

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

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 qui concourent 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 diverses composantes de la dépense en lien notamment avec la gestion et le fonctionnement du système ainsi que les soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé.

La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe (*schéma 1*) :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ;
- 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 sanitaires ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques [VHP], matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine [POH]).

La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat le plus large 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 en faveur des malades, qu'elles relèvent de logiques de soutien de leur revenu (indemnités journalières de maladie, de maternité et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) ou de soins de longue durée, entendus au sens français du terme¹ (soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements hors dépenses d'hébergement, unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile [Ssiad]) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses engagées pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé (pour l'ensemble de ses acteurs, publics et privés) ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

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

Les comptes de la santé servent de fondement à la contribution de la France au *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales 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 relatives au handicap et à la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à la composante AVQ (activités essentielles à la vie quotidienne) de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aux dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes, à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Depuis quelques années, le concept de DCSi prime sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour établir des comparaisons internationales : c'est le concept de DCSi qui est employé par l'OCDE dans ses comparaisons des dépenses de santé entre pays membres. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en

1. C'est-à-dire exclusion faite des dépenses d'hébergement des personnes âgées hébergées en établissements, comme précisé en annexe 5.

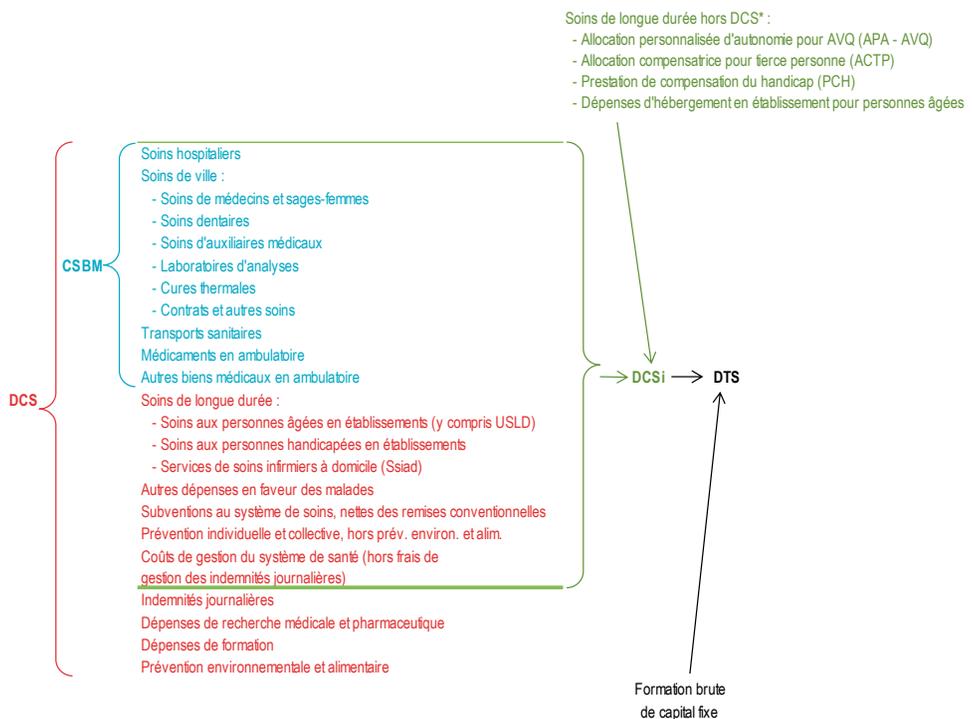
capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe - FBCF). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 259,6 milliards d'euros en 2017 pour la France : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 16,6 milliards au titre des soins de longue durée additionnels.

En ce qui concerne le financement de la DCSi, l'OCDE distingue les assurances obligatoires (qu'elles soient publiques ou privées) des assurances facultatives. En France, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013 amène à les considérer comme obligatoires et à comptabiliser comme tel depuis le 1^{er} janvier 2016 une partie du financement précédemment considéré comme facultatif. Cela se traduit en particulier par un transfert de 16,3 milliards d'euros en 2017 des assurances santé facultatives vers les assurances santé obligatoires.

Dans les comptes nationaux de la santé, la distinction retenue pour ventiler le financement est autre : il s'agit du secteur institutionnel concerné (puissance publique, organismes complémentaires, ménages). Les deux approches sont complémentaires et équivalentes en termes de montants.

Schéma 1 Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



* Les recoupements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés dans l'annexe 5 de cet ouvrage.

Note > Les coûts de gestion pour les indemnités journalières sont évalués conventionnellement à minima, au prorata de la dépense d'indemnités journalières. Faute de données plus précises, on applique au total des coûts de gestion du système de soins la part de la dépense d'indemnités journalières dans la DCS.

Annexe 2

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, un prix qui n'est pas économiquement interprétable implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale retient 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 considérés.

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 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], etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé (DCS), et non dans la CSBM.

A. 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 regroupant 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). De 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, etc.), 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, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux, retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

(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

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.

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.

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.

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 principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI², MSA, et douze 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 (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.

Les statistiques complémentaires de la CNAM, du RSI et de la MSA sur 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 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 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 réévalués périodiquement.

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

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

Annexe 3

Les révisions de l'édition 2019 des comptes de la santé

Les différentes sources de révisions des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision. On distingue les révisions méthodologiques de celles liées aux données.

1) Les révisions liées aux données

Les comptes de la santé sont construits sur des données qui peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année $n+1$. Lors de la clôture des comptes de l'année n , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année $n+1$, les dépenses réelles relatives à l'année n sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2018 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2017 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années précédentes sont considérées comme définitives.
- Les soins hospitaliers du secteur public sont construits à partir des données de l'Insee, consolidées d'une année sur l'autre : dans cette édition des comptes de la santé (édition 2019), les données 2017 et 2018 doivent être considérées comme provisoires. Avant 2017, les données sont définitives sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2019 des comptes de la santé, les données 2018 sont provisoires, celles de 2017 et antérieures sont définitives.
- Les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir annexe 2 sur la méthodologie des comptes de la santé) : liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.
- D'autres données extra-comptables sont également susceptibles d'être révisées d'une année sur l'autre.

2) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes à champ donné.

Par exemple, dans l'édition 2016 de cet ouvrage, les taux moyens de remboursement utilisés dans les comptes de la santé pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable ont été affinés pour s'adapter à une nomenclature comptable devenue plus précise. Dans l'édition 2017, les comptes de la santé ont été rétopolés de façon à être calculés à méthodologie constante depuis 1950. L'édition 2018 a coïncidé avec un changement de base des comptes nationaux, pilotés par l'Insee¹, et a été l'occasion de plusieurs améliorations méthodologiques de fond liées notamment à l'estimation de la consommation de médicaments non remboursables, au traitement des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) n° 31 et n° 32, et à l'estimation des dépenses de recherche au sein des universités et hôpitaux universitaires. Pour l'édition 2019, de nouvelles données plus fines sur la prévention ont été intégrées et différentes améliorations méthodologiques plus mineures ont été apportées.

1. « Changer de base » consiste à remettre en chantier les concepts, nomenclatures et méthodes qui fondent la comptabilité nationale, afin qu'elle continue de refléter au mieux la réalité économique.

Les révisions de la consommation de soins et de biens médicaux

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est très légèrement révisée dans l'édition 2019 des comptes de la santé. Entre 2009 et 2015, le champ des prestations retenues dans les tableaux comptables a été élargi, se traduisant par une révision de la CSBM comprise entre +10 millions d'euros et +30 millions d'euros selon l'année (soit moins de 0,02 % de l'agrégat).

Par ailleurs, l'actualisation des données sources – tableaux comptables des régimes et compte de l'hôpital public réalisé par l'Insee – entraîne une révision de la CSBM modérée en 2016 (+320 millions d'euros) liée à l'actualisation des données concernant l'hôpital public (*tableau 1*). En 2017, la révision est plus marquée (+1,1 milliard d'euros), dont +900 millions d'euros proviennent des données concernant l'hôpital public et +220 millions d'euros des tableaux comptables des régimes. Ces révisions représentent 0,2 % de la CSBM en 2016 et 0,6 % en 2017.

Les révisions des montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM

L'actualisation des données de la CSBM modifie *de facto* la répartition du financement de ces dépenses, notamment pour la Sécurité sociale à travers les tableaux comptables des régimes. En parallèle, les montants pris en charge pour les autres financeurs ont également été mis à jour pour les années récentes : en particulier, des révisions ont été apportées concernant l'estimation des montants pris en charge par les organismes de base en charge de la CMU-C et du régime de la Camieg en 2016 et 2017. Les révisions concernant les organismes complémentaires sont nulles ou limitées en 2016 et 2017.

La plus grande partie de la révision de la CSBM se répercute sur les dépenses de la Sécurité sociale (*tableau 1*). Toutefois, par effet cumulé avec les révisions sur les dépenses des financeurs publics, le reste à charge des ménages a été réestimé à la hausse en 2016 et 2017 (+40 et +210 millions d'euros).

Tableau 1 Révisions des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics entre l'édition 2019 et l'édition 2018

	En millions d'euros et en %			
	En millions d'euros		En %	
	2016	2017	2016	2017
Révision de la CSBM	320	1110	0,2%	0,6%
Révision des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale	320	1060	0,2%	0,7%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires	0	0	0,0%	0,0%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics	-50	-160	-0,2%	-0,6%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les ménages	40	210	0,3%	1,4%

Lecture > Dans l'édition 2019 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 320 millions d'euros pour l'année 2016 (soit une révision de +0,2 % par rapport au montant de l'édition 2018). Les dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics ont été révisées à la baisse de 50 millions d'euros (soit une révision de -0,2 % par rapport au montant de l'édition 2018).

Source > DREES, comptes de la santé (édition 2018) et comptes de la santé (édition 2019).

Les révisions de la dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) a été révisée de 2001 à 2010 d'un montant qui varie entre -3 et +33 millions d'euros. À partir de 2011, les révisions sont plus marquées, sauf en 2013 (*tableau 2*). En 2016, la DCS est révisée à la hausse de 350 millions d'euros (soit une révision de 0,1 %), et de 1,2 milliard d'euros en 2017 (soit 0,4 %). Ces révisions découlent de diverses améliorations méthodologiques, notamment :

- Les séries de dépenses de prévention institutionnelle (individuelle et collective) ont été mises à jour grâce à l'utilisation de données fines des collectivités locales. Les révisions sont comprises entre -20 et +30 millions d'euros de 2001 à 2013, et elles sont plus importantes ensuite : -70 millions d'euros en 2014, +110 millions d'euros en 2015, +50 millions d'euros en 2016 et 2017. Au sein des dépenses de prévention, les révisions les plus importantes concernent les dépenses de prévention primaire (révisions à la hausse) et secondaire (révisions à la baisse). Ces révisions représentent 0,8 % des dépenses de prévention institutionnelle en 2017.
- La série des remises conventionnelles a été actualisée des dernières remontées d'informations conformément aux données publiées dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2019.
- Les coûts de gestion des mutuelles ont été mis à jour sur la base de données définitives : -110 millions d'euros en 2011, -50 millions d'euros en 2012 et +30 millions d'euros en 2016.

Tableau 2 Révisions de la dépense courante de santé

En millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Révision de la DCS (en %)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%
Révision de la DCS	0	30	-110	-60	10	-90	120	350	1170
dont:									
Révision de la CSBM	20	20	20	30	30	20	10	320	1110
Révision des dépenses de prévention	-20	0	-20	-20	-20	-70	110	50	50
Révision des remises conventionnelles	0	0	0	-20	0	-30	-10	-60	-60
Révision des coûts de gestion	0	0	-110	-50	0	0	0	30	0

Lecture > Dans l'édition 2019 de cet ouvrage, la DCS a été révisée à la hausse de 1170 millions d'euros pour l'année 2017 (soit une révision de +0,4 %), dont 1110 millions d'euros pour la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé (édition 2018) et comptes de la santé (édition 2019).

Annexe 4

Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

Les comptes de la santé fournissent une estimation détaillée de la valeur des soins et biens consommés en France. Celle-ci intègre donc deux aspects : les volumes échangés d'une part, et le prix unitaire de chaque bien ou service consommé d'autre part. Pour analyser et comprendre l'évolution de la dépense de santé en euros courants, il est indispensable de les distinguer, c'est-à-dire d'effectuer le partage entre l'évolution des volumes et l'évolution des prix.

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, et 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 : $Valeur^i = Volume^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, d'une part, la différence en valeur enregistrée au cours du temps des montants des transactions d'un bien déterminé résulte d'une variation des volumes, et d'une variation des prix d'autre part.

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 somme d'un nombre de boîtes de médicaments et d'un nombre de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{p\grave{a}p}$) qui n'est autre que l'agrégation des valeurs des produits aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des prix 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 nature différente. L'équation suivante résume cette agrégation :

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

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 :

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

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. La notion de volume au niveau agrégé est plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité.

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.

Depuis le dernier changement de base de l'Insee, tous les indices (prix, volume) sont en base 100 en 2014.

Les indices de prix dans les comptes nationaux de la santé

Le prix des soins hospitaliers publics

Les soins hospitaliers publics sont considérés comme des services non marchands¹. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc obtenu par une mesure directe du volume de service fournie par les établissements de santé publics (méthode output à partir 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).

Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, pour les cliniques privées 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 la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM et la DGOS sur la part tarifaire (tarifs infra-annuels réglementaires des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), la liste en sus et la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses)².

Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

L'indice des prix à la consommation (IPC) produit 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 les rémunérations forfaitaires qui ne sont pas facturées aux ménages, mais prises en charge par l'Assurance maladie. Ces rémunérations forfaitaires sont dès lors intégralement incluses dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins, 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). Depuis 2017, l'Insee produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins (généralistes et spécialistes). Toutefois, cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé, faute de recul suffisant.

Le prix des soins sur lettres clés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, analyses de laboratoires, etc.)

Le prix d'un acte est défini à partir d'une lettre clé et d'un coefficient pour certains postes, par exemple les soins de masseurs-kinésithérapeutes, les analyses de laboratoires, les soins des infirmiers, etc. Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre une lettre clé, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte c'est-à-dire à un certain nombre de lettres clés. Par exemple pour les analyses de laboratoires, la lettre B vaut 0,27 euro en France métropolitaine, la lettre TB vaut 2,52 euros tout comme la lettre PB, tandis qu'un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire est coté 1,5 TB. Le coût du prélèvement est donc 3,78 euros (1,5 x 2,52 euros).

Pour ces postes, l'indice des prix à la consommation (IPC) produit par l'Insee suit les évolutions des lettres clés définies par l'Assurance maladie. Conceptuellement, la construction de l'IPC suppose que les services consommés par le patient

1. Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

2. Dans les comptes de la santé, la consommation de soins en cliniques privées comprend également les honoraires perçus par les professionnels de santé exerçant en tant que libéraux au sein de ces établissements.

sont *in fine* les services associés aux lettres clés, et non les actes eux-mêmes. Ainsi, une modification du nombre de lettres clés pour un acte (prélèvement sanguin par exemple) est interprétée comme une modification de la qualité de l'acte (fiabilité, temps passé, etc.), et non comme une modification de son prix. Ce principe de définition de l'indice de prix explique que les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation n'influencent pas l'indice de prix, et sont donc enregistrés dans les comptes de la santé comme des effets sur les volumes.

Le prix des « contrats et autres soins »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « contrats et autres soins » (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.

Le prix des médicaments

Les indices de prix des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont ceux calculés par l'Insee. Les prix retenus sont les prix de vente TTC en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'IPC cherchant à mesurer l'évolution des prix, un nouveau médicament n'est intégré effectivement à l'indice que l'année suivant son introduction *via* sa dynamique de prix et non directement son niveau.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré 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, un médicament n'est pas considéré 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.

Ainsi, la baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants.

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 : Aunay T. (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir de 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 personnes diabétiques, etc.), celui du matériel médico-chirurgical, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers, etc.

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes 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 véhicules pour handicapés physiques (VHP), etc. 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 (à qualité constante).

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

Annexe 5

Les soins et services sociaux de longue durée au sens international

Les soins et services sociaux de longue durée (*Long-Term Care*) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées en perte d'autonomie mais aussi aux personnes en situation de handicap.

Les soins et services de longue durée regroupent à la fois les soins de longue durée qui relèvent de la santé dans un sens plus extensif que dans les comptes français de la santé (*Long-Term Health Care*, HC3) [encadré 1], mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (*Long-Term Social Care*, HCR1). Ces derniers sont cependant exclus par convention de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et sont donc comptabilisés à part ; ils sont également exclus de la dépense courante de santé (DCS) calculée dans les comptes français de la santé.

Encadré 1 Changement méthodologique de l'OCDE pour comptabiliser les soins de longue durée

À la demande de l'OCDE et depuis juin 2018, les dépenses de soins de longue durée en établissement au sens international (*Long-term Health Care*, HC.3) incluent désormais les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées, en sus des dépenses habituellement comptabilisées [allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation du handicap (PCH), aides sociales pour personnes âgées et handicapées] et qui sont exclues de la définition française. En effet, dans la définition qui prévaut dans les comptes de la santé, les soins de longue durée revêtent une dimension sanitaire stricte et correspondent uniquement aux soins de santé en unités de longue durée (USLD), en établissements pour personnes âgées dépendantes ou non, en établissements pour personnes handicapées et les forfaits de soins en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) [voir fiches 31 et 32].

Par ailleurs, des écarts de pratique existent entre pays de l'OCDE, portant sur la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée.

Le poste *Long-Term Health Care* (HC3) représente 76,0 % du total des dépenses de soins et services sociaux de longue durée (tableau 1).

La première composante du poste *Long-Term Health Care* (HC3) est constituée des **soins de longue durée en établissements** regroupant les soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (Ehpad, Ehpa, y compris dépenses d'hébergement)
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) [encadré 2] dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissements.

La deuxième composante du poste *Long-Term Health Care* (HC3) est constituée des dépenses de **soins de longue durée à domicile** comprenant :

- les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie (fondés sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES [Darcillon, 2017]) ;
- les forfaits de soins en Ssiad (services de soins infirmiers à domicile) ;
- une estimation des AVQ de l'APA¹ à domicile ;
- les montants d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et des prestations de compensation du handicap (PCH).

Par ailleurs, le poste *Long-Term Social Care* (HCR1) [24,0 % du total] couvre :

- les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) de l'APA ;
- l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées des départements et l'action sociale fournie par différents acteurs, dont les caisses de Sécurité sociale (aides ménagères notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

1. La dépense d'APA est décomposée entre AVQ et AIVQ. Ces deux postes permettent de reconstituer la totalité de la dépense d'APA en la ventilant entre les fonctions HC3 et HCR1 de SHA.

Annexe 5 > Les soins et services sociaux de longue durée au sens international

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé, comptabilisées en HC3, et celles qui relèvent de l'action sociale, comptabilisées en HCR1, est parfois ténue (*encadré 2*). De plus, le périmètre des soins de longue durée n'est pas toujours le même entre pays de l'OCDE. Ces éléments fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet.

Le poste de dépenses « soins de longue durée » dans les comptes de la santé (dans le champ de la DCS) est une fraction du poste HC3 : il représente 41,9 % de l'item « soins et services sociaux de longue durée » de la nomenclature internationale. Les soins et services hors champ des comptes français de la santé s'élèvent à 55,3 % du total des dépenses de soins et services sociaux de longue durée, dont près de la moitié du fait des dépenses d'hébergement de personnes âgées dépendantes en établissements. Enfin, les 2,8 % restants du total concerne des soins d'auxiliaires médicaux comptabilisés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans la nomenclature française.

Tableau 1 Ventilation des dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France selon les nomenclatures française et internationale, pour l'année 2017

En % du total au sens international (année 2017)

	Total = HC3 + HCR1	HC3 : dépenses de SLD incluses dans la DCSi		HCR1 : dépenses connexes (hors DCSi)
		Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée
Sur le champ de la CSBM				
(1) Soins d'auxiliaires médicaux	2,8		2,8	
Sur le champ de la DCS, hors CSBM				
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	3,1		3,1	
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	17,6	17,6		
Soins pers. handicapés en établissement	21,2	21,2		
(2) <i>Dépense totale de soins de longue durée au sens français</i>	41,9	38,8	3,1	
Hors champ des comptes de la santé				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AVQ*	3,4	1,5	1,9	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ*	7,4			7,4
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)	4,3		4,3	
Aide sociale aux personnes âgées	5,6			5,6
Aide sociale aux personnes handicapées	10,9			10,9
Dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes**	23,6	23,6		
(3) <i>Dépense totale hors champ des comptes de la santé</i>	55,3	25,0	6,2	24,0
(4) = Dépense totale de soins et services sociaux dans la (1)+(2)+(3) nomenclature internationale	100,0	63,9	12,1	24,0

* AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.

□ : les soins de longue durée au sein des comptes de la santé.

□ : les postes en rose saumon correspondent aux aides versées aux ménages.

** Les soins issus de la CSBM ainsi que les dépenses d'hébergement en établissements pour personnes âgées dépendantes correspondent à une dépense tous financeurs. Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

Source > DREES, réponse à SHA 2019 (à partir des comptes de la santé, édition 2018, des comptes provisoires de la protection sociale, novembre 2018 et d'estimations obtenues en suivant la même méthodologie des comptes de dépendance, édition 2016).

Encadré 2 Soins et services sociaux de longue durée : une distinction complexe

La distinction entre soins et services sociaux de longue durée est la suivante :

– les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes ;

– les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux. Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas), des tâches administratives (gestion du budget) ou des activités de loisirs.

Par ailleurs, au sein de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le partage des soins entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. La porosité de la frontière fragilise les comparaisons internationales.

Annexe 6

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
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
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
AMOS : assurance maladie – offre de soins (base de données de l'assurance maladie)
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
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)
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie (remplace la CNAMTS à partir de 2018)
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

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
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 (données internationales)

E

Ehpa : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France en 2016)
Espic : établissements de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyers d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
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
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

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

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 (devenu Santé publique France en 2016)
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 (devenu Santé publique France en 2016)
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (Insee)
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 spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIREs : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national de dépenses d'Assurance maladie
Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé

Optam : option pratique tarifaire maîtrisée
Optam-co : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique
OQN : Objectif quantifié national (de dépenses de SSR et psychiatrie des établissements de santé privés)

P

PACES : première année commune aux études de santé
PCH : prestation de compensation du handicap
PIB : produit intérieur brut
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 : parité de pouvoir d'achat
PRADO : programme de retour à domicile organisé
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
Puma : protection universelle maladie

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, supprimé en 2018 (la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale)

S

SAE : enquête Statistique annuelle des établissements de santé
Samsah : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : services 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
SNDS : Système national des données de santé
Sniram et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
Statiss : statistiques et indicateurs de la santé et du social

T

TCDC : tableau de centralisation des données comptables
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TSA : taxe de solidarité additionnelle

U

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle

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

Annexe 7

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux 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 objectifs de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : 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 versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation des listes (Adeli) : 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.

Aide médicale d'État (AME) : 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.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 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 inscrits à la liste des produits et prestations de l'Assurance maladie (voir LPP).

Contrats au premier euro : les contrats dits au « premier euro » sont des contrats d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire.

Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses prescrites de transports et/ou de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés. Ces contrats ont été renouvelés en avril 2017 pour effet au 1^{er} janvier 2018.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant 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. La CMU-C est gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilitée à gérer la CMU-C. Les garanties offertes sont les mêmes dans les deux cas. Dans les comptes de la santé, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base ». Cette dépense globale est conventionnellement regroupée dans les comptes avec les dépenses de l'État qui recouvrent, outre l'AME et les soins urgents, les prestations versées aux invalides de guerre. À l'inverse, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire sont intégrées dans les comptes de la santé aux dépenses des organismes complémentaires. Enfin, les dépenses de base des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient gérés par un organisme de base ou par un organisme complémentaire, sont incluses dans les dépenses de Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires.

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 de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : la consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent 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 pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la

dépense courante de santé (DCS) [voir annexe 1 et fiche 1].

Consommation effective des ménages : 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 les biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : (voir annexe 1).

Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) : créé par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, ce fonds a pour objectif de lisser dans le temps l'impact des variations de dépenses entraînées par l'arrivée d'innovation thérapeutiques. Le fonds prend en charge les dépenses relatives aux médicaments innovants *via* plusieurs dispositifs :

- la liste en sus pour les médicaments hospitaliers ;
- les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les post-ATU pour les médicaments rendus disponibles avant qu'une autorisation de mise sur le marché ne leur ait été délivrée ;
- les médicaments rétrocedés, *i.e.* dispensés dans les pharmacies hospitalières pour une consommation en ville.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FFIP sont directement intégrées au poste qu'elles concernent (médicaments en ambulatoire, médicaments en clinique privée, médicaments à l'hôpital).

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 (voir ci-dessous) à compter de 2012.

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Jusqu'en 2017, il s'élevait à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1^{er} janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Forfait patientèle médecin traitant : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1^{er} janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ROSP ci-dessous).

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace à partir du 1^{er} janvier 2017 les précédents indicateurs de la ROSP (voir ROSP ci-dessous) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

Franchise : la franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et 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 (20 ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60 % de celui du princeps. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci. Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Honoraires de dispensation : depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au

moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'offices moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement (0,82 euro TTC par boîte de médicament remboursable en 2015 puis 1,02 euro TTC à partir de 2016) ;
- un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois (0,51 euro TTC par ordonnance puis 1,02 euro TTC à partir de 2020).

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 euro TTC) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans (0,51 euro TTC puis 1,58 euro TTC à partir de 2020) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques (2,04 euros puis 3,57 euros à partir de 2020).

Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

Hospitalisation complète : on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

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.

Liste des produits et prestations (LPP) : 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.

Liste en sus : Le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique certains spécialités et dispositifs médicaux, innovants et souvent onéreux, sont inscrits sur une liste dite liste en sus, et peuvent être facturés en plus du forfait lié au séjour hospitalier du patient.

Médecins traitants : le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médicaments en ambulatoire : ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville (y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation [HDD] et rémunération sur objectifs de santé public [ROSP]) et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la récession.

NM – nouveaux membres : la moyenne NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovaquie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union Européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-co : depuis le 1^{er} janvier 2017, les deux options de pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-co sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une prime ou une majoration de certains actes selon l'option.

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

Parcours de soins coordonné : le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) pour son suivi

médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

Parité de pouvoir d'achat : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

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

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : permet 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 sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations des salariés versées par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

Protection maladie universelle (PUMA) : dispositif ayant succédé à la Couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} janvier 2016. Avec la PUMA, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Remises pharmaceutiques : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé [CEPS] (accords prix/volume par exemple). D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins.

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.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : selon l'Insee, le **revenu disponible brut (RDB)** est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été renouvelée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

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

Rétrocession : la rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1^{er} mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

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.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les Revenus et Conditions de Vie (SRCV) : 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.

Système national des données de santé (SNDS) : cette base de données médico-administratives en cours de construction est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAM (Sniiram, PMSI), qui sont complétées par des bases de taille plus réduite (base sur

les causes de décès du CepiDC, et à terme données sur le handicap issues des maisons départementales des personnes handicapées et échantillon représentatif des données de l'Assurance maladie complémentaire). Ces données sont réunies à des fins de connaissance, pour être mises à disposition de personnes autorisées à les traiter dans des conditions définies par la loi. Le SNDS est entré en vigueur le 1^{er} avril 2017, à la suite de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui en fixe le cadre et le décret du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel qui en définit les accès et la gouvernance.

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.

Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram) : permet 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.

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

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : introduite en 2010 sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe est de 7 % des cotisations en assurance santé.

Ticket modérateur : le ticket modérateur est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné (voir ci-dessus).

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

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.