200	1 563	748	436	586	3 333	13 236
Auxiliaires (2)	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 (3)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	86 355	1 138	7 516	3 389	1 777	9 319	22 001	109 493
Prévention individuelle	349	798					902	2 049
Prévention collective	296	1 185					29	1 511
TOTAL : PRÉVENTION	645	1 984					932	3 560
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 415						0	1 415
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 038					2 087	4 125
FORMATION	8	625					68	701
COUT DE GESTION DE LA SAITE	6 086	726					3 110	9 922
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-1 982	-1 982
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	94 509	6 511					26 214	127 234

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

(2) y compris cures thermales.

(3) 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	Sociétés d'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 (2)	9 905	204	1 608	717	486	617	3 428	13 537
Auxiliaires (2)	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 (3)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	87 913	1 201	7 667	3 208	2 022	9 323	22 219	111 333
Prévention individuelle	342	827					925	2 094
Prévention collective	306	1 221					30	1 557
TOTAL : PRÉVENTION	648	2 048					954	3 650
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 481						0	1 481
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-COMPTE 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) y compris cures thermales.

(3) 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	Sociétés d'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 (2)	10 337	208	1 721	715	488	564	3 488	14 033
Auxiliaires (2)	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 (3)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	91 263	1 225	8 116	3 252	2 193	9 537	23 097	115 586
Prévention individuelle	367	857					955	2 179
Prévention collective	313	1 284					30	1 627
TOTAL : PRÉVENTION	679	2 141					986	3 806
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 542						0	1 542
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 087					2 159	4 246
FORMATION	9	670					75	754
COUT DE GESTION DE LA SAITE	6 262	769					3 404	10 435
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-2 052	-2 052
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	99 756	6 891					27 669	134 316

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

(2) y compris cures thermales.

(3) 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	Sociétés d'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 (2)	10 750	212	1 788	701	491	615	3 595	14 557
Auxiliaires (2)	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 (3)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	94 791	1 246	8 491	3 202	2 367	9 943	24 003	120 040
Prévention individuelle	377	890					979	2 246
Prévention collective	325	1 337					31	1 692
TOTAL : PRÉVENTION	702	2 227					1 010	3 938
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 616							1 616
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 394					2 587	4 981
FORMATION	10	692					82	784
COUT DE GESTION DE LA SAITE	6 553	814					3 546	10 912
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-2 481	-2 481
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	103 671	7 373					28 747	139 791

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

(2) y compris cures thermales.

(3) 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)	Sociétés d'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 (3)	11 190	233	1 793	665	497	869	3 823	15 246
Auxiliaires (3)	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 (4)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	99 809	1 402	8 814	3 151	2 732	10 308	25 004	126 215
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
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 613						0	1 613
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 662					2 760	5 422
FORMATION	10	722					86	817
COUT DE GESTION DE LA SANTE	6 603	855					3 914	11 372
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 641	-2 641
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	108 752	7 972					30 169	146 893

(1) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) 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)	Sociétés d'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 (3)	11 522	237	1 770	663	647	961	4 040	15 800
Auxiliaires (3)	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 (4)	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	105 541	1 633	9 085	3 291	3 087	10 952	26 415	133 589
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
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 648							1 648
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 861					2 900	5 761
FORMATION	10	740					88	838
COUT DE GESTION DE LA SANTE	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 CMU-C versées par ces organismes.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) 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)	Sociétés d'assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	42 526	634	654	296	290	697	1 936	45 095
Hôpitaux du secteur Privé	10 912	92	688	234	267	734	1 925	12 929
Sous-total : Soins hospitaliers	53 438	726	1 342	530	557	1 431	3 861	58 024
Médecins (3)	12 173	275	1 796	716	642	1 275	4 429	16 877
Auxiliaires (3)	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	5 353	15 288	95 689
Officines pharmaceutiques	18 007	454	3 108	986	738	3 634	8 466	26 928
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	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	99 830	1 807	9 741	3 617	3 374	11 178	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	112 864	1 807	9 741	3 617	3 374	11 178	27 912	142 582
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
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 719						0	1 719
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 049					3 226	6 275
FORMATION	11	790					94	894
COUT DE GESTION DE LA SAITE	6 897	987					4 230	12 114
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-3 108	-3 108
DÉPENSE COURANTE DE SAITÉ	122 242	9 498					33 480	165 220

(1) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) 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)	Sociétés d'assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	45 116	649	743	312	296	734	2 085	47 851
Hôpitaux du secteur Privé	11 578	94	709	247	273	751	1 979	13 651
Sous-total : Soins hospitaliers	56 694	743	1 452	558	569	1 484	4 064	61 502
Médecins (3)	13 028	288	1 876	798	684	1 323	4 682	17 999
Auxiliaires (3)	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	84 345	1 372	5 949	2 515	2 159	5 569	16 192	101 908
Officines pharmaceutiques	19 190	466	3 217	1 002	798	3 882	8 900	28 555
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	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	106 487	1 901	10 392	3 980	3 570	11 553	29 495	137 883
Soins aux personnes âgées en établissements	3 733						0	3 733
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 416						0	10 416
DÉPENSES POUR LES MALADES	120 636	1 901	10 392	3 980	3 570	11 553	29 495	152 032
Prévention individuelle	376	1 142					1 139	2 657
Prévention collective	386	1 897					34	2 317
TOTAL : PRÉVENTION	762	3 038					1 173	4 974
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 783						0	1 783
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 057					3 418	6 475
FORMATION	12	822					97	931
COUT DE GESTION DE LA SAITE	7 200	1 002					4 420	12 622
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 301	-3 301
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	130 393	9 821					35 303	175 516

(1) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) 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)	Sociétés d'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 (3)	13 430	291	1 925	861	715	1 311	4 812	18 533
Auxiliaires (3)	6 938	73	573	232	102	732	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	4 294	12 664	39 644
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	106 674
Officines pharmaceutiques	20 300	474	3 375	1 184	838	4 016	9 414	30 188
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	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	31 174	144 863
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118						0	4 118
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 459						0	10 459
DÉPENSES POUR LES MALADES	126 307	1 959	10 961	4 460	3 758	11 995	31 174	159 440
Prévention individuelle	389	1 232					1 174	2 795
Prévention collective	376	1 676					35	2 088
TOTAL : PRÉVENTION	765	2 908					1 210	4 883
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 957						0	1 957
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 171					3 439	6 610
FORMATION	12	864					102	979
COUT DE GESTION DE LA SAITE	7 195	1 024					4 690	12 910
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 311	-3 311
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	136 237	9 927					37 304	183 468

(1) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(3) y compris cures thermales.

(4) 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 (1)	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)	
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 (4)	13 634	292	2 006	910	682	1 602	5 200	19 126
Auxiliaires (4)	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	18 115	111 310
Officines pharmaceutiques	21 247	479	3 526	1 258	818	4 138	9 740	31 466
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	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	14 600	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
DÉPENSES POUR LES MALADES	131 537	2 028	11 598	4 723	3 708	12 686	32 715	166 280
Prévention individuelle	416	1 184					1 198	2 799
Prévention collective	412	1 702					36	2 150
TOTAL : PRÉVENTION	828	2 886					1 234	4 949
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 113						0	2 113
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621
FORMATION	13	895					106	1 014
COUT DE GESTION DE LA SAITE	7 698	1 049					4 938	13 684
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-3 398	-3 398
DÉPENSE COURANTE DE SAITÉ	142 188	9 955					39 119	191 263

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(4) y compris cures thermales.

(5) 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)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	50 717	775	1 080	454	324	913	2 771	54 264
Hôpitaux du secteur Privé	13 234	109	842	359	298	929	2 429	15 773
Sous-total : Soins hospitaliers	63 952	885	1 922	813	622	1 843	5 200	70 036
Médecins (4)	13 951	314	2 104	957	709	1 884	5 653	19 919
Auxiliaires (4)	7 803	82	661	237	100	802	1 800	9 685
Dentistes	3 152	244	1 720	759	715	2 490	5 684	9 079
Laboratoires d'analyses	3 028	76	513	257	127	102	998	4 102
Sous-total : Soins ambulatoires	27 934	715	4 998	2 210	1 651	5 277	14 136	42 785
Transports de malades	2 901	23	53	32	10	64	159	3 083
Total : Prestataires de soins	94 787	1 623	6 973	3 055	2 283	7 184	19 495	115 905
Officines pharmaceutiques	21 554	457	3 576	1 231	780	4 822	10 409	32 421
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	3 748	74	1 682	687	735	2 043	5 146	8 968
Total : Biens médicaux	25 303	531	5 257	1 918	1 515	6 865	15 556	41 389
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	120 090	2 154	12 231	4 973	3 798	14 049	35 050	157 294
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200						0	5 200
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 400						0	10 400
DÉPENSES POUR LES MALADES	135 690	2 154	12 231	4 973	3 798	14 049	35 050	172 894
Prévention individuelle	414	1 260					1 235	2 910
Prévention collective	405	1 823					38	2 266
TOTAL : PRÉVENTION	819	3 083					1 273	5 175
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	2 086						0	2 086
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 182					3 938	7 121
FORMATION	13	934					111	1 057
COUT DE GESTION DE LA SAITE	7 927	1 101					5 160	14 188
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-3 810	-3 810
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	146 535	10 454					41 722	198 711

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(4) y compris cures thermales.

(5) 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)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	52 113	842	1 188	509	367	1 001	3 065	56 020
Hôpitaux du secteur Privé	13 644	116	896	402	337	1 082	2 718	16 478
Sous-total : Soins hospitaliers	65 757	958	2 084	911	704	2 083	5 783	72 498
Médecins	14 679	323	2 163	1 001	733	1 982	5 879	20 882
Auxiliaires	8 464	86	680	247	107	912	1 947	10 497
Dentistes	3 263	285	1 757	806	758	2 527	5 849	9 397
Laboratoires d'analyses	3 071	78	534	277	145	113	1 069	4 218
Sous-total : Soins ambulatoires	29 476	772	5 134	2 331	1 744	5 535	14 744	44 993
Transports de malades	3 045	26	60	35	11	65	172	3 243
Total : Prestataires de soins	98 278	1 756	7 279	3 277	2 459	7 684	20 699	120 733
Officines pharmaceutiques	22 626	457	3 676	1 264	788	5 075	10 803	33 886
Autres biens médicaux en ambulatoire (1)	4 152	77	1 753	815	810	2 014	5 392	9 621
Total : Biens médicaux	26 779	534	5 429	2 079	1 598	7 089	16 194	43 507
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	125 057	2 291	12 707	5 356	4 057	14 772	36 893	164 241
Soins aux personnes âgées en établissements	5 651							5 651
Aide aux malades (indemnités journalières)	10 732							10 732
DÉPENSES POUR LES MALADES	141 439	2 291	12 707	5 356	4 057	14 772	36 893	180 623
Prévention individuelle	435	1 346					1 270	3 051
Prévention collective	444	1 786					41	2 270
TOTAL : PRÉVENTION	879	3 132					1 311	5 322
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 863						0	1 863
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 185					4 139	7 324
FORMATION	14	1 024					121	1 160
COUT DE GESTION DE LA SAITE	8 034	1 126					5 461	14 621
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 023	-4 023
DÉPENSE COURANTE DE SAITE	152 230	10 758					43 901	206 889

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(4) y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2008

(en millions d'euros)

Financements	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (1)	Etat et CMU-C organismes de base	Mutuelles (2)	Sociétés d'assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)	
Dépenses par poste								
Hôpitaux du secteur Public	53 791	874	1 266	577	385	1 031	3 260	57 925
Hôpitaux du secteur Privé	14 304	68	954	455	354	1 096	2 859	17 231
Sous-total : Soins hospitaliers	68 095	942	2 220	1 032	740	2 127	6 119	75 156
Médecins (4)	15 106	327	2 218	1 088	741	2 065	6 112	21 545
Auxiliaires (4)	8 917	89	738	271	112	1 139	2 260	11 266
Dentistes	3 304	279	1 859	907	820	2 481	6 067	9 651
Laboratoires d'analyses	3 083	76	571	315	149	146	1 181	4 340
Sous-total : Soins ambulatoires	30 410	772	5 385	2 581	1 822	5 831	15 619	46 801
Transports de malades	3 161	27	68	42	12	79	201	3 389
Total : Prestataires de soins	101 665	1 742	7 674	3 655	2 573	8 038	21 939	125 347
Officines pharmaceutiques	22 611	433	3 645	1 320	797	6 096	11 857	34 902
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	4 524	80	1 846	928	885	1 977	5 636	10 240
Total : Biens médicaux	27 135	513	5 491	2 248	1 681	8 072	17 493	45 142
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	128 801	2 255	13 165	5 903	4 254	16 110	39 432	170 488
Soins aux personnes âgées en établissements	6 445						0	6 445
Aide aux malades (indemnités journalières)	11 327						0	11 327
DÉPENSES POUR LES MALADES	146 573	2 255	13 165	5 903	4 254	16 110	39 432	188 261
Prévention individuelle	465	1 364					1 333	3 162
Prévention collective	467	1 830					47	2 344
TOTAL : PRÉVENTION	932	3 195					1 379	5 506
SUBVENTION AU SYSTEME DE SOINS	1 880						0	1 880
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 149					4 278	7 427
FORMATION	16	1 105					131	1 252
COÛT DE GESTION DE LA SAÏTE	8 041	1 139					5 699	14 879
DOUBLE-COMPTÉ recherche pharmaceutique							-4 163	-4 163
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	157 441	10 843					46 757	215 041

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

(4) y compris cures thermales.