

Les révisions de l'édition 2021 des comptes de la santé

Cette annexe présente les révisions effectuées d'une édition à l'autre des comptes de la santé en indiquant leur nature (intégration de nouvelles données, refonte méthodologique, correction, etc.) et leur ampleur, conformément aux recommandations du code de bonnes pratiques de la statistique européenne.

Les différentes sources de révision des comptes de la santé

Chaque édition du panorama des comptes de la santé révisé les données antérieures de façon à accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. On distingue trois types de révisions : **les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champs et les révisions méthodologiques.**

Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées aux comptes de la santé des années 2010 à 2021.

1) Les révisions liées au caractère provisoire des données

Les données sous-tendant l'élaboration des comptes de la santé 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 afférentes aux soins effectués l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces dépenses 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 (2021 dans la présente édition) intègre *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente qui est révisée en conséquence (2020 dans la présente édition). En revanche, les données des TCDC des années antérieures sont considérées comme définitives.
- Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public sont construites à partir des données du cadre central de la comptabilité nationale de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2020 et 2021 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2019 et antérieures sont définitives (sauf changement de base de l'Insee, qui se traduit en aval par un changement de base des comptes de la santé).
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2022 des comptes de la santé, les données 2021 sont provisoires, celles de 2020 et antérieures sont définitives.
- Enfin, 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.

2) Les modifications de champ

Les comptes de la santé s'appuient sur les concepts définis au niveau international dans le cadre du Système des comptes de la santé (*System of Health Accounts*, SHA), permettant d'effectuer les comparaisons des dépenses de santé entre les différents pays. Ces concepts sont développés dans le manuel SHA, rédigé conjointement par l'OCDE et Eurostat. Afin de se conformer aux standards internationaux, plusieurs révisions de champ ont été intégrées à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2022 des comptes de la santé.

a) Ajout des subventions dans le champ de la CSBM

Les définitions internationales considèrent que les subventions versées aux professionnels ou établissements de santé doivent être intégrées à la consommation de santé ; ce concept de consommation plus large est appelé « consommation de soins ajustée ». Avec la crise sanitaire, le nombre de dispositif d'aide s'est élargi, créant une divergence de plus en plus importante entre la CSBM et et la DCSi. Afin d'assurer une comparabilité entre les deux agrégats, quatre subventions ont été ajoutées à la CSBM pour l'édition 2022 des comptes de la santé.

- La prise en charge des cotisations maladie et vieillesse des praticiens de santé exerçant en libéral par l'Assurance maladie. Les praticiens libéraux ne s'acquittent que d'une partie de leurs cotisations sociales et le complément est financée par l'Assurance maladie.
- L'aide à la télétransmission. Il s'agit d'une aide versée par l'Assurance maladie pour inciter les praticiens libéraux à transmettre leurs feuilles de soin de manière informatisée.
- La garantie de financement. Cette garantie a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recette en 2020 et 2021 au moins équivalent à celui observé en 2019. Seule la garantie versée aux cliniques privées est ajoutée à la CSBM. La consommation de soins fournis par l'hôpital public étant estimée par les coûts et non par les recettes, sa mesure n'est pas modifiée par la mise en place de revenus complémentaires.
- Le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA). Ce dispositif exceptionnel de soutien a été mis en place afin de compenser une partie des pertes de recettes des praticiens libéraux liée aux mesures de restrictions de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement.

Ainsi, la CSBM n'enregistre plus uniquement des dépenses de consommation, mais également des montants considérés comme des subventions en comptabilité nationale.

Tableau 1 Subventions reclassées au sein de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prise en charge des cotisations maladie et vieillesse par l'Assurance maladie	2 180	2 312	2 355	2 561	2 796	2 716	2 471	2 519	2 674	2 627	2 604
Aide à la télétransmission	0	0	0	0	132	129	144	145	191	177	193
Garantie de financement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 106	591
Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 288	61
Ensemble des subventions reclassées	2 180	2 312	2 355	2 561	2 928	2 845	2 615	2 665	2 865	5 198	3 449

Source > DREES, comptes de la santé.

Dans l'édition 2021, ces dépenses étaient comptabilisées au sein du poste HC.7 « Gouvernance » de la DCSi.

b) Ajout des dépenses liées aux masques dans la CSBM

Dans l'édition 2021, les achats de masques par Santé Publique France avaient été comptabilisés dans les dépenses de prévention (DCSI - HC.6), faute de données disponibles pour identifier les destinataires. De nouvelles données ont permis pour cette édition de ventiler les achats de masques suivant leur usage. En outre, le traitement effectué l'année précédente n'était pas conforme aux définitions internationales, qui recommandent de classer la consommation de masques parmi les biens médicaux.

Les masques mis à disposition de l'hôpital public par Santé publique France à titre gratuit font l'objet d'un retraitement comptable dans les comptes de la santé. Ces masques n'ayant pas été financés directement par les hôpitaux, ils ne figurent pas dans leurs comptes. Pour fournir une description

retraçant l'intégralité du circuit économique et leur utilisation à l'hôpital, les comptes de la santé ajoutent une consommation intermédiaire de l'hôpital avec pour contrepartie un transfert de Santé publique France. Suivant cette approche, l'hôpital apparaît bien comme consommateur des masques tandis que Santé publique France agit comme financeur.

Les dépenses de consommation retracées dans les comptes de la santé n'intègrent pas les consommations intermédiaires des acteurs de la santé. En revanche, l'hôpital public étant un acteur non marchand, ce surplus de consommation intermédiaire se traduit par une hausse de la production de service de santé non marchande d'un montant équivalent.

Tableau 2 Dépenses de masques incluses dans la CSBM en 2020 et 2021

	2020	2021
Soins hospitaliers		
Fourniture de masques à l'hôpital public par Santé publique France	1 641	413
Biens médicaux		
Achat de masques par les ménages	768	326
Honoraire de dispensation des masques en pharmacie	84	151
Total	2 493	889

Source > DREES, comptes de la santé.

c) Le retrait des soins de longue durée de la CSBM

La CSBM inclut l'ensemble des soins courants destinés à traiter une perturbation de l'état de santé et exclut les soins de longue durée, à visée palliative.

Deux postes de dépenses intégrées à la CSBM étaient jusqu'à présent reclassées parmi les soins de longue durée dans les comptes internationaux (poste HC.3 de la DCSi). À compter de l'édition 2022, on aligne la CSBM sur le concept défini dans SHA, si bien que ces retraitements n'ont plus lieu d'être. En particulier :

- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été comptabilisés au sein de la CSBM lors de l'édition 2021. Cette classification s'est révélée non conforme aux définitions internationales. Dans l'édition 2022, les SSIAD ne sont donc plus comptabilisés dans les soins courants (CSBM) mais dans les soins de longue durée.
- Les prises en charge de la dépendance par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, qui correspondent à des surcoûts spécifiques pour certains actes infirmiers et de kinésithérapie pour la prise en charge de patients en situation de dépendance, ont également été reclassés dans les soins de longue durée.

Tableau 3 Dépenses de soins de longue durée reclassées en dehors de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SSIAD	1 464	1 539	1 605	1 637	1 658	1 676	1 722	1 739	1 760	1 874	1 902
Prise en charge de la dépendance par les infirmiers	851	877	903	920	940	980	1 019	1 051	1 090	1 062	1 111
Prise en charge de la dépendance par les masseurs-kinésithérapeutes	415	428	440	449	459	478	497	512	532	518	542
Ensemble des soins de longue durée reclassés	2 731	2 845	2 948	3 005	3 057	3 134	3 238	3 302	3 382	3 454	3 555

Source > DREES, comptes de la santé.

d) Le retrait des dépenses de prévention de la CSBM

La CSBM couvrait certaines dépenses considérées dans les standards internationaux comme des dépenses de prévention. Ces dépenses n'entraient pas dans le champ de la CSBM *stricto sensu* car elles ne concourent pas directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Ces dépenses exclues du champ de la CSBM et reclassées parmi les dépenses de préventions au sein de la DCSi (poste HC.6) couvrent :

- Les prélèvements pour effectuer les tests PCR ou antigéniques (TAG);
- Les dépenses liées à la réalisation tests antigéniques et TAG (hors prélèvement);
- Les achats de vaccins en pharmacie (hors Covid-19);
- Les achats de vaccins Covid-19;
- Les injections de vaccins Covid-19.

Tableau 4 Dépenses de prévention reclassées en dehors de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prélèvement pour tests PCR ou TAG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	259	721
Tests PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 649	3 431
Tests TAG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	207	2 434
Achat de vaccin en pharmacie	552	519	521	815	754	456	446	561	589	586	616
Achat de vaccin Covid-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 211
Injection de vaccin Covid-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 576
Ensemble des dépenses de prévention reclassées	552	519	521	815	754	456	446	561	589	2 700	10 989

Source > DREES, comptes de la santé.

3) Modifications méthodologiques et corrections d'erreur

- a) Correction des estimations des dépenses hors nomenclatures pour les orthophonistes et les orthoptistes

Le champ des comptes de la santé inclut les dépenses hors nomenclatures, non prises en charge par l'Assurance maladie. Ces dépenses non prises en charge n'apparaissent donc pas dans les données administratives du remboursement des dépenses de santé par l'Assurance maladie. En l'absence de source de données, les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie sont estimées au prorata de la dépense reconnue.

Des dépenses hors nomenclatures étaient incluses dans les soins fournis par les orthophonistes et les orthoptistes comptabilisées dans les précédentes éditions des comptes de la santé. Après examen, ces estimations étaient incluses à tort car tous les actes de ses professionnels sont pris en charge, au moins en partie, par l'Assurance maladie. L'estimation des dépenses des actes hors nomenclatures a donc été arrêtée pour ces deux professions.

Tableau 5 Retrait des estimations des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie pour les orthophonistes et les orthoptistes entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Orthophonistes	-91	-96	-104	-108	-112	-117	-120	-123	-128	-108
Orthoptistes	-25	-27	-29	-31	-32	-33	-35	-45	-57	-57
Total	-116	-123	-133	-139	-144	-150	-155	-168	-185	-166

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Bascule de la CSS de l'État vers la Sécurité sociale

En 2021, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) a été modifié. Jusqu'en 2020, l'État prenait en charge directement les dépenses de la CSS ; à partir de l'année 2021, le financement de la CSS est assuré par la Sécurité sociale. Ceci modifie à partir de 2021 la structure des dépenses suivant les différents financeurs. En 2021, le transfert à la Sécurité sociale des dépenses liées à la CSS s'élève à 3 155 millions d'euros

c) Ajout des dépenses de la complémentaire santé solidaire prise en charge par les organismes complémentaires et les autres régimes

En octobre 2019, les deux dispositifs de couverture maladie complémentaire aux personnes disposant de faibles ressources, la couverture maladie universelle (CMU) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), ont été supprimés et remplacés par la complémentaire santé solidaire (CSS). La gestion de ces dispositifs peut être assurée par un organisme complémentaire (OC).

Les OC prenaient ainsi en charge l'ensemble des contrats d'ACS ainsi qu'une partie des contrats CMU. Les montants de prestations versées par les OC au titre de la CMU et de l'ACS étaient enregistrés de manière similaire au reste des prestations dans leurs comptes techniques. Les comptes de la santé s'appuyaient sur ces données pour déterminer le montant des prestations versées par les OC, y compris au titre de la CMU et de l'ACS.

La bascule vers le dispositif CSS a modifié la nature du service fourni par les OC pour la fourniture des prestations aux bénéficiaires. Dans son règlement n° 2015-11 relatif aux comptes des entreprises d'assurance, l'Autorité des normes comptables indique que les OC ne supportent plus directement de risques associés aux contrats CSS (articles 251-1 et 251-2 du règlement ANC n° 2015-11). Pour cette raison, les prestations versées par les OC aux bénéficiaires de la CSS ne sont plus comptabilisées au sein des prestations dans leurs comptes techniques. Ce changement de pratique intervenu pour la première année en 2020 n'avait pas été identifié lors de l'édition 2021 des comptes de la santé.

Pour cette édition des comptes de la santé, le chiffrage des dépenses de la CMU/CSS a été repris et deux modifications ont été apportées :

- Ajout des dépenses de la CSS gérée par les OC en 2020 et 2021 ;
- Correction des dépenses de la CMU/CSS gérée par les régimes autres que le régime général, qui n'étaient pas correctement prises en compte.

Dans les deux cas, ces nouvelles dépenses ont été financées par le fond CMU/CSS. Le financement est ainsi assuré par l'État jusqu'en 2020, par la Sécurité sociale à partir de l'année 2021.

Tableau 6 Bilan des révisions des dépenses de la CMU/CSS entre 2011 et 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ajout de la CSS géré par les organismes complémentaires										338	624
Ajout de la CMU et CMU-C gérés par les autres régimes	93	100	108	119	128	140	147	51	43	51	55
Total	93	100	108	119	128	140	147	51	43	389	679

Source > DREES, comptes de la santé.

4) Synthèse des révisions

Tableau 7 Synthèse des révisions par poste pour l'année 2020

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2020		Écart	
	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2021	En millions d'euros	En %
Hôpitaux publics	79 746	78 664	1 082	1,4
Cliniques privées	23 272	21 872	1 400	6,4
Médecins généralistes	10 233	9 499	734	7,7
Médecins spécialistes	12 755	11 673	1 082	9,3
Sages-femmes	446	417	29	7,1
Dentistes	11 379	10 892	487	4,5
Infirmiers	8 982	11 335	-2 353	-20,8
Masseurs-kinésithérapeutes	5 534	5 687	-154	-2,7
Orthophonistes	962	1 018	-56	-5,5
Orthoptistes	230	277	-47	-16,8
Pédicures	45	42	3	6,1
Cures thermales	136	169	-32	-19,1
Laboratoires	4 455	6 203	-1 747	-28,2
Médicaments	29 817	30 201	-384	-1,3
Biens médicaux	17 446	16 694	752	4,5
Transports médicaux	4 741	4 584	157	3,4
CSBM	210 179	209 228	952	0,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Globalement, le montant de la CSBM est rehaussé de 952 millions d'euros en 2020 (+0,5 %) entre les deux éditions 2021 et 2022.

Tableau 8 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2020 entre l'édition 2021 et 2022, par source de révision

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2020
Consolidation des données provisoires	-338
Hôpital	-459
Consolidation des données provisoires (provision 2020 vs exercice précédent 2021)	121
Modification du champ	1 436
Ajout des subventions	5 198
Ajout des masques	2 493
Retrait des soins de longue durée	-3 555
Retrait des dépenses de prévention	-2 700
Modification méthodologiques	-146
Retrait des actes non pris en charge pour les orthophonistes et les orthoptistes	-166
Autres révisions	20
Ensemble des révisions	952

Source > DREES, comptes de la santé.

La majeure partie de la révision de la CSBM de 2019 s'explique par les modifications de champs (+1 436 millions d'euros). Les autres types de révisions sont d'ampleur limitée.

L'édition 2022 des comptes de la santé rehausse l'évolution de la CSBM en valeur en 2020 de 1,2 point : dans l'édition 2021, la CSBM augmentait de 0,4 % en 2020; dans la présente édition, cette croissance a été revue à +1,6 %.

Tableau 9 Révision des dépenses de santé entre l'édition 2021 et l'édition 2022, par financeur

En millions d'euros et en point de pourcentage

	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Sécurité sociale	-1 223	-1 216	349	0,0	0,0	-0,2
État	35	26	438	0,0	0,0	0,2
Organismes complémentaires	-55	-57	-62	0,1	0,1	-0,1
Ménages	-206	-222	226	0,0	-0,1	0,1
CSBM	-1 449	-1 469	952	so	so	so

Lecture > Dans l'édition 2022 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 952 millions d'euros pour l'année 2020. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 226 millions d'euros. Dans l'édition 2022, la part des dépenses à la charge des ménages représente 6,6 % de la CSBM contre 6,5 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,1 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions des dépenses de la CSS rehaussent le niveau des dépenses prises en charge l'État en 2020. Le reclassement des dépenses de vaccins en pharmacie et la correction des estimations sur les actes hors nomenclatures pour les orthophonistes et les orthoptistes diminuent le niveau de financement des ménages. Ces révisions à la baisse sont compensées en 2020 par l'ajout des achats directs de masques par les ménages.

5) Révisions des indices de prix

a) Les refontes méthodologiques

Les calculs des séries d'indices de prix des cliniques privées et des laboratoires de biologie médicale ont été révisés pour cette édition des comptes de la santé.

Tableau 10 Révisions des indices de prix des cliniques privées et des laboratoires de biologie médicale entre 2011 et 2020

En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cliniques privées										
publié dans l'édition 2021	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-1,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7
publié dans l'édition 2022	0,2	-0,2	-0,4	-0,6	-1,4	-1,7	-1,8	-1,7	0,2	9,3
Écart en point	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,3	-0,4	-0,5	-0,8	0,3	10,0
Laboratoires de biologie médicale										
publié dans l'édition 2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9	-0,6	-1,1
publié dans l'édition 2022	-2,2	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6
Écart en points	-2,2	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-0,7	-5,1	-0,5	0,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Le calcul de l'indice pour les cliniques privées mobilise pour cette édition des comptes des données de la CNAM sur l'évolution des volumes et des tarifs par secteur activité (MCO, PSY, SSR, médicament en sus, etc.). L'indice de prix global des cliniques privées est maintenant calculé par agrégation des indices de prix élémentaires par secteur pondérés par la valeur de chaque secteur dans l'ensemble.

Pour les laboratoires de biologie médicale, l'indice de prix entre 2010 et 2019 a été recalculé en utilisant les évolutions de prix des principaux actes de biologie médicale. À partir de l'année 2020, l'indice de prix calculé par l'Insee reprend une méthodologie similaire et les comptes de la santé s'appuient dorénavant sur cet indice de prix. Auparavant, l'indice de prix des laboratoires de biologie médicale ne prenait en compte que l'évolution de la valeur de la lettre clé des actes de biologie.

b) Les révisions du calcul des indices de prix suite aux évolutions de champ

Les révisions intervenues sur le périmètre de la CSBM pour l'édition 2022 se répercutent aussi sur les indices de prix. Seuls les indices de prix de l'année 2020 sont modifiés de façon substantielle à ce titre.

Les mesures de soutien des revenus (garantie de financement pour les cliniques privées et dispositif d'indemnisation de la perte d'activité pour les praticiens libéraux) sont considérées comme un pur effet prix, ce qui rehausse les indices de prix concernés.

L'ajout des masques dans les biens médicaux modifie considérablement l'indice de prix des matériels, aliments et pansements, car le prix des masques a beaucoup augmenté en 2020.

Enfin, un effet qualité spécifique a été introduit sur l'année 2020 s'agissant des soins hospitaliers publics pour les patients atteints de Covid-19. Cet effet qualité, considéré comme du volume de soins, réduit de 1,0 point l'indice de prix des soins hospitaliers publics par rapport à l'estimation publiée l'an passé.

Tableau 11 Révisions des indices de prix par secteur entre 2019 et 2020

En %

	Montants publiés pour l'année 2019		Montants publiés pour l'année 2020		
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	Écart en point
1-Soins hospitaliers	1,5	1,5	12,7	14,5	1,8
Hôpitaux du secteur public	2,0	1,9	17,1	16,1	-1,0
Hôpitaux du secteur privé	-0,1	0,2	-0,7	9,3	10,0
2-Soins ambulatoires	-1,2	-1,2	-1,9	-0,1	1,8
• Soins de ville	0,0	-0,1	0,2	2,4	2,2
Médecins généralistes	0,0	0,0	0,2	1,7	1,5
Médecins spécialistes	1,0	1,0	0,8	4,6	3,8
Sages-femmes	0,4	0,4	0,5	1,3	0,8
Soins d'auxiliaires médicaux	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3
Soins de dentistes	-0,9	-0,9	0,9	3,1	2,2
Laboratoires de biologie médicale	-0,6	-1,1	-1,1	-0,6	0,5
Cures thermales	0,5	0,5	1,0	1,2	0,2
• Médicaments en ambulatoire	-4,6	-4,5	-7,0	-6,8	0,2
• Autres biens médicaux	0,3	0,3	0,2	3,5	3,3
Optique	0,6	0,6	0,6	0,6	0,0
Orthèses et prothèses externes, VHP*	0,4	0,4	-0,1	-0,1	0,0
Audioprothèses	-0,3	-0,3	-1,3	-1,3	0,0
Matériels, aliments et pansements	0,3	0,3	0,1	7,8	7,7
• Transports sanitaires	1,3	1,3	0,5	3,4	2,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	0,0	0,0	4,6	6,5	1,9

VHP : véhicules pour personnes handicapées.

Source > DREES, comptes de la santé.

Au final, la présente édition rehausse l'évolution du prix de la CSBM en 2020 de 1,9 point : dans l'édition précédente, le prix de la CSBM augmentait de 4,6 % en 2020, contre +6,5 % après révisions.

Les révisions de la CSBM en valeur et en prix se soldent sur la CSBM en valeur. L'évolution pour 2020 est rehaussée de 1,2 point en valeur et de 1,9 point en prix; l'évolution en volume est abaissé de 0,6 point, de -4,0 % -4,6 % : l'ampleur de la baisse de la CSBM en 2020 est amplifiée.

Révisions de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Les révisions de la CSBM s'appliquent également à la DCSi. L'agrégat prenant en compte davantage de dépenses de santé, d'autres modifications méthodologiques s'appliquent uniquement à la DCSi.

Tableau 12 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2020

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2020		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	En niveau	En %
HC.1+HC.2- Soins courants	145 321	149 175	3 855	2,7
HC. 4- Services auxiliaires	13 508	11 895	-1 613	-11,9
HC.5- Biens médicaux	46 895	49 109	2 214	4,7
HC.3- Soins de longue durée	46 210	46 362	152	0,3
HC.6- Prévention	10 199	8 591	-1 608	-15,8
HC.7- Gouvernance	22 372	15 151	-7 221	-32,3
DCSi	284 504	280 283	-4 221	-1,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions apportées à la DCSi entre les deux publications abaissent son montant de 4,2 milliards d'euros en 2020.

Tableau 13 Synthèse des révisions sur la DCSi pour l'année 2020 entre les éditions 2021 et 2022, par source de révision

	Révision de la DCSi 2020
Révision de la CSBM hors modification de champ	-480
Consolidation des données de l'ANSP	-2 500
Retrait des subventions du FIR	-710
Révisions du calcul des frais de gestion pour les versements des indemnités journalières	-380
Ajout des dépenses d'État pour la mise en place des outils de suivi des cas contacts	600
Consolidation données provisoires (partie DCSi hors CSBM)	-250
Autres révisions	-500
Ensemble des révisions de la DCSi	-4 220

Sources > DREES, comptes de la santé.

Les modifications de champ apportées à la CSBM sont neutres sur la DCSi : il s'agit de reclassements d'un compte à un autre, sans effet sur le total des dépenses. Par exemple, les subventions étaient considérées dans l'édition précédente comme des dépenses de gouvernance (HC.7), elles sont considérées dans cette édition comme des soins courants (HC.1).

Les données de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ont été révisées entre les deux éditions (-2,5 milliards d'euros). Faut de données disponible, les comptes de la santé avaient classé l'ensemble de la dotation de l'Assurance maladie à l'ANSP en dépenses de santé. L'analyse du bilan comptable définitif de l'ANSP montre qu'une partie des crédits n'ont pas été consommés (0,9 milliard d'euros en 2020) et qu'une partie des achats ont été stockés (1,6 milliard d'euros). Cette correction conduit à réviser à la baisse les dépenses prises en compte dans la DCSi.

Une partie des dépenses du FIR était comptabilisée à tort en dépense de santé lors de l'édition 2021. Cette fraction du FIR était intégrée dans un autre agrégat calculé par les comptes de la santé (la dépense courante de santé, DCS), mais n'était pas ajoutée dans le calcul de la DCSi. Cette dépense a été retirée pour cette édition des comptes.

Le calcul de la série des frais de gestion a été harmonisé avec les concepts en vigueur pour l'envoi des données pour les comparaisons internationales. À titre d'exemple en 2021, les indemnités journalières versées par les régimes de base représentent 5,3 % de l'ensemble des prestations versées ; les prestations maladie en constituent les 94,7 % restant. Conventionnellement, les comptes de la santé considèrent alors que 5,3 % des frais de gestion des régimes de base sont dédiés aux indemnités journalières et les 94,7 % restants sont affectés aux prestations maladie. Cette méthode de calcul était déjà mise en place pour l'envoi de données au niveau international, elle est maintenant reprise pour le calcul de la série des coûts de gestion au niveau français.

Les dépenses d'urgence de l'État pour la mise en place de la plateforme téléphonique de suivi des cas contacts n'avaient pas été prises en compte dans l'édition précédente pour le calcul de la DCSi. Ces dépenses ont été ajoutées au champ de la DCSi pour cette année.