

En 2024, la consommation de soins hospitaliers atteint 120,7 milliards d'euros, soit 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. Les soins hospitaliers augmentent en valeur à un rythme moins soutenu qu'en 2023, du fait d'un net ralentissement des prix, et les volumes de soins accélèrent légèrement. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public ralentit en raison du repli des dépenses énergétiques. Elle décélère aussi dans le secteur privé, en raison du ralentissement des rémunérations des cliniques privées et des honoraires de leurs praticiens libéraux. La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (92,8 % du total en 2024). Elle prend davantage en charge les dépenses de l'hôpital public que celles des cliniques privées. En 2024, le reste à charge des ménages est stable dans le secteur public, à 1,0 %. Il augmente en revanche dans le secteur privé à but lucratif, à 6,7 %, après 5,9 % en 2023.

## Le volume de soins hospitaliers accélère légèrement en 2024

La consommation de soins du secteur hospitalier recouvre l'ensemble des séjours et consultations à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (voir encadré Sources et méthodes). En valeur, c'est-à-dire en euros courants, elle s'élève en 2024 à 120,7 milliards d'euros, représentant 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,9 % de la consommation effective des ménages.

La consommation des soins hospitaliers ralentit par rapport aux années précédentes, tout en demeurant dynamique : +3,1 % en 2024, après +6,0 % en 2023 et +4,5 % en 2022 (graphique 1). Ce ralentissement s'explique par une nette décélération des prix (+0,8 %, après +3,8 % en 2023) ; en 2024, les prix des soins hospitaliers augmentent moins vite que l'inflation totale (+2,0 %)¹. La consommation de soins hospitaliers reste néanmoins plus dynamique qu'avant la crise sanitaire

liée à l'épidémie de Covid-19 : entre 2014 et 2019, les dépenses hospitalières en euros courants augmentaient en moyenne de 1,8 % par an. Contrairement aux prix, le volume économique de soins consommés accélère légèrement (+2,3 % en 2024, après +2,1 % en 2023).

## La consommation de soins ralentit fortement dans le secteur public, en raison d'une baisse marquée des prix

En 2024, la consommation de soins dans le secteur hospitalier privé à but lucratif² (voir encadré Sources et méthodes) atteint 27,1 milliards d'euros (tableau 1). L'activité de ce secteur ralentit (+4,1 %, après +5,2 % en 2023), mais son rythme reste supérieur à celui d'avant la crise sanitaire (+2,0 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Ce ralentissement s'explique à la fois par un léger ralentissement des volumes d'activité (+3,2 %, après +3,8 % en 2023) et des prix (+0,9 %, après +1,3 % en 2023).

La consommation de soins dans le secteur hospitalier public³ (voir encadré Sources et méthodes)

1. Insee, indice des prix à la consommation.

2. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

3. La façon de comptabiliser les dépenses n'est pas la même pour le secteur public et le secteur privé à but lucratif (voir encadré Sources et méthodes). Dans le secteur public, secteur non marchand, elle est évaluée au coût des différents facteurs de production ; dans le secteur privé à but lucratif, secteur marchand, elle est évaluée à l'aune du prix facturé par les cliniques privées en contrepartie des soins délivrés.

ralentit nettement (+2,9 %, après +6,3 % en 2023) pour atteindre 93,7 milliards d’euros. Le taux de croissance du secteur public est le plus faible depuis 2020, mais il reste supérieur à celui d’avant crise (+1,8 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s’explique principalement par le fléchissement des prix (+0,8 %, après +4,6 % en 2023). À l’inverse, le volume des soins hospitaliers publics accélère (+2,1 %, après +1,6 % en 2023 et -1,2 % en 2022). La part de la consommation de soins hospitaliers publics dans la CSBM diminue de 0,3 point, de 37,1 % à 36,8 %. Elle reste stable dans la consommation effective des ménages depuis 2022 (4,6 %).

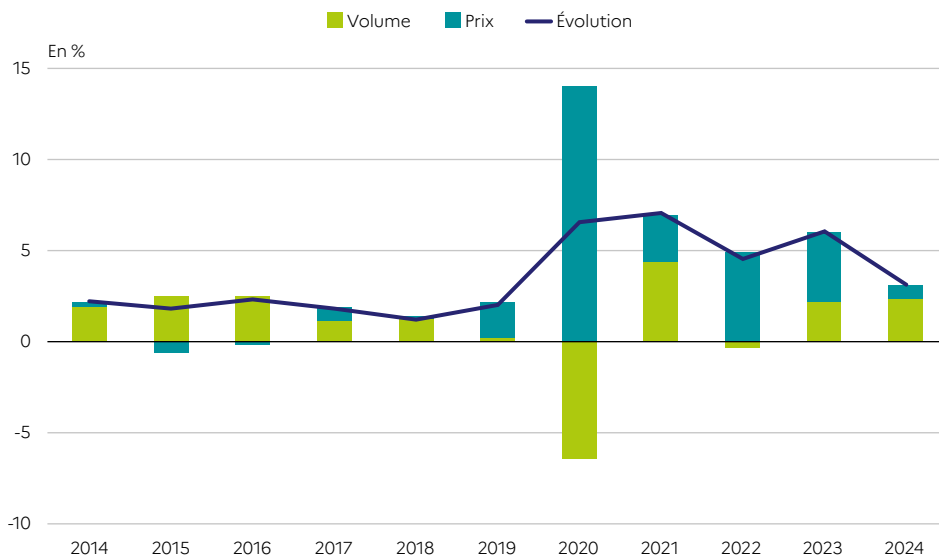
### Les dépenses de consommation de soins hospitaliers publics ralentissent avec le repli des dépenses énergétiques

Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s’observe pour ses principaux coûts de production (tableau 2), mais s’explique

pour moitié par le repli des dépenses d’énergie, chauffage et eau : ces dernières reculent de près de 30 % en 2024, après de fortes hausses observées en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %). Les achats de biens médicaux augmentent au contraire fortement (+7,2 %, après +5,7 %), en lien avec la forte croissance des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l’hôpital (voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux »).

Les rémunérations du personnel hospitalier non médical représentent 48 % de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public, et constituent le coût de production le plus important. Elles augmentent de 3,7 % en 2024, mais ralentissent par rapport à 2023 (+4,6 %) et 2022 (+5,0 %), années de la revalorisation du point d’indice de la fonction publique (+3,5 % en juillet 2022 et +1,5 % en juillet 2023) et de la mise en place de plusieurs mesures catégorielles (hausse des indemnités de garde et de sujétion). Les rémunérations du personnel

**Graphique 1** Évolution de la consommation de soins hospitaliers en valeur, volume et prix depuis 2014



**Lecture >** En 2024, la consommation de soins hospitaliers augmente de 3,1 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,3 % et une hausse des prix de 0,8 %.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

**Tableau 1** Consommation de soins hospitaliers par secteur en valeur, volume et prix depuis 2014

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Secteur public (en milliards d'euros)</b>	<b>65,5</b>	<b>66,6</b>	<b>68,0</b>	<b>69,3</b>	<b>70,0</b>	<b>71,6</b>	<b>76,9</b>	<b>81,7</b>	<b>85,7</b>	<b>91,1</b>	<b>93,7</b>
Évolution (en %)	2,4	1,7	2,1	1,9	1,0	2,2	7,5	6,1	4,9	6,3	2,9
Volume (en %)	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,6	2,1
Prix (en %)	0,5	-0,4	0,2	1,4	0,5	2,2	16,4	3,3	6,3	4,6	0,8
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	34,9	34,9	34,9	35,0	34,9	34,9	36,8	36,3	36,6	37,1	36,8
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6
<b>Secteur privé à but lucratif (en milliards d'euros)</b>	<b>19,2</b>	<b>19,7</b>	<b>20,2</b>	<b>20,5</b>	<b>20,9</b>	<b>21,2</b>	<b>21,9</b>	<b>24,1</b>	<b>24,8</b>	<b>26,0</b>	<b>27,1</b>
Évolution (en %)	1,3	2,2	2,9	1,3	2,0	1,5	3,2	10,0	2,9	5,2	4,1
Volume (en %)	1,5	3,5	4,4	2,9	3,2	0,8	-2,7	9,4	2,4	3,8	3,2
Prix (en %)	-0,2	-1,2	-1,4	-1,6	-1,2	0,7	6,0	0,5	0,5	1,3	0,9
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3	10,5	10,7	10,6	10,6	10,6
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

**Tableau 2** Évolution des soins hospitaliers publics par poste de dépense depuis 2022

	2022	2023	2024	Part en 2024
Rémunérations du personnel médical	6,4	5,5	3,0	14,7
Rémunérations du personnel non médical	5,0	4,6	3,7	47,5
Services de santé	11,6	16,9	3,0	2,9
Achats de biens médicaux	0,0	5,7	7,2	13,1
Énergie, chauffage, eau	13,2	77,3	-29,0	1,7
Autres achats de biens et de services	4,4	6,0	-0,6	8,1
Consommation de capital fixe	6,8	2,9	-1,5	5,4
Impôts nets de subventions et autres charges	6,0	4,7	8,0	6,6
<b>Secteur public</b>	<b>4,9</b>	<b>6,3</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>

En %

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Les services de santé comptabilisent des dépenses de sous-traitance à caractère médical, de services extérieurs (personnels médicaux et paramédicaux), de médecins consultants exceptionnels et de transports d'usagers.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

médical, dont la part dans les coûts de production est plus limitée (15 %), ralentissent également (+3,0 % en 2024, après +5,5 % en 2023 et +6,4 % en 2022).

### Les rémunérations des cliniques privées et les honoraires de leurs praticiens libéraux, tous deux dynamiques, ralentissent

Dans le secteur privé à but lucratif, les rémunérations des cliniques privées (recettes générées par leurs activités de soins, hors honoraires) atteignent 20,5 milliards d'euros en 2024, soit 75,6 % du total (tableau 3). Le reste de la consommation des soins en cliniques privées correspond aux honoraires des praticiens libéraux y exerçant, évalués à 6,6 milliards d'euros.

Les honoraires des praticiens libéraux sont dynamiques mais ralentissent (+4,5 %, après +7,5 % en 2023). C'est aussi le cas des rémunérations des cliniques privées, qui augmentent de 3,9 %, après 4,4 % en 2023. Cette hausse provient d'abord de l'activité de MCO (+3,2 %) et du rebond des forfaits (+16,4 %, après -17,6 % en 2023)<sup>4</sup>. L'HAD est très dynamique (+11,2 %), mais son poids reste limité (1,8 % de la rémunération des cliniques privées). Les dépenses de psychiatrie décélèrent légèrement par rapport à 2023, mais sont aussi dynamiques (+3,7 %, après +4,1 % en 2023). L'activité de SMR et les dialyses progressent légèrement (autour de +1 % chacune). Les dépenses de médicaments en sus ou en accès dérogatoire augmentent de 13,6 %

**Tableau 3** Décomposition de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé à but lucratif depuis 2021

	Niveaux (en millions d'euros)				Structure (en %)	Évolutions (en %)	
	2021	2022	2023	2024	2024	2023	2024
<b>Honoraires des praticiens</b>	<b>5 701,5</b>	<b>5 892,1</b>	<b>6 336,7</b>	<b>6 621,6</b>	<b>24,4</b>	<b>7,5</b>	<b>4,5</b>
<b>Rémunérations des cliniques</b>	<b>18 357,2</b>	<b>18 861,8</b>	<b>19 696,5</b>	<b>20 474,4</b>	<b>75,6</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>
MCO	9 328,1	9 427,8	10 528,1	10 864,6	40,1	11,7	3,2
SMR	2 804,3	2 715,4	2 800,8	2 828,9	10,4	3,1	1,0
PSY	906,4	994,3	1 034,6	1 073,3	4,0	4,1	3,7
Médicaments en sus <sup>1</sup>	646,8	719,2	781,1	887,1	3,3	8,6	13,6
Dispositifs médicaux en sus <sup>1</sup>	784,0	819,4	834,3	809,7	3,0	1,8	-2,9
Forfaits et assimilés <sup>2</sup>	1 612,9	1 783,2	1 469,9	1 710,2	6,3	-17,6	16,4
Dialyse	1 271,8	1 302,9	1 369,3	1 384,9	5,1	5,1	1,1
HAD	282,1	314,9	339,4	377,3	1,4	7,8	11,2
Cures thermales	218,7	299,7	346,0	372,4	1,4	15,5	7,6
Compensation de la perte d'activité <sup>3</sup>	502,0	485,0	193,0	166,0	0,6	-60,2	-14,0
<b>Secteur privé</b>	<b>24 058,7</b>	<b>24 753,9</b>	<b>26 033,3</b>	<b>27 096,0</b>	<b>100,0</b>	<b>5,2</b>	<b>4,1</b>

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; PSY : psychiatrie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Y compris remises.

2. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, forfait journalier, forfait complémentaire santé solidaire (C2S), forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

3. Garantie de financement (GF), sécurisation modulée à l'activité (SMA).

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

4. Les versements au titre du coefficient prudentiel (-45 % en 2023 parmi les forfaits) et des missions d'intérêt général (Mig) et missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) [-29 % en 2023 parmi les forfaits] ont le plus contribué à la baisse des forfaits et assimilés en 2023.

tandis que les dépenses de dispositifs médicaux en sus diminuent de 2,9 %<sup>5</sup>. Les dépenses de compensation de la perte d'activité<sup>6</sup> des cliniques diminuent de nouveau (-14,0 % en 2024, après -60,2 % en 2023, année de l'arrêt de la garantie de financement), suivant des baisses progressives entre 2020 et 2022.

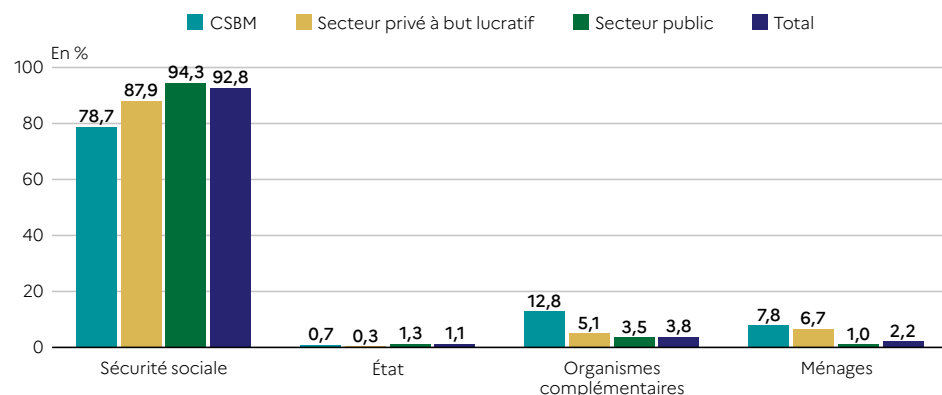
### La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers

En 2024, sur les 120,7 milliards d'euros de consommation hospitalière, 112,1 milliards d'euros sont financés par la Sécurité sociale, soit 92,8 % (graphique 2), faisant de la Sécurité sociale le principal financeur des soins hospitaliers. Avec le financement de l'État (aide médicale de l'État [AME], hôpitaux militaires, dépenses au titre des invalides de guerre, dispositifs Covid-19), le financement des soins

hospitaliers par les administrations publiques s'établit à 113,4 milliards d'euros (93,9 %). Le financement des organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – s'élève à 4,6 milliards d'euros en 2024, soit 3,8 % des dépenses de soins hospitaliers totales, et le reste à charge des ménages – les paiements directs des ménages – à 2,7 milliards d'euros (2,2 %).

En 2024, la Sécurité sociale finance 94,3 % des soins des hôpitaux publics, et 87,9 % des soins des cliniques privées. La part de ces dépenses prise en charge par les OC est, en revanche, sensiblement plus faible dans les hôpitaux publics (3,5 %) que dans les cliniques privées (5,1 %). Le reste à charge des ménages s'établit par conséquent à 1,0 % dans le secteur hospitalier public, contre 6,7 % dans le secteur hospitalier privé à but lucratif.

**Graphique 2** Financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur en 2024



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

**Note** > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source** > Drees, comptes de la santé.

5. Voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », sur un périmètre toutefois légèrement différent, car les estimations n'y intègrent notamment pas les remises sur les dispositifs onéreux d'une part, et les dépenses en SMR et HAD pour les médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) et autorisation d'accès compassionnel (AAC) d'autre part. Par ailleurs, les données de médicaments des comptes de la santé reposent jusqu'à présent sur des données comptables de l'assurance maladie, et pas directement sur les prix d'achat du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), comme c'est le cas dans la fiche 23.

6. Les dépenses de compensation de perte d'activité correspondent à la garantie de financement (dispositif compensant les pertes d'activité des cliniques dues à la pandémie de Covid-19) de 2020 à 2022, puis à la sécurisation modulée à l'activité (incitation à l'activité des cliniques), qui a remplacé la garantie de financement à partir de 2023.

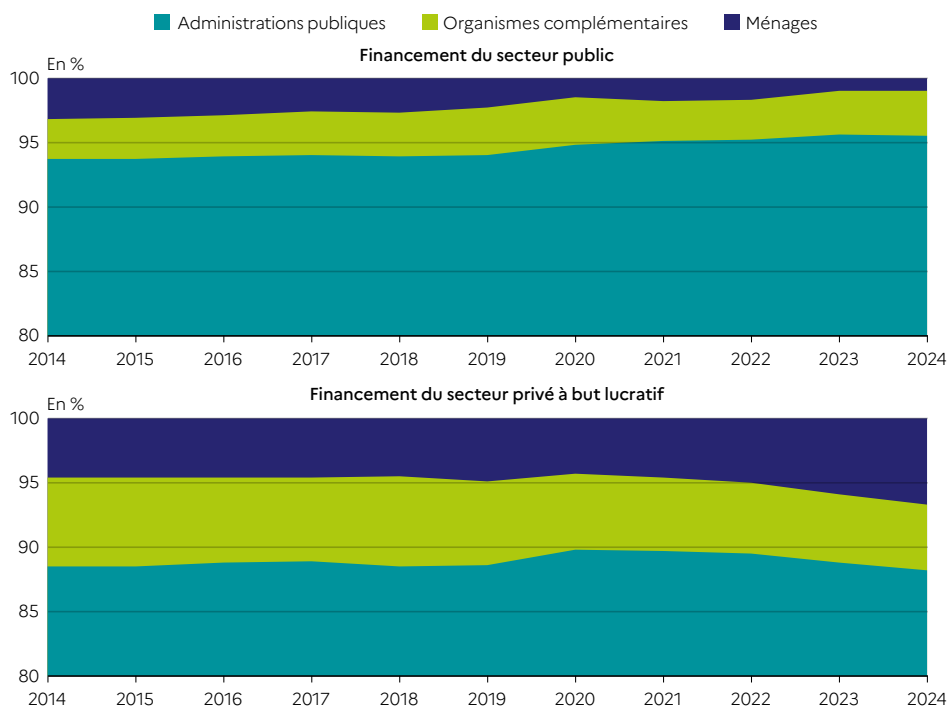
### Le reste à charge des ménages diminue dans le secteur public et augmente dans le secteur privé à but lucratif

Entre 2010 et 2019, la part de financement par les administrations publiques dans les deux secteurs a été relativement stable : elle était en moyenne de 93,8 % dans le secteur public et de 88,8 % dans le secteur privé à but lucratif (graphique 3). Elle a augmenté avec la crise sanitaire pour s'établir à 94,8 % des soins hospitaliers publics et 89,8 % des soins des cliniques privées en 2020. Les années suivantes, la part de financement par les administrations publiques des soins hospitaliers publics a crû

régulièrement jusqu'en 2023 (95,6 %), et elle est quasiment stable en 2024 (95,5 %). Dans le secteur privé à but lucratif, elle baisse depuis 2021 et s'établit à 88,2 % en 2024.

Le reste à charge des ménages dans le secteur public est de 0,9 milliard d'euros en 2024, soit 1,0 % de la consommation de soins hospitaliers publics. Il est stable par rapport à 2023 (1,0 %). Il a nettement diminué durant la dernière décennie : en 2014, il s'établissait à 3,2 %. Cette diminution peut notamment s'expliquer par la hausse de la prévalence des affections de longue durée (ALD)<sup>7</sup> au cours des dernières années. En effet, le nombre d'assurés du régime général reconnu

**Graphique 3** Évolution du financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur depuis 2014



**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

**7.** Une affection de longue durée (ALD) exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Les patients reconnus en ALD bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des soins liés à cette affection.

en ALD a augmenté de 37 % entre 2010 et 2022 (environ +2,7 % par an), en lien notamment avec le vieillissement de la population (Albertone *et al.*, 2024). Les personnes atteintes d'ALD, nécessitant des soins en moyenne plus coûteux, seraient souvent prises en charge dans les établissements publics qui se spécialiseraient davantage dans les interventions lourdes. Les dépenses de santé des bénéficiaires du dispositif d'ALD étant prises en charge à 100 % par la

Sécurité sociale pour les soins liés à leur affection, l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans le secteur public contribue à la baisse du reste à charge des ménages dans ce secteur.

Le reste à charge des ménages dans le secteur privé à but lucratif augmente et atteint 6,7 % en 2024 (après 5,9 % en 2023 et 5,0 % en 2022). Cette hausse pourrait s'expliquer par l'augmentation des dépassements d'honoraires dans les cliniques privées. ■

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée (SLD) ne sont pas incluses.

#### Sources

Les résultats globaux présentés dans cette fiche sont issus des comptes de la santé, qui mesurent annuellement la consommation de soins et de biens médicaux en France, par financeur, et en décomposent la dynamique en valeur, volume et prix.

#### Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les hôpitaux publics *stricto sensu*, les hôpitaux militaires et la majorité des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des hôpitaux publics). Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers y est donc évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> **Secteur privé à but lucratif** : il comprend les établissements privés à but lucratif (cliniques privées) ainsi que le reste des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des cliniques privées). Dans les comptes de la santé, le secteur privé est considéré comme un secteur marchand : la consommation de soins y est donc calculée à partir des recettes des cliniques.

> **Consommation de soins hospitaliers** : elle regroupe l'ensemble des services fournis par les établissements de santé publics ou privés à but lucratif dans le cadre du traitement de l'état de santé des patients. Elle inclut les soins des séjours et consultations, ainsi que la composante d'hébergement liée à l'hospitalisation. En revanche, elle exclut les suppléments liés aux séjours tels que la chambre particulière, la télévision ou internet, qui ne sont pas considérés comme relevant du champ de la santé. Ces soins couvrent l'ensemble des activités réalisées à l'hôpital, à l'exception des SLD, qui ne relèvent pas du périmètre de cette fiche. Ils couvrent ainsi la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ; les soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui concernent notamment la prise en charge après des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ; la psychiatrie (PSY), qui accueille des patients souffrant de troubles psychiques, ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD) et les urgences.

> **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. La consommation intermédiaire n'inclut pas l'usure des actifs fixes mobilisés pour la production (la production des soins hospitaliers dans le cas présent). Celle-ci est enregistrée dans la consommation de capital fixe. ●●●



> **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : il s'agit du principal agrégat des comptes de la santé. Elle mesure le montant de dépenses nationales en biens et services considérés comme « de santé », au sens où ils traitent directement une perturbation de l'état de santé des personnes. En d'autres termes, elle représente la valeur totale des biens et services consommés concourant directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut, en revanche, les dépenses relatives à la gestion et au fonctionnement du système de santé (dépenses de gouvernance), à la prévention, ainsi qu'aux SLD, comptabilisés par ailleurs dans l'agrégat plus large de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait ou non l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

#### Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2024, septembre). *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable*. Rapport, Igas-IGF.
- > **Bonal, M., Legal, R., Vincent, R. (dir.)** (2025, octobre). *Les dépassements d'honoraires – Pratiques des médecins, part dans leurs revenus, et impacts pour les patients*. Paris, France : Irdes, coll. Les rapports de l'Irdes, 596.
- > **Delecourt, C., Didier, M., (dir.)** (2025, septembre). *Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé - Édition 2025*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.