

Annexe 2

La méthodologie des comptes de la santé

La comptabilité nationale considère qu'il existe deux types de biens et de services :

- Les biens et les services « *marchands* » sont produits dans l'objectif d'être vendu normalement sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunérations du personnel, achat des matières premières, renouvellement de l'équipement, loyers, rémunération du capital, etc.). Il s'agit concrètement, dans les comptes de la santé de l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée.

- Les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendu à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. Ces biens et services sont dans les faits gratuits ou quasi-gratuits. L'activité de production ne recherche pas à être économiquement rentable. La convention technique pour qualifier un produit de non-marchand est qu'il soit échangé contre une contribution inférieure à 50% de son coût de production. Le prix est dit « économiquement non significatif ». Ces produits sont principalement fournis par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics s'apparentent à des services non marchands.

Les soins ambulatoires

Pour établir la consommation des soins ambulatoires, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI¹, MSA, et onze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les versements de l'Assurance maladie aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé ainsi que les remboursements de soins effectués par la Sécurité sociale aux assurés. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (rémunération sur objectifs 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 du compte provisoire.

La CNAM, du RSI et de la MSA fournissent à la Drees des estimations de taux moyen de remboursement (TMR) à partir des remontés statistiques : le TMR est le ratio entre le remboursement de la Sécurité sociale et la dépense présentée au remboursement qui comprend la dépense remboursée, le ticket modérateur et les dépassements (ou équivalent). Ces TMR sont appliquées aux prestations versées par les régimes de Sécurité sociale et enregistrées dans les données comptables afin d'obtenir une estimation de la dépense présentée au remboursement.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) 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 renseignées grâce aux données des entreprises du médicament (LEEM) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa) et les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du Sniiram.

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les données 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 réévalués périodiquement.

1. À partir de 2018, le RSI est supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale.

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).

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour le régime conventionnel, dont les dépenses étaient anciennement encadrées par un objectif quantifié national (ESPIC ex-OQN) ;
- des établissements privés à but lucratif.



Les comptes de la santé retracent dans l'agrégat principal de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en unité de soins de longue durée [USLD], en EHPA ou en Ehpad, etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et non dans la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics sont des services non marchands. La méthodologie utilisée pour calculer la consommation de soins de santé dans le secteur public est donc différente de celle utilisée pour les soins en ambulatoire (qui relèvent du secteur marchand).

Pour évaluer la production de services non marchands, la comptabilité nationale retient les coûts de production. De plus, la production de soins hospitaliers ne peut être stockée : elle est donc conventionnellement considérée comme consommée. La production totale du secteur est obtenue, sur l'activité non marchande², en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommation de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). De cette production est retirée l'activité 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 sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. Les données mobilisées établissent ainsi la consommation de soins du secteur public, et fournissent aussi les paiements reçus des ménages. Les dépenses de l'État en faveur des hôpitaux sont aussi estimées à partir des données statistiques. Ainsi, le financement par la Sécurité sociale est obtenu par solde.

(1) Facteurs de production tirés des emplois

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

(2) Production vendue ou réutilisée

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

(1) - (2) = Soins de santé du secteur public

2. L'activité marchande des établissements correspond, par exemple, le service de cafétéria, la mise à disposition de personnel supplémentaire facturé, les majorations pour chambre particulière par confort, etc.

À la production des hôpitaux publics civiles 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 hospitalier³.

B. 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.

La consommation de soins de santé hospitaliers du secteur privé est évaluée comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale (voir *supra*).

3. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».