

# Les agrégats des comptes de la santé

## La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale de la consommation 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 au sens international (DCSi). La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- 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 en ambulatoire hors remises conventionnelles (vendus en officines ou en rétrocession hospitalière) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, véhicules pour handicapés physiques, matériels, pansements, etc.).

Afin d'harmoniser les définitions utilisées entre les différents agrégats, la CSBM inclut cette année les différentes subventions versées aux professionnels de santé (en particulier les prises en charge de cotisations des professionnels de santé par l'Assurance maladie, les aides à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité), comme c'est le cas pour les dépenses retracées par la DCSi.

La CSBM est ventilée par poste et par financeur. La ventilation des postes est héritée de la nomenclature des comptes des régimes de sécurité sociale et adaptée si nécessaire au cadre de la comptabilité nationale. La ventilation des postes affiche ainsi la séparation entre « hôpital » et « ville », car l'affectation d'une dépense dans la CSBM repose plus sur le lieu d'exécution que sur le mode de financement (par exemple, la consultation réalisée par un médecin libéral au sein d'une clinique sera comptabilisée en « soins des hôpitaux privés » même si l'Assurance maladie classe cette dépense en « soins de ville », puisqu'il s'agit d'honoraires de consultation et non d'une hospitalisation). La ventilation par financeur s'appuie sur les secteurs institutionnels de la comptabilité nationale. Ces secteurs sont regroupés pour décrire au mieux le système de financement du système de santé français : État (et organismes divers d'administrations centrales) et collectivités territoriales (secteurs institutionnels S1311 et S1313 de la comptabilité nationale), Sécurité sociale (secteur institutionnel S1314), organismes complémentaires (secteur institutionnel S12) et ménages (secteur institutionnel S14).

La CSBM est utilisée pour l'élaboration des comptes nationaux par l'Insee sur le champ de la santé.

## La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international<sup>1</sup> (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé directement consommée par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini par Eurostat au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Ainsi, les comptes de la santé alimentent les comparaisons internationales.

La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance (y compris les subventions au système de santé), et la prévention. Elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large (voir *infra*). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut les dépenses d'investissement, qui relèvent de la formation brute de capital fixe du système de santé. Elle exclut aussi les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation. La DCSi est définie sur le champ de la consommation des résidents<sup>2</sup> sur le territoire national pour les données harmonisées au niveau international. Cependant, pour les données françaises, le périmètre retenu est le même que celui de la CSBM, c'est-à-dire sur le champ des consommations effectuées sur le territoire national (sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

Si la CSBM ventile les dépenses selon deux dimensions – une dimension « poste » pour la dépense et une dimension « secteur institutionnel » pour le financement –, SHA ventile les dépenses sur trois axes : la fonction de la dépense (codée en HC), le prestataire de la dépense (codé en HP) et le financeur de la dépense (codé en HF).

La dimension « poste » de la CSBM est donc répartie sur les deux axes : la fonction de la dépense (HC) et le prestataire (HP). En France, il existe une forte correspondance entre la fonction de la dépense HC et le prestataire HP.

### L'axe HC lié à la fonction de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HC (« *health care* ») correspond à la fonction de la dépense. Dans le cadre d'une présentation d'un point de vue du système de santé français (mais également repris dans la partie internationale), un libellé concret et court est préféré à la traduction complète du libellé, sauf lorsqu'il pourrait nuire à la compréhension.

- La catégorie HC1 (« *curative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants curatifs ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à éliminer complètement la perturbation de l'état de santé. Il s'agit typiquement d'une consultation usuelle chez le médecin généraliste, d'une hospitalisation pour une appendicectomie, etc.
- La catégorie HC2 (« *rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants de réhabilitation ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à améliorer ou à restaurer l'état de santé afin de garantir au patient une qualité de vie et une participation non limitée à la vie sociale. Il s'agit par exemple des soins de suites et de réadaptation en établissement de santé, les actes de rééducation ostéo-articulaire des masseurs-kinésithérapeutes ou des actes des orthophonistes.
- La catégorie HC1HC2 (« *curative and rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants ». Elle comprend l'ensemble des dépenses HC1 et HC2. Plus englobante, elle est souvent utilisée car, d'une part la distinction entre HC1 et HC2 est parfois délicate à effectuer d'un point de vue purement médical et d'autre part, les données disponibles ne permettent pas toujours de ventiler les dépenses aussi finement.

<sup>1</sup> Historiquement, la DREES construisait et analysait un agrégat appelé « dépense courante de santé » (DCS) qui englobait la CSBM sans correspondre à la DCSi. À compter de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES a décidé de ne plus produire la DCS pour favoriser la construction et l'analyse de la DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international. Pour éviter des ambiguïtés par rapport aux éditions précédentes du Panorama, cet agrégat est qualifié dorénavant de DCSi « dépense courante de santé au sens international ».

<sup>2</sup> En comptabilité nationale, les unités résidentes sont les unités (ici les ménages) qui ont un centre d'intérêt économique sur le territoire considéré. Usuellement, un ménage est considéré comme résident s'il effectue des opérations économiques pendant un an ou plus sur le territoire, sans aucune notion de nationalité ou de légalité du séjour.

- La catégorie HC3 (« *long-term care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins de longue durée ». Cette catégorie comprend les soins à visée palliative : ils cherchent à atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé sans que le traitement vise à la neutralisation complète de la perturbation. La distinction avec la catégorie HC2 réside sur le fait que pour les dépenses en HC3 la compensation totale n'est pas un objectif. La catégorie HC3 correspond principalement à des soins pour personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, et pour personnes handicapées. Cette catégorie contient aussi une composante médico-sociale. Si les données françaises sont conformes à la nomenclature internationale, cette composante médico-sociale n'est toutefois pas encore renseignée par l'ensemble des pays européens et de l'OCDE. Cette non-conformité appelle à la vigilance lors des analyses en comparaisons internationales.
- La catégorie HC4 (« *ancillary services [non-specified by function]* ») est désignée dans l'ouvrage par « services auxiliaires ». De manière générale, les services auxiliaires sont souvent des services d'aide au diagnostic et de surveillance qui font partie intégrante d'un ensemble coordonné d'actions de soins, même si individuellement ils n'ont pas d'objectif propre. La catégorie HC4 renseigne ces services auxiliaires uniquement lorsqu'ils sont consommés directement par les patients, ou sans qu'il soit possible de les affecter à une fonction (HC1, HC2, etc.). Il s'agit typiquement des services d'imagerie des cabinets de radiologie, des services des laboratoires d'analyses médicales et des transports sanitaires.
- La catégorie HC5 (« *medical goods [non-specified by function]* ») est désignée dans l'ouvrage par « biens médicaux ». Il s'agit de l'ensemble des biens (médicaments, attelles, pansements, etc.) consommés en propre par les ménages. En France, il s'agit principalement de la vente des officines de pharmacies et de la rétrocession hospitalière.
- La catégorie HC6 (« *preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « prévention institutionnelle ». La prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. La nomenclature SHA retient la prévention primaire (qui tend à éviter les maladies et les facteurs de risque) et secondaire (qui tend à détecter les maladies pour une prise en charge précoce). Elle exclut la prévention tertiaire (qui vise à réduire l'impact négatif d'un état de santé déjà dégradé) pour laquelle les chevauchements avec les catégories HC1 et HC2 sont trop prégnants. Pour les données françaises, elle est qualifiée d'« *institutionnelle* » car cette catégorie ne concerne que les dépenses financées ou organisées par les fonds ou programmes nationaux ou territoriaux. Elle exclut donc les dépenses de prévention réalisées à l'hôpital (séjours de sevrage au tabac, par exemple) ou en ville (visites de surveillance chez le pédiatre par exemple). Il s'agit principalement de la médecine scolaire, de la médecine du travail et des programmes de prévention du ministère des Solidarités et de la Santé et des départements (programme « MT'dents », subvention au planning familial, PMI, etc.).
- La catégorie HC7 (« *governance, and health system and financing administration* ») est désignée dans l'ouvrage par « gouvernance ». Cette catégorie recouvre l'ensemble des services dédiés au système de santé, en complément des services liés aux soins. En France, il s'agit principalement des frais de gestion du système de financement (Assurance maladie et organismes complémentaires) ainsi que des budgets de fonctionnement des agences sanitaires (Haute Autorité de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ou les programmes de santé du ministère des Solidarités et de la Santé. Les subventions versées au système de santé entrent également dans cette catégorie.
- La catégorie HC9 (« *other health care services not elsewhere classified [n.e.c.]* ») recouvre les autres dépenses nca (non-classées ailleurs).

L'agrégat de la CSBM est constitué de l'ensemble formé par les catégories HC1, HC2, HC4 et HC5.

### L'axe HP lié aux prestataires de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HP (« *health provider* ») correspond à la nature du prestataire de santé.

- La catégorie HP1 (« *hospitals* ») est désignée dans l'ouvrage par « hôpitaux ». Cette catégorie renvoie aux établissements de santé, soumis à autorisation légale d'exercice, fournissant des services médicaux, des diagnostics et des traitements. Il s'agit donc de l'activité des hôpitaux du secteur privé ou public.
- La catégorie HP2 (« *residential long-term care facilities* ») est désignée dans l'ouvrage par « établissements résidentiels ». Cette catégorie regroupe les établissements de santé spécialisés dans les traitements de longue durée combinant une activité sanitaire et une activité médico-sociale. Il

s'agit principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes handicapées.

- La catégorie HP3 (« *providers of ambulatory health care* ») est désignée dans l'ouvrage par « cabinets de ville ». Cette catégorie comprend les établissements spécialisés en ambulatoire (sans aucun mode d'hébergement). Il s'agit des cabinets des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmiers, etc. Les soins réalisés par ces mêmes professionnels en centres de santé ou maisons de santé sont aussi inclus.
- La catégorie HP4 (« *providers of ancillary services* ») est désignée dans l'ouvrage par « laboratoires et assimilés ». Il s'agit des prestataires fournissant des services sanitaires auxiliaires, c'est-à-dire qui interviennent sous la supervision d'un professionnel de santé mais sans constituer une prise en charge autonome. En France, il s'agit typiquement des laboratoires d'analyse et d'imagerie (aide au diagnostic), ainsi que des transports sanitaires.
- La catégorie HP5 (« *retailers and others providers of medical goods* ») est désignée dans l'ouvrage par « officines et assimilés ». Il s'agit des prestataires dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux (médicaments, matériel médical, pansements, etc.). En France, il s'agit principalement des officines de pharmacies.
- La catégorie HP6 (« *providers of preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs de prévention ». Il s'agit en France des institutions finançant la prévention institutionnelle, c'est-à-dire fournissant principalement des programmes de prévention collective et de santé publique.
- La catégorie HP7 (« *providers of health care system administration and financing* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs des dépenses de gouvernance ». Il s'agit des institutions principalement impliquées dans la régulation et l'administration du système de santé.
- La catégorie HP8 (« *rest of economy* ») est désignée dans l'ouvrage par « reste de l'économie ». Il s'agit de tous les financeurs de dépenses non classés ailleurs.

### L'axe HF lié aux financeurs de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HF (« *health financing* ») correspond aux financeurs de la dépense. Comme pour les catégories des axes HP et HC, un libellé concret et court est préféré à la traduction complète, sauf lorsque le libellé court pourrait nuire à la compréhension. Cependant, dans la partie « Comparaisons internationales » de cet ouvrage, d'autres libellés sont utilisés pour caractériser les financeurs afin de mieux prendre en compte les particularités nationales (*schéma 1*).

Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

- L'État correspond à la catégorie HF1.1 (« *government schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « État et autorités locales » dans la mesure où ce type de régimes peut être à l'initiative de l'État ou des collectivités locales selon les systèmes nationaux. Usuellement, le financement n'est pas lié au paiement d'une contribution explicitement fléchée.
- La Sécurité sociale correspond à la catégorie HF1.2.1 (« *social health insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « Assurance maladie ». Ces régimes sont à caractère social et se caractérisent par la nécessité du paiement d'une contribution afin d'être assuré social.
- Les organismes complémentaires correspondent aux catégories HF1.2.2 et HF2.1 :
  - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats collectifs, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF1.2.2 (« *compulsory private insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée obligatoire » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF1.2.1 de l'Assurance maladie (Sécurité sociale en France).
  - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats individuels, sur la base d'un choix individuel, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF2.1 (« *voluntary health insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée facultative » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF2 (voir *infra*).

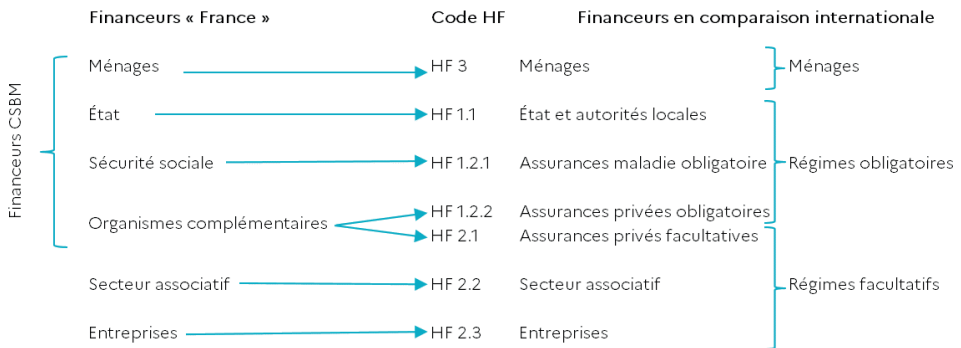
Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.

- Les entreprises (hors organismes complémentaires) correspondent à la catégorie HF2.3 (« *enterprise financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle *via* la médecine du travail.
- Les ménages correspondent à la catégorie HF3 (« *household out-of-pocket payment* »). Les dépenses associées sont aussi qualifiées de reste à charge des ménages.

Pour les comparaisons internationales, la catégorie HF2 (« *voluntary health care payment schemes* ») regroupe l'ensemble des « régimes facultatifs » (assurance privée facultative, financement direct par les entreprises et l'action du secteur associatif) par opposition aux « régimes obligatoires » et au financement direct par les ménages.

L'axe HF (financier de la dépense) s'éloigne de la ventilation par secteur institutionnel propre à la comptabilité nationale en introduisant un critère « obligatoire » versus « facultatif ». Dans le cas français, ce critère revient, depuis 2017, à séparer le financement des organismes complémentaires en considérant les prestations d'un contrat collectif comme obligatoires et les prestations d'un contrat individuel comme facultatives. En effet, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013, amène à considérer comme obligatoire et à comptabiliser comme tel, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, une partie du financement précédemment considéré comme facultatif.

**Schéma 1** Imbrication des financeurs de la CSBM et de la DCSi selon une approche France ou une approche de comparaison internationale prenant en compte le caractère facultatif et obligatoire de la dépense



**Pour en savoir plus**

- > OECD, European Union, World Health Organization (2017, mars). *A System of Health Accounts 2011 – Revised edition*, OECD.
- > Eurostat (2013). *Système européen des comptes, SEC 2010*, Union européenne.