

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Les comptes de la santé s'appuient pour cela sur les concepts de la comptabilité nationale, qui distingue deux types de biens et de services.

- Les biens et les services « *marchands* » sont produits dans l'objectif d'être vendus sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunérations du personnel, achats des matières premières et des biens courants, loyers, impôts sur la production, etc.). Dans les comptes de la santé, l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée sont classés dans cette catégorie. La valeur retenue pour ces biens et services est le prix facturé hors impôt sur produit, auquel sont rajoutées d'éventuelles subventions reçues par le producteur, au motif que la prise en compte de ces subventions permet de mieux approcher la valeur économique du produit. Sur ce dernier point, la définition diffère de celle du cadre central des comptes nationaux (qui évalue la consommation au prix facturé TTC). Les conventions internationales établies par l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts (SHA) retiennent ainsi une définition spécifique de la consommation, jugée plus adaptée à décrire les spécificités du secteur de la santé. Cette « consommation de soins *ajustée* » intègre ainsi les subventions sur produits versées aux professionnels ou établissements de santé. Avec la crise sanitaire liée au Covid-19, le nombre de dispositifs d'aide s'est élargi, créant une divergence plus importante entre l'agrégat français, assis sur les concepts de la comptabilité nationale, et son pendant international. Pour cette raison, le champ de la CSBM a été modifié à l'occasion de l'édition 2022 des comptes de la santé : celui-ci est désormais calé sur les conventions SHA et intègre les subventions versées au secteur de la santé (notamment la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux notamment). À titre exceptionnel et conformément aux instructions d'Eurostat et de l'OCDE aux producteurs des données SHA, les subventions d'exploitation versées au secteur marchand dans le cadre de la crise sanitaire en 2021 et 2022 (compensation des pertes de revenus liées aux mesures sanitaires) ont également été intégrées au champ de la consommation de soins.
- À l'inverse, les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendus à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. L'activité de production « non marchande » ne vise donc pas à être économiquement rentable. Ces produits sont fournis en comptabilité nationale par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). Les prix affichés des biens et services non marchands, lorsqu'ils existent, sont considérés comme « économiquement non significatifs » et ne sont donc pas retenus pour estimer leur valeur économique « réelle ». Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (principalement les salaires versés et les consommations intermédiaires, y compris autres impôts à la production nets des subventions d'exploitation). En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics sont assimilés à des services non marchands.

Les soins ambulatoires

Pour établir la consommation des soins ambulatoires, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, la Mutualité sociale agricole [MSA] et quinze autres régimes spéciaux). Ces données comptables retracent 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, pour une année donnée, les transferts au profit des professionnels de santé (rémunération sur objectifs de santé publique [ROSP], rémunération sur contrat, etc.) et les dotations aux provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées à la date de la clôture du compte (le concept de dépenses en date de soins étant privilégié).

À compter de l'édition 2022 des comptes de la santé, la consommation de soins ambulatoire inclut également les subventions sur les produits versés au secteur de la santé ainsi que les subventions sur la production mise en œuvre lors de la crise sanitaire liée au Covid-19. S'agissant des soins ambulatoires, ces subventions recouvrent :

- la prise en charge des cotisations maladie et vieillesse des praticiens de santé exerçant en libéral. Les praticiens libéraux ne s'acquittent que d'une partie de leurs cotisations sociales, le complément étant financé 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 soins de manière informatisée ;

Annexe 2 > La méthodologie des comptes de la santé

- le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA). Ce dispositif exceptionnel de soutien a été mis en place en 2020 (et plus marginalement en 2021 et 2022) 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.

Les prestations versées par de la complémentaire santé solidaire (CSS fusion de la CMU-C et de l'ACS), auparavant prises en charge directement par l'État à travers le fonds CMI, sont rattachées à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) à compter de 2021. Ces dépenses sont donc, à compter de cette date, intégrées au sein des dépenses de la Sécurité sociale.

La CNAM fournit en outre des estimations de taux moyen de remboursement (TMR) à partir des remontés statistiques : le TMR est le ratio entre le remboursement de la Sécurité sociale et la dépense présentée au remboursement qui comprend la dépense remboursée et le ticket modérateur. Ces TMR sont appliqués aux prestations versées par les régimes de sécurité sociale enregistrées dans les données comptables pour en déduire une estimation de la dépense présentée au remboursement.

Les dépenses prises en charge par l'État sont évaluées grâce aux données de la CNAM pour les dépenses de l'aide médicale d'État (AME). Les prises en charge des dépenses de santé des anciens combattants sont repérées dans les documents budgétaires des dépenses de l'État.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. Elles permettent également d'estimer les honoraires des praticiens non conventionnés.

Les dépenses de biens médicaux (optique, prothèses, etc.), faiblement couvertes par l'Assurance maladie, sont retracées en utilisant les données du Système national des dépenses de santé (SNDS), qui incluent, en plus des prestations délivrées par l'Assurance maladie, les tickets modérateurs et les dépassements.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont renseignées grâce aux données de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) et les achats de biens médicaux sans prescription sont issues du baromètre publié chaque année par NèreS (fédération professionnelle de laboratoires pharmaceutiques).

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les données disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue.

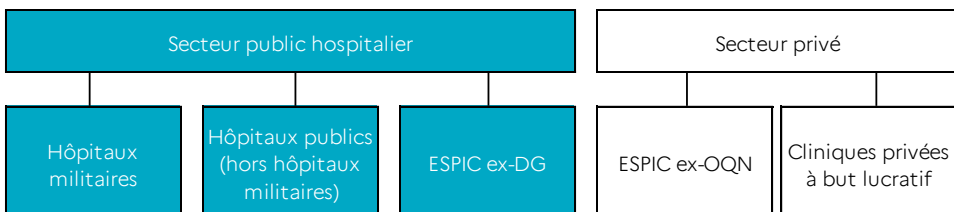
Les soins hospitaliers

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

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

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



Les comptes de la santé retracent, dans l'agrégat principal de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), l'ensemble des soins délivrés par les hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en unité de soins de longue durée [USLD], en établissement d'hébergement pour personnes âgées [EHPA]

ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi), en dehors de la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

La méthodologie utilisée pour calculer la consommation de soins de santé dans le secteur public diffère de celle utilisée notamment pour les soins en ambulatoire, qui relèvent du secteur marchand.

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est évaluée dans le cadre central des comptes nationaux comme la partie non marchande (voir *supra*) de la production du secteur hospitalier sur le champ de la santé. Tout d'abord, la production totale du secteur est obtenue en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, autres impôts sur la production nets des subventions d'exploitation, consommation de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). De cette production sont ensuite retirées les ventes résiduelles correspondant à une production marchande recouvrant, par exemple, la mise à disposition de personnel facturé, les majorations pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, etc.

Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation ou l'hébergement. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire.

Les données mobilisées permettent d'établir la production non marchande financée par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) ainsi que celle à la charge des ménages ou des organismes complémentaires (paiement partiel des ménages).

Le secteur hospitalier public étant déficitaire, la valeur de la production estimée par les coûts est supérieure à ses recettes. Par convention, dans les comptes de la santé, la part financée par la Sécurité sociale intègre le déficit des hôpitaux (part des coûts non couverts la même année par des recettes).

(1) Facteurs de production tirés des emplois

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

(2) Corrections - Hors champ

- Ventes résiduelles
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

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

À la production des hôpitaux publics civils 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 des services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus, les forfaits, les dotations de fonctionnement (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [MIGAC], incitation financière à l'amélioration de la qualité [IFAQ], coefficient prudentiel) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

La consommation de soins de santé hospitaliers du secteur privé est évaluée comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale (voir *supra*). Comme pour les soins de ville, elle inclut les subventions versées aux cliniques privées, notamment

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

la garantie de financement. Cette garantie a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recettes en 2020, 2021 ou 2022 au moins équivalent à celui observé en 2019.

C. Les traitements spécifiques liés à l'épidémie de Covid-19

Au cours de l'année 2020, l'Assurance maladie a mis en place des aides spécifiques en direction des praticiens et des établissements ayant subi des pertes d'activité à cause des mesures de restrictions sanitaires (dispositif d'indemnisation à la perte d'activité pour les praticiens libéraux, garantie de financement pour les établissements privés et compensation de perte d'activité pour l'ensemble des établissements de santé¹ et médico-sociaux). Une partie de ces aides spécifiques a été reconduite en 2021 et 2022. Jusqu'à l'édition 2021 des comptes de la santé, la construction de la CSBM se conformait aux règles du cadre central de la comptabilité nationale. Suivant ce cadre, ces aides ne sont donc pas considérées comme des dépenses de consommation mais comme des subventions d'exploitation en faveur du système de santé. Elles n'entraient donc pas dans le calcul de la CSBM, mais étaient en revanche comptabilisées au sein de la DCSi conformément au cadre spécifique fixé par le SHA pour les comparaisons internationales des dépenses de santé. À compter de l'édition 2022, afin d'harmoniser et de mieux articuler les concepts de CSBM et de DCSi, l'ensemble des subventions sont comptabilisées au sein des deux agrégats (CSBM et DCSi) dans chacun des postes de soins correspondants.

Les tests PCR et antigéniques pour dépister les personnes atteintes du Covid-19 sont classés dans la nomenclature internationale au sein des soins de prévention de la DCSi (poste HC.6). Dès lors, ces dépenses ne sont plus incluses dans la CSBM. De même, les dépenses liées à la vaccination contre le Covid-19 sont aussi classées parmi les dépenses de prévention.

Afin de présenter une vue complète des dépenses, les fiches des soins ambulatoires présentent aussi pour information les différentes dépenses de prévention et de soins de longue durée, dorénavant exclues de la CSBM.

Les dépenses de masques sont comptabilisées au sein de la CSBM (en soins ambulatoires et établissements de santé).

¹ Pour les hôpitaux publics, le cadre général des comptes nationaux ne prévoit pas que les services non marchands puissent recevoir de subventions à la production. En effet, ces dernières ne peuvent être distinguées des autres formes de financement par les administrations publiques comptabilisées en transferts entre administrations. Le secteur des hôpitaux publics n'est donc pas concerné par les questions de reclassements de subventions.