

ANNEXES

1. Les agrégats des Comptes de la santé

1 a La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services consommés sur le territoire national par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine – POH).

1 b La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat global des Comptes de la santé, la dépense courante de santé est 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).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et indemnités journalières (maladie, maternité et AT-MP) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficultés sociales.

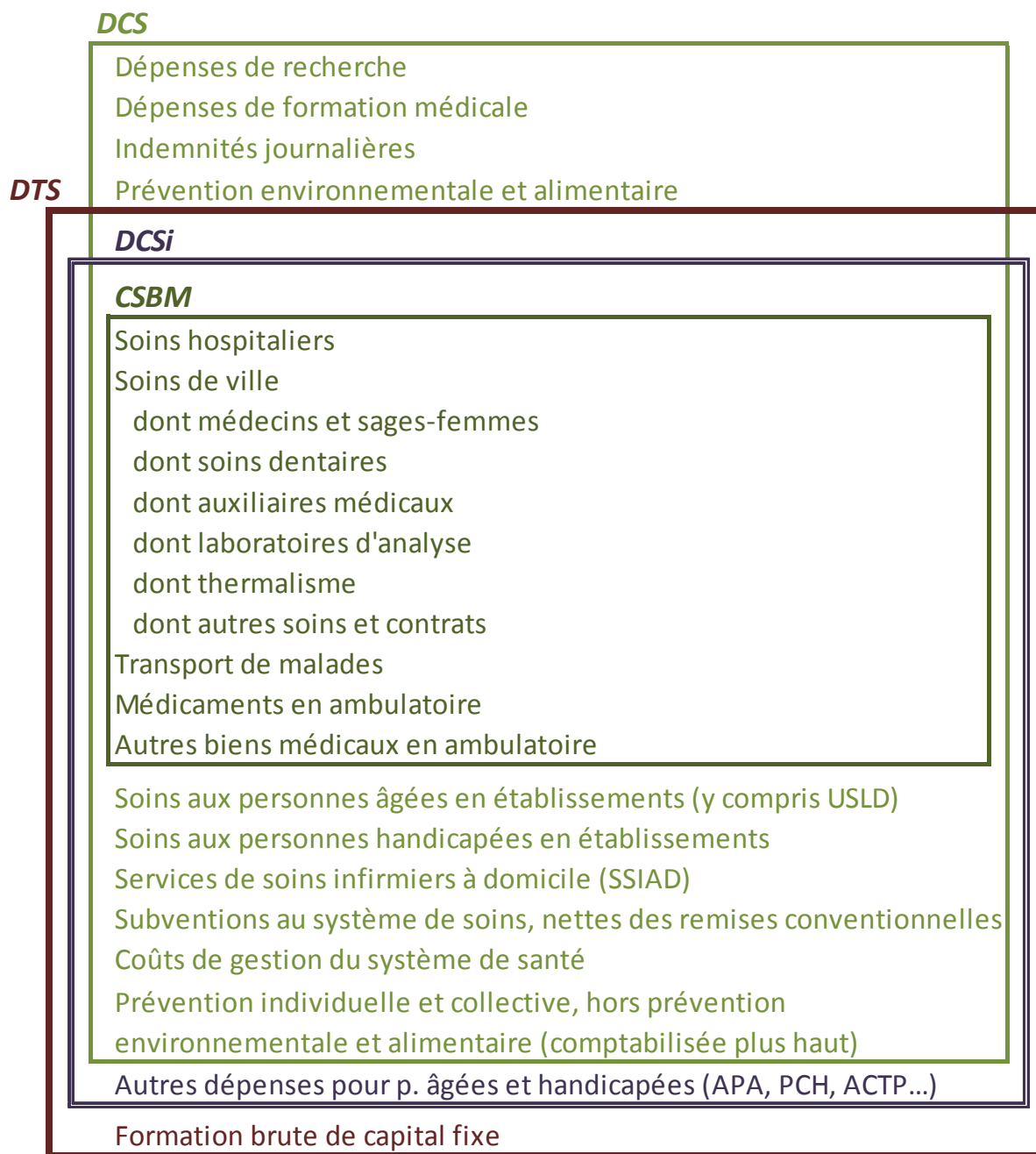
1 c La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

Les Comptes de la santé servent de base à la réponse de la France au System of Health Accounts (SHA), base de données internationale sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS au sens français diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), 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 certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap...).

C'est le concept de DCSi qui prime désormais sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour effectuer des comparaisons internationales. Toutefois, certains pays membres de l'OCDE n'étant pas à même d'isoler les dépenses d'investissement en capital au titre de leur système de soins (qui, ajoutées à la DCSi, donnent la DTS) continuent à ce stade d'employer le concept de DTS.

Schéma 1 – Imbrication des concepts de DTS, DCS et DCSi



2. Les révisions des Comptes de la santé 2014

Les Comptes de la santé sont passés en base 2010 lors de l'exercice provisoire 2013 réalisé en 2014. Cette révision, portant sur les concepts et l'évaluation de l'ensemble des séries, a été effectuée en parallèle du changement de base opéré par les Comptes nationaux de l'INSEE. Pour plus d'informations sur les modifications induites par le passage en base 2010, se reporter à l'ouvrage *Les Comptes de la santé en 2013 – édition 2014*.

Dans cette édition, afin d'élargir le champ et d'accroître la précision des Comptes de la santé, quelques améliorations méthodologiques ont été apportées. Les révisions opérées ont été appliquées sur l'ensemble de la période 2006-2014 afin de disposer d'une série homogène. Pour l'année 2013, elles s'ajoutent aux révisions usuelles, liées à l'intégration des données définitives. Les révisions de nature méthodologique concernent les postes détaillés ci-dessous.

2 a Révisions de la CSBM

Utilisation de taux moyens de remboursements plus précis sur les soins ambulatoires

Pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable, les comptes de la santé utilisent des taux moyens de remboursement (TMR – cf. *annexe 1*). Les comptes publiés dans cet ouvrage sont établis en utilisant des TMR plus précis que lors des publications précédentes : d'une part, les nouveaux TMR sont calculés sur des ensembles de soins plus fins et donc plus homogènes, d'autre part, ils sont calculés en distinguant le Régime social des indépendants (RSI) et la Mutualité sociale agricole (MSA) des autres régimes d'assurance maladie obligatoire. Auparavant, les TMR, déduits des données du seul régime général (CNAMTS), étaient appliqués à l'ensemble des régimes.

Création du poste « Autres soins et contrats »

Les rémunérations forfaitaires des médecins et autres professionnels de santé, qui étaient auparavant comptabilisées au sein des soins concernés, sont désormais regroupées dans le poste « Autres soins et contrats ». Ce nouveau poste comprend :

- les honoraires des autres professionnels de santé ;
- la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) des médecins généralistes et spécialistes ;
- la ROSP des pharmaciens ;
- la permanence de soins en ambulatoire (financée depuis 2012 par le fonds d'intervention régional – FIR) ;
- les forfaits IVG des médecins de ville ;
- les rémunérations sur contrat des professionnels de santé (notamment les contrats incitatifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national).

En 2013, les dépenses déplacées dans le nouveau poste « Autres soins et contrats » représentent 729 millions d'euros.

2 b Révisions des autres postes de la DCS

Recherche

Les dépenses de recherche des laboratoires pharmaceutiques étaient auparavant retranchées de la DCS pour motif de double compte vis-à-vis de la consommation de médicaments. Le coût de la recherche pharmaceutique étant répercuté sur le long terme dans la consommation de médicaments, il s'agit d'un double-compte intertemporel, qui ne peut être neutralisé de manière satisfaisante sur une année donnée. Les dépenses de recherche pharmaceutique sont désormais comptabilisées sans double-compte. Pour cette raison, la DCS est revue à la hausse de 3,6 milliards d'euros en 2013, toutes choses restant égales par ailleurs.

Prévention institutionnelle

La méthodologie de l'estimation des dépenses de prévention a été affinée. Notamment, les coûts de gestion de la prévention ont été mieux séparés des dépenses de prévention au sens strict. Sur l'année 2013, il en résulte une révision à la baisse de 57 millions d'euros sur la dépense totale de prévention.

Remises conventionnelles

Les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de biens médicaux versent aux caisses de Sécurité sociale des remises, en application de clauses conventionnelles. Ces accords sont fondés sur une logique économique ou de santé publique, fixant par exemple un volume annuel de vente maximal, une posologie à respecter ou encore un coût de traitement journalier moyen (CTJ) à ne pas dépasser. Les montants de ces remises conventionnelles, qui réduisent le coût des biens médicaux pour l'assurance maladie obligatoire, sont retracés depuis cette année dans les subventions au système de soins en tant que moindre dépense. La révision à la baisse de la DCS en 2013 qui en résulte est de 428 millions d'euros.

Autres dépenses en faveur des malades

Ce nouveau poste comprend les dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et les soins aux personnes en difficultés sociales (centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres de soins spécialisés aux toxicomanes et appartements de coordination thérapeutique). En 2013, les autres dépenses en faveur des malades représentent 628 millions d'euros.

3. La méthodologie des Comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation de soins ambulatoires, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

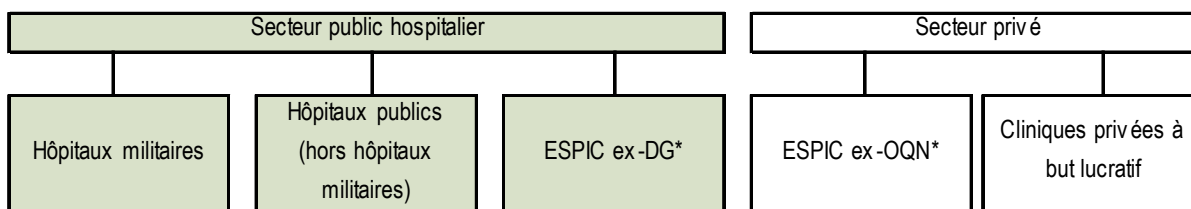
3 a Les soins hospitaliers

Dans les Comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés, d'intérêt collectif, anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG), participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale.

Le secteur privé est quant à lui composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour le régime conventionnel ;
- des établissements privés à but lucratif.



* Les ESPIC ex-DG correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale. Les ESPIC ex-OQN correspondent aux établissements de santé privés d'intérêt collectif à but lucratif.

Les Comptes de la santé retracent dans la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en EHPA[D]...) ne concourent pas au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé. Ils sont donc intégrés dans la dépense courante de santé (DCS) et non dans la CSBM.

Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...) et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, tels que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées.

Facteurs de production tirés des emplois

- Consommation intermédiaire
- Rémunération des salariés
- Impôts sur la production nets des subventions
- Consommation de capital fixe

- Production vendue ou réutilisée

- Ventes résiduelles
- Production pour emploi final propre
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

= Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

Les établissements de santé du secteur privé

Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

3 b Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les Comptes de la santé reposent à l'origine sur les tableaux comptables de données centralisées (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI, MSA et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les remboursements effectués par l'assurance maladie aux assurés, aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA renseignant à la fois les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques du système national inter-régimes (SNIR) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins et les autres professionnels de santé. Elles retracent également les honoraires des médecins non conventionnés.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont fournies par les entreprises du médicament (LEEM), et celles de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). Les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM)

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales par exemple) et réévaluées périodiquement.

¹ Cf. Éclairage dans cet ouvrage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

4. Les indices de prix et de volume des Comptes de la santé

4 a Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agrèger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : $Valeur^i = Quantité^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{pàp}$) qui n'est autre que l'agrégation des produits valorisés aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des coûts à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de natures différentes. C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$Valeur = Volume_{pàp} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $n-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année n .

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et $n-1$:

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît). Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens médicaux consommés.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output).

Dans d'autres cas, les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas, on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

4 b L'indice de volume des soins hospitaliers publics

L'indice de volume de la production est élaboré 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 données d'activité du court séjour fournies par l'ATIH. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements.

4 c Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses).

4 d Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

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 et de sages-femmes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas le forfait médecin traitant non facturé aux ménages et pris en charge par l'assurance maladie. Cette rémunération forfaitaire est dès lors implicitement incluse dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins et de sages-femmes libéraux, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des Comptes de la santé (*i.e.* hors honoraires en cliniques privées).

4 e Le prix des « autres soins et contrats »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « autres soins et contrats » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

4 f 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, qui comptabilise tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

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

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'INSEE : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans *Insee Première*, n° 1408, publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

4 g Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAMTS¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

¹ La décomposition effectuée par la CNAMTS couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

5. Liste des sigles utilisés

A

- ABM** : Agence de biomédecine
- AcBUS** : Accord de bon usage des soins
- ACPR** : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
- ACS** : Aide au paiement d'une complémentaire santé
- ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne
- ADELI** : Automatisation des listes
- AFIPA** : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
- AFSSAPS** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)
- AIS** : Actes infirmiers de soins
- AIVQ** : Activités instrumentales de la vie quotidienne
- ALD** : Affection de longue durée
- AMC** : Assurance maladie complémentaire
- AME** : Aide médicale de l'État
- AMI** : Actes médicaux infirmiers
- AMK** : Actes de masso-kinésithérapie
- AMM** : Autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
- AMO** : Assurance maladie obligatoire
- AMY** : Actes d'orthoptie
- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance
- ANR** : Agence nationale de la recherche
- ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS** : Agence régionale de santé
- ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AT-MP** : Accidents du travail – Maladies professionnelles
- AVQ** : Activités de la vie quotidienne

C

- CAHT** et **CATTC** : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
- CAMIEG** : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
- CAMSP** : Centre d'action médico-sociale précoce
- CAPI** : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
- CCAM** : Classification commune des actes médicaux
- CCSS** : Commission des comptes de la Sécurité sociale
- CCMSA** : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CEPS : Comité économique des produits de santé

CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)

CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNETH : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : Comptes nationaux de la santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNSE : Centre national des soins à l'étranger

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGH : Dotation globale hospitalière

DMI : Dispositifs médicaux implantables

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

DSS : Direction de la Sécurité sociale

DTS : Dépense totale de santé

E

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EJDS : Établissement pour jeunes déficients sensoriels

EP : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EPHMR : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)

EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle (de la CNAMTS)

FAM : Foyers d'accueil médicalisés

FBCF : Formation brute de capital fixe

FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »

FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FIR : Fonds d'intervention régionale

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)

GHM : Groupe homogène de malades (en établissement de santé)

GHS : Groupe homogène de séjours (en établissement de santé)

GIR : Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

IEM : Institut d'éducation motrice

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IJ : Indemnités journalières

IME : Institut médico-éducatif

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INTS : Institut national de la transfusion sanguine

InVS : Institut national de veille sanitaire

IP : Institution de prévoyance

IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : Maisons d'accueil spécialisées

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »

MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique

OGD : Objectif global de dépenses (médico-sociales)

OMAR : Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales

ONDPS : Observatoire national des professions de santé

OQN : Objectif quantifié national

P

PCH : Prestation de compensation du handicap

PIB : Produit intérieur brut

PJP : Prix de journée préfectoral

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PPA : Parités de pouvoir d'achat

PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS)

PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES

PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'assurance maladie)

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

SHA : System of Health Accounts

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : Service de santé des armées

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger

6. Glossaire

Aide à la télétransmission : Subvention versée aux professionnels et établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé. Aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

ADELI : Automatisation des listes. Système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

AME : Aide médicale de l'État. Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. A été créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des Comptes de la santé.

Autres biens médicaux : Optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques et produits d'origine humaine (sang, plasma, etc.).

CMU-C : La couverture maladie universelle 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. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Comptes de la santé : Compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la

prévention et au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : cf. annexe 1.

Forfait CAPI : Rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP à compter de 2012.

Générique : Médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

Hospitalisation complète : Séjours de plus d'un jour.

Hospitalisation partielle : Venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Lits de soins aigus : Lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

LPP : Liste des produits et prestations. Répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- Titre I Dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- Titre II Orthèses et prothèses externes ;
- Titre III Dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- Titre IV Véhicules pour handicapés physiques.

Depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Organismes complémentaires : Mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance assurant une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Personnel soignant (hôpital) : Sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

PPA : Parité de pouvoir d'achat. C'est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services.

PRADO : Programme de retour à domicile organisé, permettant d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Prévention institutionnelle : Fraction des dépenses totales de prévention, résultant principalement de programmes organisés. Elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Reste à charge des ménages : Part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique. Ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre en 2012. Elle est versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, en fonction du degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portent notamment sur la délivrance de médicaments génériques. Dans les Comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel elle a été versée.

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé. Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes ; il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011.

Secteur hospitalier public : Il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits PSPH) et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits ex-PJP), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : Il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

SILC : Statistic on Income and Living Conditions ou, en France, SRCV (Statistique sur les revenus et conditions de vie). Enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs

structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Soins de ville : Au sens des Comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

SNIR : Système national inter-régimes. Système d'information mis en place par la CNAMTS permettant de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

SPA : Standards de pouvoir d'achat. Unité monétaire artificielle qui élimine les différences de niveaux de prix entre les pays. Cette unité permet des comparaisons des indicateurs économiques entre les pays. Ces indicateurs, exprimés en SPA, sont calculés en divisant les agrégats à prix courant et en monnaie nationale, par les parités de pouvoir d'achat (PPA).

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité. Tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'assurance maladie sur la base du prix du générique.

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...)