

DREES MÉTHODES

N° 24 • octobre 2025

Produire les comptes de la santé avec les données du Système national des données de santé

Un exemple de microfondation des comptes au sein de la comptabilité nationale

Vincent Reduron (Drees)

Produire les comptes de la santé avec les données du Système national des données de santé

Un exemple de microfondation des comptes au sein de la comptabilité nationale

Vincent Reduron (Drees)

Relecture : Geoffrey Lefebvre

Remerciements : Khadija Jabri, Clément Delecourt, Anne-Sophie Kontopoulos, Geoffrey Lefebvre, Michel Plaindoux, Franck Arnaud (Drees)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Tous les ans, la Drees publie les comptes de la santé, compte satellite de la comptabilité nationale, qui synthétise l'ensemble des dépenses de santé réalisées en France. Ce document présente le **projet de microfondation des comptes de la santé** réalisée en 2024 par la Drees.

Jusqu'en 2023, les comptes de la santé étaient produits à partir de tableaux agrégés (ou « macroscopiques ») transmis par des partenaires institutionnels. Une combinaison complexe de ces données déjà agrégées permettait de produire les comptes. La microfondation réalisée en 2024 consiste, sans changer leurs principes et concepts de construction, à les réestimer à partir des données détaillées du Système national de données de santé (SNDS). Les agrégats historiquement construits avec les tableaux macroscopiques sont ainsi retrouvés par requêtage dans les données très détaillées du SNDS.

Ce travail se veut être un **exemple de réalisation de comptes nationaux de bas en haut** : des opérations économiques élémentaires sont agrégées pour produire un compte national. Au sein du SNDS, la base utilisée contient l'ensemble des versements de l'assurance maladie obligatoire, pour la France entière et l'ensemble des régimes d'affiliation. Elle est constituée d'environ 9 milliards de lignes par année.

Grâce à cette refonte, la Drees gagne en autonomie dans sa production des comptes de la santé, mais aussi en maîtrise de ce qui est mesuré dans chaque poste de dépenses. Elle gagne également en richesse d'information, car cette refonte permet de décliner chaque chiffre selon de nouvelles dimensions d'analyse. Par exemple, les dépenses de médecins spécialistes peuvent être déclinées par spécialité médicale, ce que les données agrégées disponibles n'autorisaient pas.

Cette refonte conduit à la production d'une base de travail nommée *hypercube*. Elle décline les dépenses de santé selon toutes les combinaisons possibles d'axes correspondant chacun à une dimension d'analyse (financeur, lieu, etc.). Elle est constituée de plusieurs millions de lignes et n'est pas restituée telle quelle, mais les tableaux des comptes de la santé qui sont publiés sont construits directement à partir d'elle.

Le projet est présenté dans sa version utilisée pour produire l'édition 2024 des comptes : son champ couvre, au sein des dépenses de santé du secteur marchand, les soins et biens médicaux reconnus par l'assurance maladie obligatoire (*tableau 1*). Les 59 % de dépenses ainsi microfondées incluent toute la diversité des soins et biens médicaux en ville et en cliniques. Les dépenses de santé à l'hôpital public, relevant du secteur non-marchand, (environ 38 % des dépenses) et les dépenses non reconnues par l'AMO (environ 3 % des dépenses) ne sont pas concernées pour le moment. La microfondation de l'activité de l'hôpital public pourrait être envisagée dans une version ultérieure, à partir des données du PMSI en ce qui concerne leur activité de séjours et de séances.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux en 2023

Statut (édition 2024)	Secteur	Dépenses (milliards d'euros)	Répartition (%)
Non microfondé	Secteur non-marchand (hôpitaux secteur public et privé non lucratif)	93,7	38
	Secteur marchand, dépenses de santé non reconnues par l'AMO	8,2	3
Microfondé	Secteur marchand, dépenses de santé reconnues par l'AMO	147,0	59
	dont Soins hospitaliers du secteur privé lucratif	28,0	11
	dont Soins ambulatoires	69,4	28
	dont Biens médicaux délivrés en ville	49,6	20
Ensemble	Ensemble	249,0	100

Note > La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est le principal agrégat des comptes de la santé. Elle mesure le montant de dépenses nationales en biens et services considérés comme « de santé », au sens où ils traitent directement une perturbation de l'état de santé de personnes.
Source > Drees, comptes de la santé.

Le changement porte sur la méthode d'estimation et pas sur les objets qu'on cherche à estimer, c'est-à-dire sur le « comment mesurer » plutôt que sur le « quoi mesurer ». Autrement dit, même si le mode de production des comptes est transformé, les montants de dépenses ne devraient pas l'être. Les comptes devraient être simplement déclinables plus finement et avec une richesse d'information accrue. Le socle méthodologique permettant cette constance des chiffres est le **calage sur les données comptables** des régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO). Dans l'ancien comme dans le nouveau processus de production, la comptabilité donne le niveau des dépenses financées par l'AMO. Le projet de microfondation permet de connaître la répartition de ce montant selon de nouvelles dimensions.

Toutefois, les changements de sources statistiques occasionnent inévitablement des changements de résultats. Dans le cas de la microfondation des comptes de la santé, cette continuité doit s'entendre non pas comme une identité stricte des comptes, mais comme l'idée que les écarts entre ancienne et nouvelle méthodologie doivent être d'une part limités, et d'autre part explicables. Autrement dit, la problématique est de s'assurer qu'au **premier ordre de précision**, la continuité des séries est garantie. Cela n'exclut pas des révisions des chiffres au second

ordre de précision : en effet, grâce à la richesse de l'information, le projet permet d'affiner le périmètre des comptes, par exemple d'exclure les aliments sans gluten remboursés par l'AMO, qui sont hors champ mais ne pouvaient précédemment pas être distingués des autres produits de santé. Avec la microfondation, on gagne aussi en précision sur certaines dépenses, ce qui peut donner lieu à des correctifs. Au-delà du montant global, le projet améliore aussi sa répartition par poste (cliniques, médecine de ville, etc.). En améliorant la précision des comptes, le projet les modifie de façon limitée : le niveau de la CSBM est révisé de +0,3 % à +0,4 % par rapport à l'ancienne méthodologie et les écarts peuvent être documentés.

Enfin, pour que cette modification ne crée pas de rupture dans la série annuelle des comptes, **l'historique des comptes depuis 2010 est recalculé** en équivalent « nouvelle méthodologie ». Pour l'édition 2024, les années 2021 à 2023 sont calculées directement avec la nouvelle méthodologie, tandis que les années antérieures sont réropolées statistiquement, c'est-à-dire en appliquant un jeu de coefficients multiplicatifs aux anciens comptes.

Cette publication rend compte du projet de microfondation, conduit entre la fin 2022 et l'été 2024. Ce travail comportait différentes dimensions : l'expertise des données du SNDS et leur comparaison aux données comptables employées auparavant ; la conception de la nouvelle base de données, en particulier l'élaboration de nomenclatures adaptées aux besoins de production ; la refonte de l'ensemble des chaînes de production ; la réropolation statistique des données sur le passé ; l'analyse systématique des révisions. Toutes ces dimensions ne sont pas retracées dans ce document, qui présente surtout la nouvelle méthodologie de production des comptes et ses implications.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	3
■ LE PROJET MODIFIE UNE PRODUCTION DE RÉFÉRENCE SUR LA SANTÉ EN FRANCE	5
Les comptes nationaux de la santé, une publication annuelle de référence	5
Les données de l'Assurance maladie : un très bon socle statistique pour mesurer les dépenses de santé en France	6
L'ancien processus de production : une combinaison adéquate de tableaux macroscopiques	8
Le compte du secteur marchand était construit comme la somme de quatre composantes	8
D'autres sources permettaient d'affiner la décomposition par poste de dépenses et financeur	10
Une production robuste mais manquant de finesse d'information sur certains champs	10
■ LE NOUVEAU PROCESSUS DE PRODUCTION UTILISE DES DONNÉES DÉTAILLÉES ET PERMET DE CROISER DIFFÉRENTES DIMENSIONS	11
Les requêtes donnent la répartition, la comptabilité le niveau	11
L'hypercube des comptes agrège les dépenses de santé du SNDS	11
L'hypercube est une base de données tabulaire canonique	12
22 axes permettent de décliner les comptes en catégories détaillées	13
Les montants obtenus par requêtage sont inférieurs, mais très proches des masses comptables	14
Dans le DCIR, l'information comptable en flux est disponible ligne à ligne	14
Deux logiques temporelles doivent être réconciliées	15
Le taux de redressement est plus élevé pour la dernière année que pour les années antérieures	18
Le code est ouvert et programmé en R	19
CSBM marchande reconnue par l'AMO : une requête dans le DCIR produit un premier hypercube..	19
Le traitement dans le DCIR est conçu selon des besoins statistiques, mais dans les faits séquencé selon des contraintes informatiques	21
CSBM non marchande : par cohérence, la production est également intégrée dans l'hypercube	24
■ LE PROJET PERMET UN GAIN D'INFORMATION ET DE MAÎTRISE	25
La microfondation rationalise aussi la production des comptes	25
Plusieurs risques et coûts, principalement liés à la complexité des données	26
Les codifications de l'AMO évoluent chaque année	26
Un échantillon au 1/50 ^e permet de fiabiliser les programmes	26
Quatre exemples d'amélioration des comptes de la santé	27
Mieux comprendre	27
Mieux détailler	28
■ LA CONTINUITÉ DE L'HISTORIQUE EST ASSURÉE	31
L'historique des comptes est révisé dans de faibles proportions	31
Ne changer que pour améliorer	31
Les dépassements sont mieux estimés et révisés à la hausse	32
Amélioration du calcul du ticket modérateur	33
D'autres améliorations sont permises, sur divers plans	34
La rétropolation permet de réconcilier l'historique des comptes avec la nouvelle méthodologie	35
Une rétropolation « statistique » met à jour l'historique de 2010 à 2020	35
Quatre nomenclatures de rétropolation sont utilisées	36
■ CONCLUSION	39
Un changement en profondeur, une mine d'exploitations potentielles	39
Le projet devrait pouvoir s'étendre au secteur non marchand	39

Annexe 1. Liste des axes des hypercubes	41
Annexe 2. Notion de poste comptable inter-branches inter-risques	45
Annexe 3. Bibliographie	46
Annexe 4. Principales nomenclatures des comptes de la santé	0
N02	0
P01	4
F01.....	7
L02.....	9
F02.....	11

■ INTRODUCTION

Chaque année, la Drees produit et publie les comptes nationaux de la santé (CNS) pour retracer les évolutions des dépenses de santé en France. Ils constituent l'un des comptes thématiques des comptes nationaux mais alimentent également le cadre central sur le champ de la santé. Les CNS sont également à la base des données de dépenses de santé fournies aux instances internationales par le système statistique français. Les données produites par les CNS sont ainsi envoyées à Eurostat et à l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) pour alimenter la base de données *Health care expenditure* du *System of health accounts* (SHA).

Les comptes de la santé sont produits avec un historique remontant jusqu'aux années 1950 (Soual, 2017) et sont notamment valorisés tous les ans au travers de la parution d'un Panorama de la Drees (Didier, Lefebvre, 2024). Les CNS sont ainsi la principale **source statistique de référence sur les dépenses de santé**, dans un sens large ne se limitant pas aux dépenses de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

La production des comptes de la santé mobilise des données très détaillées à partir du millésime 2023

Historiquement, les comptes nationaux de la santé étaient produits à partir de données de partenaires institutionnels ; ces données sont transmises à la Drees sous la forme de tableaux dit « macroscopiques » : une combinaison complexe de données déjà agrégées qui permet de produire les comptes. Depuis l'édition 2014, la principale de ces sources est les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) qu'établissent annuellement les régimes d'assurance maladie obligatoire (Direction de la sécurité sociale, 2024). Ces données portent sur le niveau des dépenses de santé prises en charge par les administrations publiques, essentiellement les caisses d'AMO.

La microfondation des comptes de la santé a été réalisée à partir du **millésime 2023 des comptes**, publié en novembre 2024. Elle consiste, sans changer les principes et concepts d'élaboration des comptes, à recalculer par requêtage dans des données détaillées des agrégats qui étaient historiquement calculés depuis les tableaux agrégés. Sous réserve de disponibilité pérenne des données détaillées, le producteur des comptes gagne ainsi en autonomie ; il gagne surtout en maîtrise et en compréhension de ce qui est statistiquement mesuré dans chaque agrégat, ayant nativement le détail des programmes derrière l'ensemble des chiffres produits. Il gagne également en richesse d'information, pouvant décliner chaque chiffre selon de nouvelles dimensions d'analyse (âge et sexe par exemple) indécelables dans les chiffres pris dans des tableaux agrégés.

Il s'agit d'un exemple de réalisation d'un **compte national « par le bas »** : des données très détaillées sont agrégées pour obtenir un compte macroscopique. Cette approche peut être considérée comme l'approche naturelle de la production de compte nationaux (Vanoli, 2022)¹ mais en général irréalisable en raison de contraintes sur les données disponibles. Dans la production actuelle des comptes nationaux par le service statistique public, les autres exemples d'utilisation de données détaillées pour fonder un compte par le bas ont trait aux comptes de administrations publiques, avec les données financières de la Direction générale des Finances publiques, et l'utilisation de la base ESANE dont les liasses fiscales enrichies de données d'enquêtes permettent la ventilation fine de certains agrégats.

Dans les deux exemples précédents, ces données sont tout de même agrégées : annuellement, et par entité institutionnelle (par entreprise par exemple). Elles ne contiennent pas le détail de chaque mouvement financier sous-jacent. La microfondation des comptes de la santé mobilise le datamart de consommation inter-régimes (DCIR) qui contient l'ensemble des versements de l'assurance maladie obligatoire, pour la France entière et l'ensemble des régimes obligatoires. Couvrant un champ allant des versements directs aux professionnels (rémunération pour la permanence des soins, rémunérations sur objectifs, etc.) aux remboursements de factures de séjours en cliniques, en passant par les remboursements de soins ambulatoires et biens médicaux (consultations, médicaments, etc.), cette base est constituée d'environ 9 milliards de lignes par année.

Ce projet est possible grâce à l'investissement historique sur les données de santé en France

Les sous-jacents à la microfondation des comptes de la santé sont le fruit d'un long processus historique. La microfondation mobilise donc des données extrêmement volumineuses, ce qui est désormais possible grâce à des progrès informatiques : il existe aujourd'hui des solutions permettant de stocker et de traiter de très gros volumes de données. Ce progrès ne serait rien sans un **investissement important sur la mise à disposition et la valorisation des données de santé**, tant sur le plan réglementaire qu'en termes d'infrastructure et d'investissement sur la qualité de l'information. En l'occurrence, le DCIR est mis à disposition sur un portail, le portail SNIIRAM (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie) géré par la CNAM (Caisse nationale

¹ *Une histoire de la comptabilité nationale*, André Vanoli, Introduction, page 10 : « Le projet de bâtir des comptes de la nation (...) implique d'établir pour les agents économiques groupés en catégories des comptes à la fois de leurs opérations et de leurs patrimoines, de décrire les principales opérations entre eux et d'agréger tout cela au niveau de l'économie nationale. Démarche définie ici dans son principe, mais qui dans les faits peut mêler les méthodes de calcul et ne va pas systématiquement du plus élémentaire au plus global. ».

d'assurance maladie), dont les bases sont actualisées très régulièrement et accessibles avec des outils optimisés. Il existe en outre une documentation riche sur ces bases.

Le fait que cette innovation soit dans le **domaine de la santé** n'est pas un hasard : le haut degré d'administration du système de soins produit des données administratives détaillées et exhaustives. Malgré la multiplicité des acteurs de la santé, un système d'assurance obligatoire uniformisé gère le financement de tous les types de dépenses – avec les mêmes formats et le même système d'information dans l'ensemble d'un réseau de caisses nationales. Dans la plupart des autres secteurs marchands, la diversité des acteurs et de leurs systèmes d'information, mais surtout le caractère privé des données rendraient difficile la constitution de bases de données exhaustives sur un champ national. Cette remarque doit toutefois être tempérée : le système statistique public a historiquement un accès croissant à des données massives d'entreprises privées, comme les données de caisse (Leclair, 2019) ou les données bancaires (Bonnet, Loisel, 2024). La généralisation de la facture électronique (Meunier, 2024) ouvre la perspective, plus loin dans le futur, de bases de données massives couvrant une grande partie des flux inter-entreprises.

Par ailleurs, ce projet constitue une utilisation particulière du DCIR. Cette base est structurée autour des versements et prélèvements des caisses d'AMO, qui constituent en quelque sorte les faits générateurs de son alimentation. Schématiquement, une ligne de cette base correspond à un mouvement financier. Même si elle a trait à la santé, le contenu médical n'est ainsi qu'indirect ou secondaire. Le DCIR est utilisé par le réseau de l'AMO et par les administrations publiques pour des motifs de pilotage économique et de suivi financier. Un second usage, par de multiples acteurs – dont également le réseau de l'AMO –, est d'en tirer des enseignements de nature épidémiologique ou de décrire le système de santé (activité et prescriptions des professionnels, etc.). Le projet de microfondation des comptes nationaux de la santé s'apparente à une utilisation essentiellement de nature financière et économique, mais non à des fins de pilotage des dépenses de l'AMO. Par ailleurs, contrairement à d'autres travaux de suivi des dépenses comme ceux autour de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), les comptes nationaux de la santé mesurent l'ensemble des dépenses, incluant la partie financée par les ménages.

La microfondation couvre actuellement environ 60 % des comptes de la santé

Le DCIR permet d'avoir une vision exhaustive et détaillée des dépenses de santé quand elles sont **reconnues comme remboursables par l'AMO**. Cette précision implique que le travail de microfondation réalisé ne porte que sur les dépenses de santé remboursables par l'assurance maladie obligatoire, excluant environ 3 % des dépenses comptabilisées par les comptes nationaux de la santé au titre des dépenses de santé non remboursables ou non remboursées par l'AMO.

De plus, les dépenses de santé afférentes aux **établissements de santé du secteur de financement dit DGF** (dotation globale de financement) ne sont pas prises en compte dans le projet, à la parution de ce document. Relevant du secteur non marchand, ces dépenses sont en effet calculées selon une méthodologie particulière (aux coûts des facteurs de production) nécessitant des données différentes. Pour couvrir les 38 % de dépenses comptabilisées par les CNS pour l'activité de ces établissements, la microfondation devra mobiliser une autre source administrative, le Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), dans un volet ultérieur du projet.

Le champ du projet tel que présenté ici couvre ainsi environ 60 % de la CSBM, et une grande diversité de soins et biens médicaux : il englobe l'ensemble de l'activité des professionnels libéraux et des établissements privés dans une acception large incluant les centres de santé, ou encore les centres de dialyse et d'imagerie. Dans le processus de production des comptes de la santé, ce projet correspond ainsi à la principale brique de construction, et à la première des étapes de production. Il reste ensuite la majeure partie du travail de production des comptes : complétion par les dépenses non reconnues par l'AMO et par des établissements de santé du secteur de financement dit DGF, partage des évolutions annuelles entre effets prix et volume, partage du financement des ménages entre paiement direct et par les complémentaires santé. Ces étapes sont essentielles mais décrites brièvement dans ce document, qui se concentre sur la microfondation et ses implications.

■ LE PROJET MODIFIE UNE PRODUCTION DE RÉFÉRENCE SUR LA SANTÉ EN FRANCE

Les comptes nationaux de la santé, une publication annuelle de référence

Les comptes nationaux de la santé (CNS) constituent l'un des comptes thématiques des comptes nationaux (comme les comptes de l'agriculture, du logement, du transport, de l'énergie, du commerce, etc.). Produits depuis plusieurs décennies, les CNS sont notamment valorisés par la parution chaque année d'un ouvrage dans la collection des Panoramas de la Drees, présenté devant la Commission des comptes de la santé. Les comptes de la santé sont également transmis à Eurostat et à l'OCDE pour alimenter les données de la base de données *Health care expenditure* du *System of health accounts* (SHA) et à l'Insee pour le cadre central des comptes nationaux. Ils comptabilisent chaque année les dépenses de santé en France, principalement au travers d'un agrégat historique : la **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)**. La CSBM mesure le montant de dépenses nationales en biens et services concourant au traitement de perturbations de l'état de santé de personnes.

Les millésimes des comptes nationaux de la santé sont généralement publiés en septembre de l'année suivante. Ainsi, les estimations pour l'année 2024 sont parues en septembre 2025. Dans une nouvelle édition, le dernier millésime est la principale nouveauté, mais les données historiques peuvent être révisées si les données sources ont été actualisées (en général sur les millésimes récents) ou si la méthodologie a été amendée. L'annexe 3 du Panorama détaille chaque année les motifs de révisions et indique leurs effets sur les comptes de la santé.

La CSBM est principalement exprimée en valeur (en euros courants) mais ses évolutions sont aussi déclinées selon une décomposition entre effets volume et effets prix. Elle est historiquement ventilée selon deux principales dimensions d'analyse : le poste de dépenses et le financeur. La dimension du financeur revêt une importance centrale, notamment pour l'analyse des politiques publiques dans le domaine de la santé et plus largement pour l'économie de la santé. Les dépenses de santé sont financées par les administrations publiques et les ménages, au sein desquels on distingue le paiement direct et les dépenses financées par les organismes complémentaires en santé (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance [Lapinte, Pollak, Solotareff, 2024]). La dimension du poste de dépenses distingue principalement l'activité des établissements de santé, des soins ambulatoires et des biens médicaux dispensés en ville. Elle mêle ainsi des notions de lieu (établissement de santé ou non) et de nature des soins et biens médicaux.

En 2023, la consommation de soins et de biens médicaux s'élève à **249,0 milliards d'euros** (tableau 1)², soit 8,8 % du produit intérieur brut (PIB).

La consommation est évaluée suivant des méthodes distinctes selon qu'elle est fournie ou non par un acteur du secteur marchand. Le **secteur non marchand** regroupe l'activité des établissements de santé du secteur public ou privé non lucratif, et représente 38 % de la CSBM. Sur ce champ, la consommation est estimée d'après le coût des différents facteurs de production de l'établissement (masse salariale, consommations intermédiaires, etc.) conformément au cadre méthodologique de la comptabilité nationale³. Le **secteur marchand** regroupe l'activité des établissements privés à but lucratif, les soins ambulatoires et les biens médicaux dispensés en ville ; il représente 62 % de la CSBM. Une majorité de la CSBM du secteur marchand, soit 147 milliards d'euros en 2023, est « recon nue » par l'assurance maladie obligatoire, au sens où elle relève de financements ou de cofinancements de l'AMO :

- remboursement aux ménages de soins et biens médicaux dits *remboursables* (ce remboursement peut être partiel ou intégral) ;
- rémunérations directes de l'AMO aux professionnels et aux établissements (compensations financières pour les astreintes, rémunérations sur objectifs, dotations aux établissements, etc.) ;
- paiements des entreprises à l'AMO (remises conventionnelles sur les médicaments et les dispositifs médicaux), les montants étant dans ce cas négatifs.

² Sauf mention contraire, les données présentés dans le reste de cette publication proviennent de l'édition 2024 des comptes de la santé.

³ L'annexe 2 du Panorama de la Drees publié annuellement donne plus de détails sur les secteurs marchand et non marchand.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux par poste et méthode d'estimation en 2023

En milliards d'euros courants et en pourcentage de la CSBM

	Ensemble	Coûts des facteurs de production	Prix d'acquisition (dépenses reconnues par l'AMO)	Prix d'acquisition (dépenses non reconnues par l'AMO)
Soins hospitaliers des secteurs public et privé non lucratif	93,7 (38 %)	93,7 (38 %)		
Soins hospitaliers du secteur privé	28,4 (11 %)		28,0 (11 %)	0,4 (0 %)
Soins ambulatoires	72,2 (29 %)		69,4 (28 %)	2,8 (1 %)
Biens médicaux délivrés en ville	54,6 (22 %)		49,6 (20 %)	5,0 (2 %)
Consommation de soins et de biens médicaux	249,0 (100 %)	93,7 (38 %)	147,0 (59 %)	8,2 (3 %)

Lecture > En 2023, la consommation de soins hospitaliers fournie par le secteur privé s'établissait à 28,4 milliards d'euros dont 28,0 milliards d'euros de dépenses reconnues par l'assurance maladie obligatoire (AMO), soit 28 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux. Cette dépense de santé relève du secteur marchand ; elle est estimée par le prix d'acquisition.

Source > Drees, comptes de la santé.

Plus largement, la production des comptes nationaux de la santé se place dans un cadre méthodologique international : le **System of health accounts** (OCDE, 2011). À ce titre, un second agrégat est produit par les comptes nationaux de la santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Cet agrégat a un périmètre plus large puisqu'il intègre non seulement la CSBM, mais aussi dépenses liées à la gouvernance du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée (*tableau 2*). En 2023, la DCSi s'élève à 325 milliards d'euros, financés à 79 % par les administrations publiques, très majoritairement par la Sécurité sociale, et à 21 % par les ménages, soit au travers des complémentaires santé (9 %), soit en paiement direct (12 %).

Tableau 2 Dépense courante en santé au sens international par financeur en 2023

En milliards d'euros courants et en pourcentage de chaque agrégat

Agrégat	Ensemble	Administrations publiques	Ménages	dont paiement direct	dont complémentaires santé
CSBM	249 (100 %)	199 (80 %)	50 (20 %)	19 (7 %)	31 (12 %)
Soins de longue durée	53 (100 %)	41 (78 %)	11 (22 %)	11 (21 %)	0 (0 %)
Prévention	8 (100 %)	7 (97 %)	0 (3 %)	0 (3 %)	0 (0 %)
Gouvernance	16 (100 %)	8 (49 %)	8 (51 %)	0 (0 %)	8 (51 %)
Dépense courante de santé au sens international	325 (100 %)	256 (79 %)	69 (21 %)	30 (9 %)	39 (12 %)

Source > Drees, comptes de la santé.

Les données de l'Assurance maladie : un très bon socle statistique pour mesurer les dépenses de santé en France

Le projet de microfondation des comptes nationaux de la santé a été réalisé sur les soins et biens médicaux du **secteur marchand reconnu par l'AMO**, périmètre correspondant à la partie colorée du tableau 1. La production des données couvrant les autres champs des comptes de la santé, comme les soins du secteur non marchand, n'a pas été modifiée sur le fond (sources et méthodes) mais sur la forme (format des données et langage de programmation utilisés au cours du traitement).

Plusieurs raisons expliquent le choix de ce champ.

L'absence de microfondation de la CSBM du **secteur non marchand** est due à son estimation d'après le coût des facteurs de production. Connaître les coûts de fonctionnement des établissements de santé nécessite des sources spécifiques, issues de leur comptabilité⁴. Un système d'information, le programme de médicalisation des systèmes

⁴ La Drees mobilise principalement des données envoyées par l'Insee, calculées à partir de remontées financières des établissements collectées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le secteur public hors hôpitaux militaires, et par l'Agence

d'information (PMSI), décrit l'activité des établissements avec un grand détail sur le profil des patients, les financements et le type de séjours et de séances. Mais ces données se situent sur le plan des *recettes* des établissements plutôt que de leurs coûts de fonctionnement. Dans la version actuelle du projet de microfondation, elles ne sont pas mobilisées.

Actuellement, la microfondation de la CSBM du secteur marchand **non reconnue par l'AMO** n'est pas envisageable. Diverses sources sont mobilisées pour estimer les 3 % de dépenses correspondant à ce champ. Chaque sous-champ est estimé grâce à des données envoyées par un partenaire *ad hoc*, avec une source et une méthodologie différente. Les principaux sous-champs sont l'activité des médecins non conventionnés, les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) non remboursables par l'AMO, et les dispositifs médicaux non remboursables par l'AMO, les actes médicaux « hors nomenclature » et les dépenses remboursables mais non présentés au remboursement. En général, l'information disponible est relativement agrégée et ne permet que d'obtenir le montant global d'un sous-champ. Certaines sources ne sont pas obtenues annuellement et actualisées par les CNS avec des coefficients d'évolution ad-hoc. Cette partie de la CSBM, estimée avec des sources hétéroclites, est ainsi la moins robuste, en termes de maîtrise de l'information, et la moins riche en termes de détail statistique.

Le fait que seuls les soins et biens **reconnus par l'AMO** soient microfondés est lié aux particularités du système de santé français. L'assurance maladie obligatoire est non seulement le principal financeur des soins et biens médicaux, mais elle couvre également l'ensemble de la population. L'affiliation à l'AMO est automatique, sans concurrence entre les différents régimes d'assurance, qui proposent des garanties identiques à quelques exceptions près. Les différentes caisses d'AMO agissent comme un payeur unique (Minery, Or, 2024) et partagent le même système d'information à quelques nuances près. Cette grande centralisation confère à l'AMO et à ses données une très bonne exhaustivité et une grande unité. Les données de l'assurance maladie obligatoire sont donc un très bon socle pour mesurer les dépenses de santé en France.

L'essentiel des soins et biens médicaux sont cofinancés partiellement ou intégralement par l'AMO. Dans ce cas, ils se placent d'ailleurs dans un cadre économique *très administré* qui facilite l'analyse macroéconomique : des textes fixent de façon détaillée les tarifs, les conditions de prise en charge et les niveaux de cofinancement. L'encadré 1 définit les principaux termes utilisés pour fixer le niveau de prise en charge des différents soins et biens médicaux. Par ailleurs, pour les soins, cette réglementation s'appuie principalement sur les conventions entre l'Assurance maladie⁵ et les différentes professions de santé ; pour les biens médicaux, sur des conventions entre les entreprises productrices et les administrations publiques.

Depuis plusieurs décennies, un investissement important a eu lieu sur la mise à disposition et la valorisation des données issues de l'activité de l'AMO. Cet investissement rend possible l'exploitation de ces données, malgré leur volumétrie importante.

Les soins et biens médicaux qui ne sont pas financés par l'AMO bénéficient de modalités de financement *peu réglementées* : liberté des prix sur les médicaments, des tarifs de l'activité des médecins et établissements n'ayant pas adhéré à une convention avec l'AMO. En termes de sources de données, ils échappent complètement aux bases de l'assurance maladie obligatoire et constituent par rapport à ces dernières un « angle mort ».

Encadré 1 Termes liés au remboursement aux ménages de soins et biens médicaux par l'assurance maladie obligatoire

Lorsqu'un ménage assuré se procure un soin (par exemple une séance de kinésithérapie) ou un bien médical (par exemple un médicament), son coût peut-être en partie remboursé par l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'il est reconnu comme *remboursable*⁶. Le remboursement est soit partiel soit intégral. Les termes suivants ont trait au partage entre montant remboursé et reste à charge des ménages.

Le coût du soin ou bien médical se décompose en *base de remboursement de la Sécurité sociale* (BRSS) et dépassement :

- La BRSS est l'assiette de calcul que l'assurance maladie utilise pour ses remboursements aux ménages. Les BRSS des différents soins et biens médicaux, également appelés *tarifs* ou parfois *montants remboursables*, sont réglementaires.

technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour le secteur privé non lucratif. Faute d'outils et de données adaptées, peu de détails sont disponibles sur cet agrégat ; les montants de consommation de soins fournis par le secteur public ne sont par exemple pas déclinables par catégorie d'établissement.

⁵ L'Assurance maladie est l'institution qui gère le système d'assurance maladie obligatoire.

⁶ Le terme *remboursable* désigne les dépenses de santé que l'assurance maladie obligatoire prend en charge au moins partiellement. Le panier de soins et biens médicaux reconnus comme *remboursables* est défini de façon unique pour l'ensemble des assurés en France, à de rares exceptions près (les garanties du régime local d'Alsace-Moselle sont par exemple un tout petit peu plus étendues). En 2024, les chirurgies de la myopie sont un exemple de soin non remboursable. Les thermomètres médicaux, les tensiomètres et les médicaments myorelaxants à base de méthocarbamol sont quelques exemples de biens médicaux non remboursables.

L'assurance maladie leur applique un *taux de remboursement* pour calculer le montant effectivement remboursé aux patients. Ce taux est généralement celui fixé par la réglementation commune à l'ensemble des assurés (par exemple 70 % en 2023 pour une consultation de médecine générale), mais il est de 100 % pour des assurés bénéficiant de dispositifs d'exonérations comme le dispositif des affections de longue durée (ALD). Dans le cas des rémunérations directes des professionnels et établissements par l'AMO, la notion de ticket modérateur n'a pas de sens. Il est considéré comme nul par convention dans les comptes de la santé.

- Le *dépassement* est la part du coût dépassant la BRSS. Sauf exceptions, les dépassements sont financés par les ménages.

Il s'agit notamment des dépassements d'honoraires de médecins, de dentistes ou d'auxiliaires médicaux (environ un quart du total des dépassements). Le reste des dépassements (environ trois quarts du total) est composé des montants de « liberté tarifaire » (cas où le professionnel peut facturer un coût au patient supérieur à la BRSS), principalement sur des dispositifs médicaux et les soins dentaires prothétiques ou orthodontiques.

Pour résumer, l'AMO prend en charge tout ou partie de la BRSS, celle-ci n'étant pas nécessaire égale à l'ensemble de la dépense.

D'éventuelles *participations forfaitaires des assurés* s'appliquent ensuite. Ce sont des sommes fixes, généralement peu élevées, prélevées par l'AMO aux ménages lors du remboursement de certains soins et biens médicaux. Les « franchises médicales », les « participations forfaitaires » de 2 euros et les « forfaits journaliers hospitaliers » sont les principales participations forfaitaires des assurés. Leur montant n'influe pas sur le niveau de la CSBM, mais sur sa répartition entre financeurs. Elles fonctionnent en effet comme un transfert entre financeurs ou encore comme un « jeu à somme nulle », le montant perçu par l'AMO étant exactement l'opposé de celui financé par les ménages.

L'ancien processus de production : une combinaison adéquate de tableaux macroscopiques

Le processus de production des comptes nationaux de la santé, au moment du projet de microfondation des comptes, était basé sur la **combinaison de données macroscopiques fournies par des partenaires**. Par données macroscopiques, on entend des tableaux de données fortement agrégées, déclinant typiquement des grandeurs nationales et annuelles selon des catégories larges. Le processus de production se distinguait par son caractère **additif** : la CSBM était construite par ajout de couches de chiffres successives, dont chacune était liée à une source statistique.

Le schéma suivant (*schéma 1*) résume la production de la CSBM. Les paragraphes qui suivent se focalisent sur le secteur marchand reconnu par l'AMO.

Schéma 1 Ancien processus de production de la CSBM selon les secteurs

En milliards d'euros

secteur	SECTEUR NON MARCHAND	SECTEUR MARCHAND		
champ	ENSEMBLE	RECONNU AMO		NON RECONNU AMO
agrégat	coût des facteurs de production	financement AMO	financement ménages	financement ménages
CSBM 2023	94	111	37	8
source	remontées financières des établissements	données comptables des régimes d'AMO	données statistiques de la CNAM	données hétéroclites partenaires ad-hoc

Source > Drees, comptes de la santé.

Le compte du secteur marchand était construit comme la somme de quatre composantes

La production de la CSBM du **secteur marchand** était réalisée par la sommation de quatre grands montants, selon la modalité de financement :

- 1) par les *administrations publiques*,
- 2) par les ménages au titre du *ticket modérateur*,
- 3) par les ménages au titre de « *dépassements* »,
- 4) par les ménages au titre de *participations forfaitaires des assurés*,

Chacun de ces montants était estimé séparément et leur somme constituait la CSBM.

Pour le financement par les **administrations publiques**, les comptes nationaux de la santé mobilisaient les tableaux de comptes annuels produits par les branches et régimes d'assurance maladie obligatoire. Ces tableaux indiquent les montants de dépenses d'AMO ventilées par poste comptable, selon la nomenclature PCUOSS (plan comptable unique des organismes de sécurité sociale) commune à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale (Conseil de normalisation des comptes publics, 2024). Un transcodage spécifique était réalisé par la Drees pour

identifier les postes comptables relevant du champ de la CSBM ou non, et les répartir suivant les différents postes de dépenses des comptes nationaux de la santé.

Les tableaux de comptes annuels mobilisés étaient de deux natures :

- Les principaux étaient les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC)⁷ des régimes d'assurance maladie obligatoire. Leur production et leur transmission à la Direction de la Sécurité sociale (DSS) est une obligation légale prévue par le Code de la Sécurité sociale. La DSS les transmet à la Drees chaque année en fin de premier trimestre. Les TCDC retracent les comptes combinés des différents régimes, restreints aux charges et aux produits. Les prestations d'AMO finançant les soins et bien médicaux font ainsi partie des charges et sont recensées dans le poste comptable 656 qui est dédié aux prestations sociales (Audibert, Suply, 2020).
- D'autres tableaux de comptes annuels étaient utilisés pour compléter les dépenses sur les champs non couverts par les TCDC : dépenses de complémentaire santé solidaire (C2S), d'aide médicale d'État (AME), du régime local d'Alsace-Moselle et du régime d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

Les postes comptables de ces tableaux regroupent des dépenses de manière très agrégée (*tableau 3*) : ils correspondent en général aux honoraires d'une profession de santé ou à une rémunération prévue par la réglementation (forfait structure, dotation populationnelle, etc.).

Tableau 3 Premiers postes comptables du compte 656 du PCUOSS (fin décembre 2023)

Compte	Libellé
65611	Prestations légales « maladie - maternité »
656111	Prestations maladie
6561111	Exécutées en ville
65611111	Honoraires
656111111	des omnipraticiens
656111112	des spécialistes
656111113	des sages-femmes
656111114	des paramédicaux
6561111141	des infirmiers
6561111142	des masseurs – kinésithérapeutes
6561111143	des orthophonistes
6561111144	des orthoptistes
6561111145	des pédicures
6561111146	des sages-femmes
6561111147	Honoraires psychologues et psychothérapeutes
6561111148	Autres honoraires paramédicaux
656111115	Honoraires dentaires
656111116	Forfaits médicaux
6561111161	Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT)
6561111162	Rémunération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
6561111163	Forfaits télésurveillance
6561111164	Forfaits Structure

Source > Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

La partie reconnue par l'AMO mais financée par les ménages (*encadré 1*), soit 24 % de la CSBM du secteur marchand, était construite à partir de tableaux complémentaires transmis par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), l'institution centrale de l'AMO :

- Le financement par les ménages au titre du **ticket modérateur** représente 9 % de la CSBM du secteur marchand. Il était estimé à partir de la statistique mensuelle de la CNAM. Cette source fournit les taux de remboursement moyens sur l'année des différents postes de dépenses. Une règle de trois à partir des montants remboursés par l'AMO et de ces taux permettait d'estimer le montant de ticket modérateur, poste par poste.
- Le financement par les ménages au titre de **dépassements** représente 13 % de la CSBM du secteur marchand. Un tableau de la CNAM fournissait les montants annuels de dépassements d'honoraires du secteur libéral pour

⁷ Article D114-4-2 - Code de la sécurité sociale

les différentes spécialités de médecine et pour les chirurgiens-dentistes. Il était à la base de l'estimation des dépassements d'honoraires par poste de dépense. Pour les dépassements de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux, une extraction spécifique était réalisée par la Drees dans la base de données AMOS-LPP disponible sur le portail de la CNAM.

- Le financement par les ménages au titre de **participations forfaitaires des assurés** représente 1 % de la CSBM du secteur marchand. Des tableaux ad-hoc envoyés par la CNAM indiquaient les montants perçus par l'AMO sur l'année (de franchises médicales, de forfaits journaliers hospitaliers, etc.).

D'autres sources permettaient d'affiner la décomposition par poste de dépenses et financeur

À l'issue des étapes décrites plus haut, le **montant global de la CSBM était connu** mais sa décomposition par poste de dépenses et par financeur incomplète. Deux sources complémentaires permettaient, au sein de ce montant global, d'affiner l'information par poste de dépenses (en la déclinant selon le lieu) et par financeur (selon le paiement du reste à charge par les complémentaires santé).

- Un tableau envoyé par la CNAM distinguait, pour les différents postes de dépenses de l'AMO, la répartition selon trois **grands types de lieux** (établissements privés, cabinets libéraux, centres de santé). Cette source permettait d'estimer la répartition des soins ambulatoires entre le secteur libéral et les centres de santé, mais surtout d'affecter une partie des honoraires de médecins et d'auxiliaires médicaux à l'activité des établissements de santé privés à but lucratif. Ces dépenses sont considérées comme des soins hospitaliers, plutôt qu'ambulatoires.
- La répartition du reste à charge des ménages entre paiement direct et financement par les **complémentaires santé** était estimée à partir des états comptables et prudentiels collectés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et envoyés à la Drees. Ces données permettaient d'estimer le montant financé par les complémentaires santé par poste de dépenses ; le paiement direct est calculé par résidu (en retranchant ce montant du reste à charge global).

Cette répartition du reste à charge des ménages entre paiement direct et financement par les complémentaires santé n'est pas modifiée par la microfondation des comptes.

Une production robuste mais manquant de finesse d'information sur certains champs

En conclusion, l'ancien processus de production se caractérisait par une grande robustesse, au prix d'un manque de finesse important.

La **robustesse** était principalement assurée par l'ancrage comptable des financements de l'assurance maladie obligatoire. Elle l'était aussi par le contrôle de la cohérence avec les différentes sources externes disponibles sur la conjoncture des dépenses de santé en France. Cette cohérence était assurée sur différents sous-champs, sachant que les comptes nationaux de la santé forment la seule source statistique couvrant de manière *exhaustive* l'ensemble des dépenses de santé et tous financeurs confondus.

Les postes comptables du PCUOSS (*tableau 3*) étaient à la base de la constitution des postes de dépenses des comptes nationaux de la santé et donnent une bonne idée du manque de **finesse d'information**, principale limite dépassée par le projet de microfondation des comptes. Les honoraires d'infirmières formaient par exemple un poste unique, au sein duquel le type de soins réalisés ou le statut juridique du lieu (cabinet libéral, etc.) n'étaient pas connus. Cette répartition pouvait être approchée avec des clefs de répartition issues de sources externes, comme pour les lieux (voir *infra*) mais cette approche manquait de précision. Il était ainsi difficile de comprendre de façon fine et approfondie le contenu de certains postes de dépenses. Par ailleurs, l'hétérogénéité des sources pouvait également être à l'origine d'imprécisions par exemple en raison de la combinaison des données ayant éventuellement des périmètres et champs légèrement différents.

■ LE NOUVEAU PROCESSUS DE PRODUCTION UTILISE DES DONNÉES DÉTAILLÉES ET PERMET DE CROISER DIFFÉRENTES DIMENSIONS

Ce chapitre constitue le cœur technique de ce *Drees Méthodes* : il détaille le mode d'élaboration des données des comptes de la santé à partir du SNDS, mis en œuvre en 2024 pour le calcul des comptes sur les années 2021 à 2023⁸. Ce chapitre est constitué de quatre sous-parties :

- La première présente la philosophie du projet de microfondation des comptes (*les requêtes donnent la répartition, la comptabilité le niveau*) et son champ (la CSBM du secteur marchand, reconnue par l'AMO).
- La seconde décrit l'hypercube des comptes, table de travail intermédiaire entre le SNDS et les données publiées dans le Panorama des comptes de la santé.
- La troisième explicite la méthode de calage des comptes sur les données agrégées.
- Enfin, la quatrième porte sur des considérations techniques (description de la structure des programmes, langage de programme utilisé, délais, etc.).

Les requêtes donnent la répartition, la comptabilité le niveau

Cette partie décrit la production de la **CSBM du secteur marchand reconnue par l'AMO**, qui est donc celle qui est modifiée. Le champ du projet (*schéma 2*) couvre 59 % de la CSBM (*tableau 1*). La **majorité de la diversité** des soins et biens médicaux est toutefois représentée car le principal champ manquant, l'activité des établissements de soins publics et privés non lucratifs, est relativement homogène en termes de lieu et d'activité⁹.

Schéma 2 Nouveau processus de production de la CSBM selon les secteurs

En milliards d'euros

secteur	SECTEUR NON MARCHAND	SECTEUR MARCHAND	
champ	ENSEMBLE	PARTIE MODIFIÉE	RECONNU AMO
agrégat	coût des facteurs de production	cofinancement AMO et ménages	
CSBM 2023	94	148	
source	remontées financières des établissements	requêtes dans le DCIR (portail du SNDS) calage sur les données comptables des régimes d'AMO	financement ménages données hétéroclites partenaires ad-hoc

Source > Drees, comptes de la santé.

La méthodologie est résumée par la formule suivante : « **Les requêtes donnent la répartition, la comptabilité le niveau** ». En effet, les montants de CSBM sont calculés par requêtage dans des bases de données détaillées, mais statistiquement *calés* sur les montants indiqués par les comptes annuels des régimes d'AMO. Ce *calage comptable* garantit que le niveau des financements des administrations publiques (APU), principalement de l'AMO, sont identiques poste par poste à ceux indiqués dans les comptes annuels de référence. La continuité de la nouvelle méthodologie avec l'ancienne et avec l'historique des comptes est assurée, puisque le niveau était déjà celui des comptes annuels des régimes d'AMO. Seule la CSBM est calée de cette façon, le reste de la DCSi (gouvernance du système de santé, prévention et soins de longue durée) ne s'y prêtant pas.

L'hypercube des comptes agrège les dépenses de santé du SNDS

Le nouveau processus de production de la CSBM du secteur marchand reconnue par l'AMO s'appuie sur des requêtes dans le **système national de données de santé** (SNDS), depuis son principal point d'accès, le portail géré par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Le SNDS est constitué de plusieurs bases de données, dont les trois principales lors de la rédaction de ce document sont le datamart de consommation inter-régimes (DCIR), le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les données de causes médicales de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).

⁸ Il aurait été possible de mettre en œuvre ces méthodes pour les années précédentes, mais ce choix n'a pas été retenu, en raison d'un coût jugé trop élevé.

⁹ Ceci bien que l'activité des établissements de soins publics et privés non lucratifs soit diversifiée, puisqu'elle comprend des séjours (de médecine, chirurgie, d'obstétrique, etc.), des séances (de chimiothérapie, de radiothérapie, de dialyse, etc.), des hospitalisations à domicile ou encore des actes et consultations externes.

Pour la microfondation des comptes de la santé présentée dans ce document, la Drees utilise le **DCIR**, qui contient l'ensemble des versements de l'assurance maladie obligatoire, pour la France entière et l'ensemble des régimes obligatoires. Couvrant un champ allant des versements directs aux professionnels (rémunération pour la permanence des soins, rémunérations sur objectifs, etc.) aux remboursements de factures de séjours en cliniques, en passant par les remboursements de soins ambulatoires et biens médicaux (consultations, médicaments, etc.), cette base est constituée de 16 tables principales comportant environ 9 milliards de lignes par année.

Le projet de microfondation vise, d'une part, à extraire du DCIR les dépenses de santé qui correspondent au champ de la CSBM ; d'autre part, à classer ces dernières selon des catégories adaptées aux concepts des comptes de la santé. Autrement dit, il s'agit de trouver le bon périmètre, puis de bien catégoriser au sein de ce périmètre. Une table intermédiaire pré-agrégée est produite à partir du DCIR. Cette table est qualifiée de *mésoscopique* en raison de son niveau de détail moyen (*schéma 3*). Cette table comporte quelques millions de lignes pour une année, niveau intermédiaire entre les 9 milliards de lignes du DCIR et les centaines d'indicateurs restitués dans les comptes.

Cette table est nommée **hypercube**, analogie mathématique et référence aux multiples dimensions selon lesquelles les données se structurent. **Cet hypercube est au cœur du nouveau processus de production de comptes.** Les agrégats restitués et publiés dans le Panorama annuel de la Drees sont calculés depuis l'hypercube de l'édition, par une dernière agrégation des données et le calcul d'indicateurs dérivés (taux de croissance, contributions, part, ratio, etc.).

Schéma 3 Données entrant en jeu dans la production des comptes de la santé



Source > Drees, comptes de la santé.

Un hypercube est produit pour chaque édition des comptes, regroupant l'ensemble de l'historique annuel connu. Cette table a un rôle de base de données de référence en interne de la Drees ; autrement dit, le compte de l'édition est l'hypercube, au-delà des différentes formes des restitutions possibles. Il peut être mobilisé pour des analyses plus fines ultérieures ou pour la réalisation du Panorama (tableaux, graphiques, etc.).

L'hypercube est une base de données tabulaire canonique

L'hypercube est une base de données tabulaire répondant à certains standards visant à en faciliter l'usage : les lignes correspondent aux observations et les colonnes aux variables. Les colonnes/variables sont de deux types :

- les **axes**, qui sont des variables à modalités ; ils correspondent aux dimensions d'analyse selon lesquelles les comptes de la santé peuvent être déclinés : financeur, type de soin ou de bien médical, etc. ;
- les **valeurs**, qui sont les grandeurs numériques auxquelles on s'intéresse et que l'on veut décliner selon les axes. Dans la version présentée dans ce document, on compte deux variables de valeurs : le montant de dépenses et le nombre de patients.

On peut sommer les montants **selon n'importe quelle combinaison des axes**. Pour économiser en volumétrie, les combinaisons non rencontrées dans le DCIR, ou dont les valeurs sont nulles, n'apparaissent pas dans la table. Cette structure respecte les principes des *données ordonnées* ou *tidy data* : *chaque variable dans sa propre colonne, chaque observation sur sa propre ligne et chaque valeur dans sa propre cellule*.

L'hypercube compte 22 axes, regroupés par thématique (financement, lieu, etc.) ; ils sont détaillés dans l'annexe 1. Par exemple, 3 axes décrivent le financement et sont nommés F01, F02 et F03. Les axes ont des noms courts, sur 3 positions : le premier digit correspond à la thématique (D pour Dates, M pour Métadonnées, F pour Financement, etc.) et les deux suivants à un numéro. Par exemple, l'axe D01 correspond au millésime (année de comptes), l'axe N01 à l'agrégat des comptes (CSBM, DCSi) et l'axe N02 à la nature précise du soin ou bien médical (consultation, acte technique, etc.).

Schéma 4 Premières lignes d'un exemple d'hypercube créé par le projet

Version originale (codes de nomenclature sans libellés)

AXES D'ANALYSE								VALEURS
Dates (D)	Métadonnées (M)			Financement (F)		Nature de l'acte (N)	Profession (P)	Montant
année D01	version M01	date extraction M06	source M08	financier F01	partie de la dépense F02	nature de l'acte N02	profession P01	
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	F141	F111	N1131100	M30815	1560724,22
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	F141	F111	N1131100	M30911	435171,44
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	F141	F112	N1131100	M30815	2860,2
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	F141	F112	N1131100	M30911	901,6

Version où les codes de nomenclature ont été remplacés par leurs libellés

AXES D'ANALYSE								VALEURS
Dates (D)	Métadonnées (M)			Financement (F)		Nature de l'acte (N)	Profession (P)	Montant
année D01	version M01	date extraction M06	source M08	financier F01	partie de la dépense F02	nature de l'acte N02	profession P01	
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	AMO	Part légale	consultations et suivis	Ophtalmologistes	1 560 724,22 €
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	AMO	Part légale	consultations et suivis	Oto-rhino-laryng.	435 171,44 €
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	AMO	Ticket modérateur	consultations et suivis	Ophtalmologistes	2 860,20 €
2021	2024.3	11/06/2024	DCIR	AMO	Ticket modérateur	consultations et suivis	Oto-rhino-laryng.	901,60 €

Note > Cette table comporte 8 axes d'analyse et une variable de valeur (montant), à titre d'exemple. Les tables créées pour les comptes en comptent davantage.

Source > Drees, comptes de la santé.

22 axes permettent de décliner les comptes en catégories détaillées

Dans la version présentée dans ce document, les programmes de requêtage de la base DCIR produisent des hypercubes comportant **22 axes** (annexe 1). D'autres axes, de nature *optionnelle*, ne sont pas comptés ici¹⁰ : leur calcul est écrit dans les scripts de production de l'hypercube, mais non réalisé pour éviter de manipuler des données inutiles¹¹ et économiser du temps de calcul. Les programmes de requêtage sont en effet conçus comme modulaires : même si un ensemble de 22 axes à inclure dans l'hypercube est défini pour la production des comptes nationaux de la santé publiés, il est possible, pour des analyses complémentaires ou la réponse à des demandes, de réaliser des extractions d'hypercubes *bis* sur un sous-champ particulier ou comportant des axes d'analyse supplémentaire. Cette **modularité** a été envisagée très tôt lors de la conduite du projet de microfondation des comptes de la santé et constitue l'un des principaux socles du projet.

Sur les 22 axes, 13 ont une **vocation technique** : ils permettent une sélection du millésime, contiennent des métadonnées ou servent au calage comptable. Leur information est utile durant le processus de production et n'a pas vocation à être restituée ou publiée.

- 1 axe indique le millésime (D01), de 2010 à 2023 pour l'édition 2024 des comptes ;
- 8 axes (M01 à M08) indiquent des métadonnées sur l'hypercube, retraçant ses paramètres et conditions d'extraction : date de création, intervalle de dates de liquidation prises en compte, etc. ;
- 4 axes (C01 à C04) sont dédiés au calage comptable, indiquant dans quel tableau comptable la dépense est enregistrée et à quel compte elle a été affectée au moment de la liquidation (voir *supra*).

Les 9 autres axes, au cœur du projet, permettent de **décliner les comptes en catégories détaillées**. Ils décrivent le soin ou bien médical selon les 4 dimensions d'analyse fondamentales des comptes nationaux de la santé : lieu (2 axes), nature (3 axes), professionnel (1 axe) et financement (3 axes). Chacun de ces 9 axes est associé à une **nomenclature spécifique** propre aux comptes nationaux de la santé. En pratique, les modalités de ces axes sont des codes alphanumériques, associés à des libellés. Les nomenclatures de lieux et de professions de santé ont été élaborées en collaboration avec des spécialistes du système de santé au sein de la Drees.

Les nomenclatures sont emboîtées : par exemple, les codes N1111, N1112 et N1113 se regroupent dans le code N111, etc. Ainsi, différents niveaux de précision peuvent être choisis pour les axes, correspondant à des regroupements plus ou moins agrégés. Le premier *digit* des codes nomme la thématique de l'axe (P pour l'axe P01 des professions : tous les codes commencent par P). À tous les niveaux, un chiffre remplacé par X signifie *Non renseigné*, I *Indéterminé* et N *Non concerné*. Un 0 signifie qu'il n'y a plus de subdivisions à ce niveau et aux suivants.

¹⁰ Dans l'édition 2024 des comptes, il s'agit de trois axes de description du bénéficiaire (annexe 1). D'autres axes optionnels ont été créés ultérieurement.

¹¹ Inutiles car, dans l'édition 2024 du Panorama publié, les données ne sont pas déclinées selon les caractéristiques du bénéficiaire.

À titre d'exemple, le *tableau 4* reproduit un extrait de la nomenclature des financeurs (F01) du projet :

Tableau 4 Extrait de la nomenclature F01

Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4		Poste
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Poste
1	Administrations publiques	1	Administration centrale	1	Etat	0		F1110
1	Administrations publiques	4	Admin. de Sécurité sociale	1	Branche maladie	1	Régime général	F1411
1	Administrations publiques	4	Admin. de Sécurité sociale	1	Branche maladie	2	Régime agricole	F1412
1	Administrations publiques	4	Admin. de Sécurité sociale	1	Branche maladie	3	Régimes spéciaux	F1413
1	Administrations publiques	4	Admin. de Sécurité sociale	1	Branche maladie	4	Régimes locaux	F1414

Lecture > Tous les codes commencent par la lettre F, qui est la première du nom de l'axe (F01). Au niveau 1, on trouve les financeurs à un niveau très agrégé (*Administrations publiques* dans cet extrait). Aux niveaux 2 à 4, on trouve un détail de plus en plus fin sur les financeurs.

Source > Drees, comptes de la santé.

L'*annexe 4* indique les premiers niveaux des 5 principales nomenclatures utilisées.

Les montants obtenus par requêtage sont inférieurs, mais très proches des masses comptables

Dans le DCIR, l'information comptable en flux est disponible ligne à ligne

Très schématiquement, une ligne du DCIR correspond à un mouvement financier des caisses d'AMO, accompagné des informations qui l'identifient et le décrivent. Les données du DCIR sont des données de flux, alimentées au fur et à mesure de leur création dans la gestion quotidienne des caisses. Plus précisément, ce sont des **flux de liquidation** : ce sont les mouvements financiers déclenchés par les liquidations (*encadré 2*) qui génèrent de nouvelles lignes dans le DCIR. Les liquidations donnent ainsi au DCIR sa structure fondamentale, axée sur les versements et prélèvements de l'AMO. Un point central est que les données du DCIR ne sont pas révisées *a posteriori* : elles reflètent les flux au moment où ils ont été générés.

En pratique, lors d'une liquidation, le calcul du droit aux prestations et leur validation créent un décompte d'enregistrement, qui est ensuite traité par un logiciel de contrôle qualité nommé *Qualiflux* (*schéma 5*), puis déclenchent le paiement en l'absence d'anomalie bloquante¹². *Qualiflux* envoie ce flux d'information simultanément à des entrepôts de données informationnelles et au logiciel de gestion comptable *Copernic*. Le DCIR compile à la fois les flux de données informationnelles issus des entrepôts (date, montant versé, nature de prestation, identité de l'assuré, etc.)¹³ et les flux de données de nature comptable liées à *Copernic*.

Encadré 2 Termes liés à la gestion des caisses d'assurance maladie obligatoire

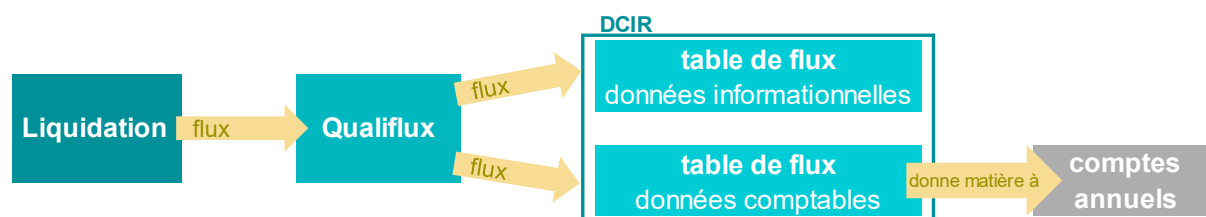
- La **liquidation** est l'opération des caisses d'AMO qui consiste à vérifier les droits d'un assuré social ou d'un professionnel, à calculer le montant de la prestation due et enfin à déclencher son paiement éventuel.
- Les **natures de prestation** sont les codes attribués par l'AMO à chaque acte médical ou prestation de santé, facilitant l'identification, la classification et la gestion de ses remboursements. Environ 1 500 natures de prestation existent fin 2023 et chacune d'entre elles est identifiée à la fois par un code alphanumérique sur 1 à 3 positions (souvent appelé lettre-clef) et un code numérique entre 1000 et 9999 nommé code PS5. Par exemple, les téléconsultations de médecins généralistes sont identifiées par la lettre-clef TCG et le code PS5 1192. A quelques exceptions près, un code lettre-clef correspond exactement à un code PS5 : on peut indifféremment utiliser un système de codage ou l'autre. Les lettres-clefs sont surtout utilisées sur le terrain et les codes PS5 surtout dans les données statistiques.
- Les **feuilles de soins** sont les documents qui permettent aux professionnels de santé de déclarer les actes médicaux, les soins ou les prestations réalisés à un patient. Elles servent de support pour la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. Elles peuvent être dématérialisées (feuilles de soins électroniques) ou non (feuilles de soins papier).

¹² Ce circuit décrit est celui des caisses du régime général et des régimes spéciaux ayant le même système d'information (régimes en norme *NEC*), qui traitent 94 % des dépenses en 2023. Pour les autres régimes (régimes en norme *NTEIR*), le circuit précis n'est pas connu par la Drees.

¹³ Le niveau de détail associé à un flux peut être plus fin que la *feuille de soins* correspondante. Lorsqu'une feuille de soins compile des prestations de plusieurs natures (*encadré 2*), son traitement donne lieu à plusieurs lignes de flux dans le DCIR.

En fin d'année, les flux de nature comptable sont la matière première des comptes annuels. Cela assure une **très forte cohérence** entre, d'une part, les données de nature comptable du DCIR et, d'autre part, les comptes annuels établis par les régimes d'AMO.

Schéma 5 Circuit simplifié des flux de liquidation des caisses d'assurance maladie obligatoire



Source > Drees, comptes de la santé.

Les données de nature comptable du DCIR sont mises à disposition dans une table nommée *er_cpt_f* que l'on peut joindre ligne à ligne avec les autres tables du DCIR (typiquement *er_prs_f*, voir *supra*). La table *er_cpt_f* indique pour chaque ligne le poste comptable du PCUOSS auquel le montant a été imputé au moment de la liquidation. Elle constitue un pont idéal entre données informationnelles et données comptables. C'est elle qui permet de réaligner le calage comptable dans de bonnes conditions : les requêtes de microfondation des CNS utilisent les montants des tables *er_prs_f* et *er_aro_f*, et on sait dans quel compte ils ont été rattachés comptablement.

Les comptes annuels s'écartent des flux de données comptables du DCIR dans trois principaux cas.

- Premièrement, il peut s'agir de saisies manuelles au cas par cas dans le logiciel de gestion comptable après la liquidation, pour corriger des erreurs de liquidation. Ce cas est très rare et non traçable.
- Le deuxième cas est plus courant et se produit si la stratégie d'imputation comptable des prestations change en cours d'année. Un type de prestation peut avoir été imputée ou comptabilisé dans un compte C en début d'année, puis à un autre compte C' à partir d'un certain moment. Dans ce cas, à l'arrêté des comptes, les mouvements comptables de l'ensemble de l'année seront reclassés avec la stratégie finale, afin que les TCDC soient établis à méthodologie constante sur l'année. Ce reclassement dans C' se verra donc uniquement dans les comptes annuels. Comme le DCIR n'est pas modifié a posteriori, les flux du DCIR du début de l'année conserveront l'enregistrement comptable du moment de la liquidation (c'est-à-dire C).
- Le troisième cas se produit chaque année, car il s'inscrit dans le fonctionnement habituel des régimes d'AMO. Pour diverses raisons, l'Assurance maladie verse directement des rémunérations aux professionnels et aux établissements de santé : c'est le cas par exemple des indemnisations pour la permanence des soins ou des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP). Or, en flux, ces rémunérations sont versées par les caisses du **régime général pour le compte des autres régimes** ; en fin d'année, ces derniers reversent les montants au régime général à l'issue des opérations d'arrêté des comptes (Caisse nationale de l'Assurance maladie, 2024, partie 5.2.1). Dans les flux du DCIR (table *er_cpt_f*), ces opérations apparaissent de la manière dont elles ont été traitées à la liquidation : le financeur est le régime général, le poste comptable est un *compte de tiers* commençant par 4511 (par exemple, 451126672 pour les ROSP des pharmaciens). Dans les TCDC, en revanche, ces opérations sont reclassées en tenant comptes des reversements entre régimes : on les retrouve donc dans les comptes annuels en tant que charges pour l'ensemble des régimes (et pas uniquement le régime général). Ces rémunérations apparaissent alors dans les comptes de charges¹⁴ réservés aux prestations (par exemple, le compte 6561111385 pour les ROSP des pharmaciens). La Drees, dans sa stratégie de calage des données des comptes nationaux de la santé, a développé un module effectuant ces reclassements à partir du DCIR, pour que ces données soient comparables à celles des comptes annuels.

Deux logiques temporelles doivent être réconciliées

L'opération de calage consiste à comparer deux tableaux : celui des montants par poste comptable dans les comptes annuels¹⁵ et celui des montants par poste comptable dans l'hypercube extrait du DCIR. Les coefficients de calage sont calculés comme le ratio des deux montants, par poste. Cette opération doit être effectuée pour chaque année considérée ce qui soulève alors des sujets ayant trait à la **temporalité**. Deux logiques différentes de regroupement par année doivent être réconciliées.

¹⁴ Dont le numéro débute par '6'. Les comptes de tiers ont un numéro commençant par '4'.

¹⁵ Les tableaux de comptes annuels mobilisés pour le calage sont, principalement, les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC). Le compte annuel de la C2S (dit « balance MF6 ») est également utilisé pour caler les montants de C2S. Dans l'édition 2024 des comptes présentée dans ce *Drees Méthodes*, le compte annuel de l'aide médicale d'État (AME) n'est pas utilisé, donc les montants d'AME ne sont pas calés.

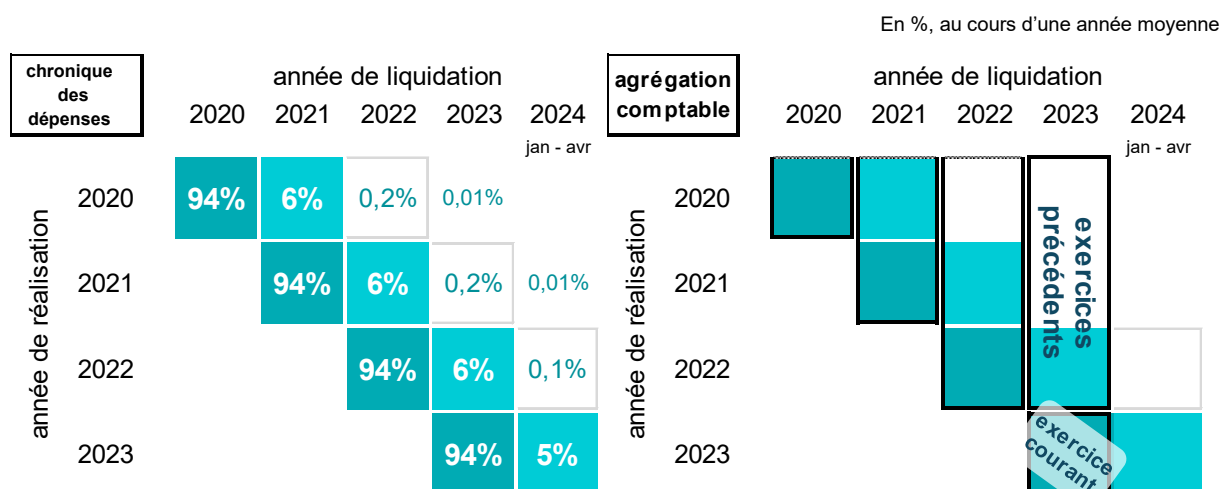
C'est la **logique de droits constatés** qui préside à l'élaboration des comptes nationaux de la santé. Les comptes « de l'année N » sont afférents aux dépenses dont le fait générateur est survenu l'année N. C'est donc selon **l'année de réalisation** et non celle de liquidation que les dépenses doivent être agrégées.

Or, c'est la **date de liquidation** qui rattache un montant à un millésime des comptes annuels : les tableaux comptables datés « de l'année N » sont afférents aux dépenses *liquidées* par les caisses pendant cette année. Le pont permettant de faire le lien avec la logique de droits constatés est la distinction par exercice. Le PCUOSS distingue pour chaque poste comptable les montants de l'*exercice courant* (liquidés l'année de réalisation, en moyenne 94 % des montants) de ceux des *exercices précédents* (liquidés au titre d'années précédentes, en moyenne 6 % des montants). Les montants d'*exercices précédents* sont, pour plus de trois quarts, des dépenses classiques de soins et biens médicaux remboursées de façon différée, typiquement réalisées en novembre ou décembre. Mais il s'agit aussi, pour un quart, de rémunérations aux professionnels et aux établissements acquittées après un délai. Certaines sont versées à l'année échue (principalement les rémunérations sur objectifs, versées au printemps de l'année N+1, ou, sur les années récentes, la restitution des crédits du gel prudentiel aux établissements de santé privés). D'autres le sont au trimestre échu (principalement le forfait patientèle médecin traitant), le quatrième versement étant donc versé l'année suivante.

Le schéma 6 croise année de réalisation et année de liquidation¹⁶, en donnant un ordre de grandeurs du pourcentage des dépenses annuelles : 94 % des dépenses sont liquidées lors de l'année de leur réalisation. La logique de groupement des dépenses des comptes nationaux de la santé est horizontale : l'agrégation en millésimes découle des dates de réalisation. La logique de groupement des comptes annuels est quant à elle verticale : l'agrégation en millésimes découle des dates de liquidation.

Ce schéma est basé sur l'édition 2024 des comptes. L'extraction de l'hypercube dans le DCIR a eu lieu mi-mai 2024 ; les liquidations jusqu'à avril 2024 inclus ont été incluses dans les données, pour l'ensemble des années de soins. Le millésime 2021 des comptes de la santé a été constitué des flux de liquidation de janvier 2021 à avril 2024, soit un champ considéré comme complet (les liquidations postérieures à avril 2024 pour une réalisation en 2021, soit plus de 2 ans après réalisation, sont négligeables). Pour le millésime 2022, le champ est *presque* complet. Pour le millésime 2023, c'est plutôt un centième des dépenses qui manquent, soit un écart en niveau non négligeable.

Schéma 6 Chronologie des dépenses de santé selon l'année de réalisation et l'année de liquidation



Lecture > Parmi les remboursements de l'AMO pour des soins réalisés en 2020, 94 % sont liquidés la même année. 6 % sont liquidés l'année suivante (2021). 0,2 % sont liquidés l'année N+2 (2022) et 0,01 % l'année N+3 (2023). Dans ce schéma, ces pourcentages servent à donner un ordre de grandeur : en réalité, ils varient autour de la valeur moyenne ici indiquée.

Source > Drees, comptes de la santé.

Les comptes nationaux de la santé d'un millésime N sont calés sur deux agrégats comptables :

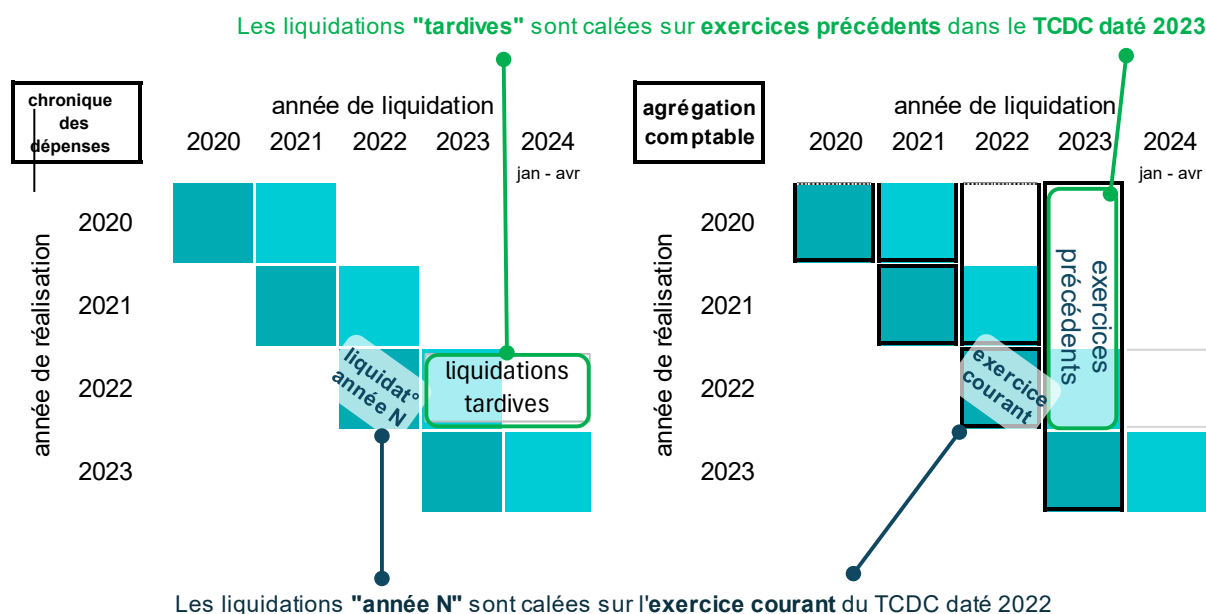
- Les dépenses réalisées et liquidées lors de l'année N sont calées sur l'exercice courant des comptes annuels datés N.
- Les dépenses réalisées en année N mais liquidées lors de l'année N+1 et suivantes sont calées sur l'agrégat « exercices précédents » des comptes annuels datés N+1.

¹⁶ Les pourcentages indiqués sont standardisés, c'est-à-dire qu'ils sont calculés sur une année moyenne. Ils servent à donner une idée des ordres de grandeurs structurels, indépendamment des variations conjoncturelles.

En application de ces principes, les traitements suivants ont été mis en œuvre pour l'édition 2024 des comptes :

- Pour les dépenses réalisées durant l'année 2021 : les dépenses liquidées en 2021 sont calées sur l'exercice courant des comptes annuels 2021. Les dépenses liquidées à partir de 2022 sont calées sur les exercices précédents des comptes annuels 2022, ce qui correspond à une approximation (les dépenses de 2021 liquidées à partir de 2023 sont calées sur les dépenses de 2020 et antérieures liquidées en 2022 – dans les deux cas, il s'agit du montant de dépenses liquidées avec 2 années de délai ou plus).
- Pour les dépenses réalisées l'année 2022 : les dépenses liquidées en 2022 sont calées sur l'exercice courant des comptes annuels 2022. Les dépenses liquidées à partir de 2023 (liquidations « tardives ») sont calées sur les exercices précédents des comptes annuels 2023, ce qui correspond à une approximation (*schéma 7*) car, en quelque sorte, les dépenses de 2022 liquidées de janvier à avril 2024 sont calées sur les dépenses de 2021 et antérieures liquidées en 2023. En théorie, ce calage réhausse le niveau car les données comptables sont complètes, tandis que les extractions tronquées à fin avril 2024 laissent de côté quelques dépenses liquidées très tardivement.
- La dernière année, 2023 pour l'édition 2024 des comptes, est particulière car elle fait intervenir les provisions comptables. Comme les autres millésimes, les dépenses liquidées en 2023 sont calées sur l'exercice courant des comptes annuels 2023. Mais les dépenses liquidées de janvier à avril 2024 sont calées sur les **provisions des comptes annuels 2023**, en guise d'approximation des futures dépenses liquidées à partir de 2024. En théorie, ce calage réhausse le niveau des comptes, car les données comptables sont complètes, tandis que les extractions tronquées à fin avril 2024 ne peuvent prendre en compte les dépenses liquidées à partir de mai 2024.

Schéma 7 Calage comptable sur l'année 2022 (édition 2024)



Source > Drees, comptes de la santé.

Les coefficients de calage sont calculés comme le ratio des deux montants (statistique et comptable), par poste PCUOSS. En pratique, cela représente une centaine de coefficients pour chaque année. Le calage se traduit par **l'ajout de lignes dans l'hypercube**. Il s'agit, sur le fond, de multiplier l'ensemble des lignes d'hypercube rattachées à un poste comptable par le coefficient correspondant mais cette opération est réalisée par ajout de lignes, pour assurer la traçabilité des opérations et conserver dans les données le montant brut avant calage. Par exemple, si le coefficient de calage d'une ligne de l'hypercube est de 1,015, soit une correction de +1,5 %, une nouvelle ligne identique (dont les axes d'analyse F01, N02, etc. sont identiques) est ajoutée avec l'axe M08 renseigné à 'CALA' et avec comme montant celui de la ligne à caler multiplié par 0,015 (*schéma 8*).

Schéma 8 Calage comptable par ajout de lignes dans l'hypercube

AXES D'ANALYSE								VALEURS
Dates (D)	Métadonnées (M)		Financement (F)		Nature de l'acte (N)	Profession (P)	Comptabilité (C)	
année D01	version M01	source M08	financier F01	partie de la dépense F02	nature de l'acte N02	profession P01	poste C01	Montant
2021	2024.3	DCIR	F141	F111	N1131100	M30815	131	1560724,22
2021	2024.3	DCIR	F141	F111	N1131100	M30911	131	435171,44
2021	2024.3	DCIR	F141	F210	N1131100	M30815	131	2860,2
2021	2024.3	DCIR	F141	F210	N1131100	M30911	131	901,6
2021	2024.3	CALA	F141	F111	N1131100	M30815	131	15607,24
2021	2024.3	CALA	F141	F111	N1131100	M30911	131	4351,71
2021	2024.3	CALA	F141	F210	N1131100	M30815	131	28,60
2021	2024.3	CALA	F141	F210	N1131100	M30911	131	9,02

Lecture > Le coefficient appliqué pour le poste comptable 131 est 1,01. Les quatre premières lignes sont celles présentes avant calage. Les quatre suivantes sont ajoutées pour réaliser le calage (valeur de la variable M08 « CALA »). Leur montant est égal à 0,01 fois le montant des lignes initiales. Le total des lignes, après calage, est 1,01 fois celui avant calage.

Source > Drees, comptes de la santé.

Dans l'état actuel du projet, le calage est effectué à un **niveau tous régimes** (les régimes sont globalisés). Ce choix est induit par des limitations techniques, car la distinction entre régimes est mal connue pour certains postes (plus précisément, pour les rémunérations versées par le régime général pour le compte des autres régimes, un sujet décrit plus haut). Méthodologiquement, il aurait été préférable de redresser séparément les dépenses du régime général et des régimes spéciaux ayant le même système d'information (régimes en norme NEC, qui représentent 94 % des financements des APU) et celles du régime agricole et des régimes spéciaux ayant le même système d'information (régimes en norme NTEIR, qui représentent 6 % des financements des APU). Par exemple, pour l'année 2022, le taux de redressement serait de +0,04 % les régimes en norme NEC, qui assurent un très faible écart entre données statistiques et comptes annuels. Il serait de +3,0 % pour les régimes en norme NTEIR, pour lesquels cet écart est nettement plus conséquent et nécessite un plus fort redressement.

Par ailleurs, le niveau de finesse des postes comptables est ajusté aux besoins des comptes nationaux de la santé : le calage globalise les différentes branches et risques gérés par les caisses d'AMO (maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles). Autrement dit, les coefficients de calage ne sont pas calculés par poste précis, mais **poste comptable inter-branches inter-risques**. Ce terme est propre aux CNS et est explicité en annexe 2.

S'agissant de la part des dépenses financées par les ménages, aucune donnée équivalente n'est disponible. Les financements des ménages sont toutefois aussi calés avec les mêmes coefficients que pour les financements de l'AMO. Appliquer des coefficients de calage identiques permet de conserver la répartition des coûts entre les deux principaux financeurs. De plus, cette opération revient à faire l'hypothèse qu'une part identique de dépenses (AMO ou ménages) est manquante dans les bases détaillées. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que la source de données est identique. En effet, les montants de ticket modérateur, de dépassements et de participations forfaitaires se trouvent dans les mêmes bases de données que les financements AMO.

Le calage induit nécessairement des révisions des comptes, dans les éditions ultérieures des comptes (et surtout lors de la première édition suivante), lorsque les provisions comptables sont remplacées par les dépenses effectivement constatées.

Le taux de redressement est plus élevé pour la dernière année que pour les années antérieures

Les montants obtenus par requêtage dans le DCIR sont inférieurs, mais **très proches des masses comptables**. Ainsi, dans l'édition 2024 des comptes, le calage comptable rehausse la CSBM de 0,3 milliard d'euros sur 2021, de 0,4 milliard sur 2022 et de 1,9 milliard sur 2023 (*tableau 5*). Le taux de redressement est ainsi de +0,2 % sur l'année N-2, +0,3 % sur l'année N-1 et +1,3 % sur l'année la plus récente¹⁷.

Sur la dernière année produite, l'effet est plus important en raison de la **consolidation incomplète des données**. Le fait d'extraire les données 2023 à fin avril 2024 exclut quelques remboursements tardifs de soins et biens médicaux aux ménages, mais surtout certaines rémunérations directes aux établissements et professionnels de santé (voir *supra*). Cette exclusion est corrigée par le calage, puisque ce dernier prend en compte les provisions comptables au titre des exercices suivants (les montants comptables sont donc en équivalent « année complète »). Pour 2023, le montant de rémunérations directes ainsi exclues par l'extraction en avril 2024 est estimé à 1,3 milliard d'euros : ces rémunérations sont donc prépondérantes dans le montant ajouté par calage sur les financements des APU (1,6 milliard d'euros). Elles sont hors champ du financement par les ménages, ce qui explique que le taux de redressement sur la CSBM financée par les ménages soit plus limité (+1,0 % soit + 0,3 milliard d'euros).

¹⁷ Dans l'édition 2024, le taux de redressement appliqué était de +2,7 % au lieu de 1,3 %, mais ce taux plus élevé était erroné. Un problème d'alimentation des flux de la table *er_cpt_f* sur 2023 n'avait pas été identifié par la Drees. Les montants par poste comptable dans les flux du DCIR étaient ainsi sous-estimés, ce qui induisait une surestimation de l'écart entre flux et comptes annuels.

Tableau 5 Montants ajoutés à la CSBM par le calage comptable, selon l'année, dans l'édition 2024

En milliards d'euros

		En 2021	En 2022	En 2023
Financement des APU	Montant obtenu par requêtage	101,1	104,9	107,8
	Montant ajouté par calage	+0,2	+0,3	+1,6
	Montant après calage	101,3	105,2	109,4
	Taux de redressement	+0,2%	+0,3%	+1,5%
Financement des ménages	Montant obtenu par requêtage	33,4	34,0	35,6
	Montant ajouté par calage	+0,1	+0,1	+0,3
	Montant après calage	33,4	34,2	35,9
	Taux de redressement	+0,2%	+0,3%	+1,0%
CSBM	Montant obtenu par requêtage	134,4	139,0	143,4
	Montant ajouté par calage	+0,3	+0,4	+1,9
	Montant après calage	134,7	139,4	145,3
	Taux de redressement	+0,2%	+0,3%	+1,3%

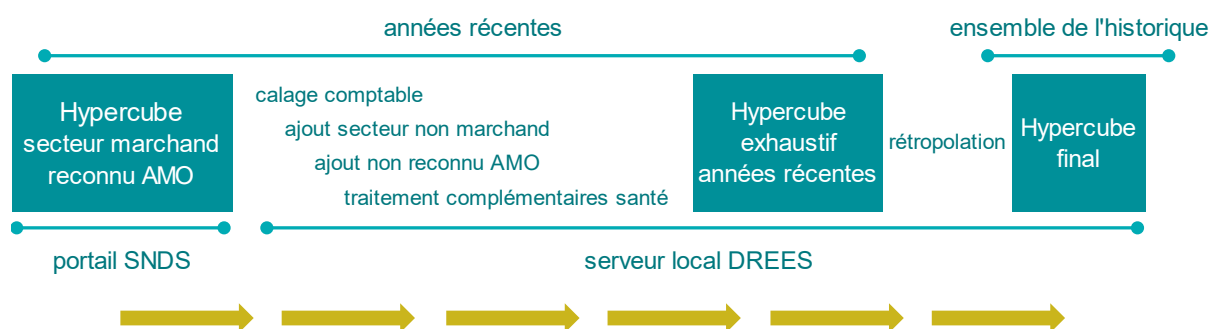
Source > Drees, comptes de la santé.

Le code est ouvert et programmé en R

Le code du projet est ouvert et **diffusé sur le dépôt public de la Drees** (git.drees.fr/drees_code_public/outils). Ce corpus de programmes produit l'ensemble des comptes (*schéma 9*), au-delà de la partie microfondée. Une première version de l'hypercube de données agrégées est produite sur le portail du SNDS de la CNAM, puis exporté sur les serveurs locaux de la Drees. Il porte sur les années récentes (2021 à 2023 pour l'édition 2024). En local, il est complété de nouvelles lignes qui réalisent le calage comptable, l'ajout des champs manquants (CSBM non marchande et CSBM non reconnue par l'AMO) et le traitement des données des complémentaires santé. La version finale de l'hypercube est obtenue grâce à une rétopolation de l'historique des comptes (voir *infra*) et porte sur un plus grand nombre d'années (2010 à 2023 dans l'édition 2024). Cet hypercube final est requêté pour la production des tableaux et graphiques du anorama des comptes de la santé.

Pour les années 2020 et avant, l'hypercube contient moins de détails que pour les années 2021 et suivantes, construites directement à partir du SNDS.

Schéma 9 Grandes étapes de la production d'un compte annuel



Source > Drees, comptes de la santé.

CSBM marchande reconnue par l'AMO : une requête dans le DCIR produit un premier hypercube

Les requêtes dans le DCIR sont programmées en langage R sur le portail SNDS avec l'environnement de programmation RStudio. Comme le DCIR est stocké sous forme de tables Oracle, il doit être interrogé avec le langage SQL ; l'interaction avec le serveur Oracle depuis RStudio est gérée par les packages *odbc* et *DBI* et le package *dbplyr* permet de traduire des requêtes écrites en R en SQL pour Oracle.

Le traitement d'un mois de flux de liquidation prend deux fois de 3 à 4 heures¹⁸. Pour la production d'un millésime, un grand nombre de mois de flux est nécessaire, ce qui requiert un **temps de traitement important**. Par exemple, les données de l'édition 2024 sont extraites avec les flux de liquidation jusqu'à fin avril 2024, quel que soit le millésime. Le millésime 2023 est ainsi extrait avec 16 mois de flux (janvier 2023 à avril 2024¹⁹), avec une volumétrie décroissante à partir du 13^e mois (liquidations tardives de soins et biens de l'année 2023). Le millésime 2022 est extrait avec 28 mois de flux (janvier 2022 à avril 2024) et le millésime 2021 avec 40 ; là aussi les volumétries et les temps de traitement très diminués à partir du 13^e mois.

Le DCIR est structuré comme un ensemble de tables *lignes x colonnes*, qui peuvent être reliées par une clef de jointure. Comme indiqué plus haut, une ligne correspond schématiquement à un mouvement financier des caisses d'AMO. Une même « ligne », identifiée par sa valeur de la clef de jointure, peut se retrouver dans plusieurs tables qui donnent chacune un type d'information précis. La table centrale, nommée *er_prs_f*, est aussi la principale utilisée par les comptes de la santé. Elle regroupe des informations de plusieurs natures (*schéma 10*) :

- Un grand nombre de variables **descriptives** du patient et du professionnel ou de l'établissement. Sur certains champs, *er_prs_f* doit toutefois être jointe avec d'autres tables du DCIR pour avoir davantage de détail : par exemple, pour distinguer les vaccins des autres médicaments, il est nécessaire de faire une jointure avec la table spécialisée sur la pharmacie.
- Le montant du principal versement de l'AMO, à savoir celui lié à la réglementation **commune à l'ensemble des assurés**. La grande majorité des financements des APU est incluse dans cette catégorie, notamment les remboursements de soins et biens médicaux aux taux légaux (60 % du coût des pansements par exemple) ou à 100 % dans les cas d'exonération de ticket modérateur (comme le dispositif ALD, par exemple).
- Les montants de la BRSS, du taux de remboursement, des dépassements et des participations forfaitaires éventuels. Plus généralement, la table fournit les composantes du **coût** du soin ou bien médical, qui correspond à la CSBM telle qu'elle est comptabilisée par les CNS.

Schéma 10 Résumé du contenu de la table principale du DCIR

Table principale <i>er_prs_f</i>
• versements de l'AMO (<i>droits communs</i>)
• coût des soins et biens médicaux
• description des soins et biens médicaux (dates, lieux, professionnel, âge du patient...)

Source > Drees, comptes de la santé.

Pour avoir une vision complète des dépenses des APU, il faut compléter les versements de l'AMO de la table *er_prs_f* par les versements supplémentaires financés par des dispositions spécifiques, **non communes à l'ensemble des assurés**. Ces dispositions sont des dispositifs de solidarité (C2S, AME, etc.), des réglementations locales (régime local d'Alsace-Moselle, dispositions spécifiques à Mayotte) ou des garanties de régimes particuliers (régime minier, des clercs et employés de notaire, notamment).

Les données du DCIR sont ensuite complétées par l'ajout de colonnes pour les futurs axes de l'hypercube. Ces axes visent notamment à traduire les informations contenues dans le DCIR dans une nomenclature adaptée à la production des comptes de la santé. Le calcul de ces axes²⁰ est réalisé par jointure avec des « tables de calcul » dédiées. Ces tables indiquent, pour chaque combinaison de valeurs de colonnes du DCIR, le poste à affecter dans la nomenclature (*schéma 11*). Ainsi, une opération combinant la spécialité médicale codée '0' (pour la variable PSE_SPE_COD) et la nature d'activité '19' (pour la variable PSE_ACT_NAT) sera associée au code profession PD1019 pour les comptes de la santé (axe P01) correspondant à la chirurgie dentaire sans spécialisation. Si la nature d'activité avait été codé '53' (variable PSE_ACT_NAT), le code profession correspondant aurait alors été PD10253, correspondant à la chirurgie dentaire spécialisée en chirurgie orale.

¹⁸ Chaque extraction porte sur la moitié des caisses d'AMO. Cette façon de scinder le champ France entière en deux moitiés permet de limiter les temps d'exécution (on préfère lancer deux fois un traitement deux fois plus court). Les deux moitiés sont combinées *a posteriori*.

¹⁹ La variable technique FLX_DIS_DTD prenant des valeurs du 1^{er} février 2023 au 1^{er} mai 2024.

²⁰ C'est-à-dire la détermination de leur valeur : le « calcul » n'est pas numérique.

Schéma 11 Exemple de table de calcul d'un axe

VARIABLES EN ENTREE (variables natives DCIR ou variables intermédiaires calculées)			VALEUR DE L'AXE (nomenclature P01)	
Spécialité médicale PSE_SPE_COD	Nature activité PSE_ACT_NAT	Indicatrice Véhicules sanitaires légers VSL_VEH_CNS	Code	Libellé
0	19	0	PD10119	Chirurgie dentaire sans spé.
0	53	0	PD10253	Chirurgie dentaire (C.O.)
0	54	0	PD10354	Chirurgie dentaire (M.B.D.)
36	0	0	PD20136	Chirurgie dentaire (O.D.F.)
0	55	0	PT10155	Ambulances
0	55	1	PT30155	Véhicules sanitaires légers

Lecture > Les dépenses de santé trouvées dans le DCIR avec les variables PSE_SPE_COD, PSE_ACT_NAT et VSL_VEH_CNS valorisées à respectivement 0, 55 et 1 sont réalisées par un professionnel non-médecin (PSE_SPE_COD = 0), par une société de transports sanitaires (PSE_ACT_NAT == 55) avec un véhicule sanitaire léger (VSL_VEH_CNS = 1). Elles sont classées dans le poste PT30155 de la nomenclature P01.

Source > Drees, comptes de la santé.

Le traitement dans le DCIR est conçu selon des besoins statistiques, mais dans les faits séquencé selon des contraintes informatiques

Les paragraphes qui suivent décrivent les principales étapes du traitement ; ils pourront surtout intéresser les utilisateurs du SNDS.

Les opérations réalisées sont les suivantes :

- Extraire dans *er_prs_f* le coût des soins et biens médicaux du périmètre des CNS : un filtre initial exclut par exemple les frais pour chambre particulière, qui peuvent se retrouver dans les flux du DCIR mais ne relèvent pas de la CSBM. Cette étape indique le niveau de CSBM, puisqu'elle est égale au coût payé par les financeurs aux professionnels et établissements de santé. La CSBM est définie comme un ensemble de natures de prestation. Dans l'ancien processus, elle était définie comme un ensemble de postes comptables. Ce changement est surtout technique et n'induit qu'une révision négligeable des estimations du niveau de la CSBM.
- Utiliser les tables *er_prs_f* et *er_aro_f* pour connaître la part financée par les APU en application de la réglementation commune aux assurés (*er_prs_f*) et spécifiques à certains d'entre eux (*er_aro_f*). Le financement des ménages est calculé par différence, comme le complémentaire du financement des APU, la somme étant la CSBM.
- Ajouter les axes, par jointure avec leurs tables de calcul.
- Créer l'hypercube par sommation des montants selon les combinaisons des axes. Autrement dit, en langage SQL, appliquer une *sum()* avec un *group_by()* sur l'ensemble des axes.

Pour des raisons d'optimisation informatique, ce traitement n'est pas séquentiellement réalisé selon ces quatre étapes. Au vu des temps de traitement, il est impératif de réduire le nombre de balayages des tables et de jointures entre elles ; cela impose de chercher les données utiles à plusieurs étapes au cours d'une unique opération. Il s'agit aussi de réaliser le maximum d'opérations sur des données « natives », c'est-à-dire les moins transformées possible, ce qui optimise significativement les temps d'exécution²¹.

Le traitement est donc programmé en **trois principales étapes** (schéma 12).

- 1) Une table intermédiaire (nommée *seg_info*) est écrite « en dur » sur le serveur Oracle. Elle est destinée à être utilisée deux fois en aval, pour les étapes 2) et 3). La table *seg_info* a autant de lignes que la table *er_prs_f*, donc le niveau de détail maximal. Elle contient les variables qui sont à la fois utiles aux étapes 2) et 3), principalement :

- des axes dits *descriptifs* (axes ni financiers ni comptables, c'est-à-dire axes de dates, de lieux, de patients, de professionnels, etc.) ;
- les financements des APU présents dans la table *er_prs_f*.

Cette étape réalise la partie la plus lourde du traitement, raison pour laquelle il est avantageux d'écrire la table en résultat en dur pour l'utiliser deux fois en aval. Elle réalise la majorité des calculs : filtrage des lignes pour travailler sur le bon périmètre, correctifs, calcul de variables intermédiaires, première gestion des montants de CSBM, jointures avec les tables détaillées du DCIR (table détaillée sur la pharmacie, etc.) et avec les tables de calcul des axes dits *descriptifs*.

- 2) Un hypercube principal est créé pour refléter la CSBM par poste, et la décomposition APU/ménages découlant de la réglementation **commune à l'ensemble des assurés** (versements des caisses d'AMO présents dans la table *er_prs_f*). La table *seg_info* est mobilisée pour les valeurs des axes *descriptifs* et pour ses variables intermédiaires utiles aux calculs des axes financiers.

²¹ Concernant en particulier les variables utilisées dans les filtres (sélection de lignes, équivalent de l'instruction SQL *where*) et comme clefs dans les jointures entre tables (équivalent de l'instruction SQL *join ... on*)

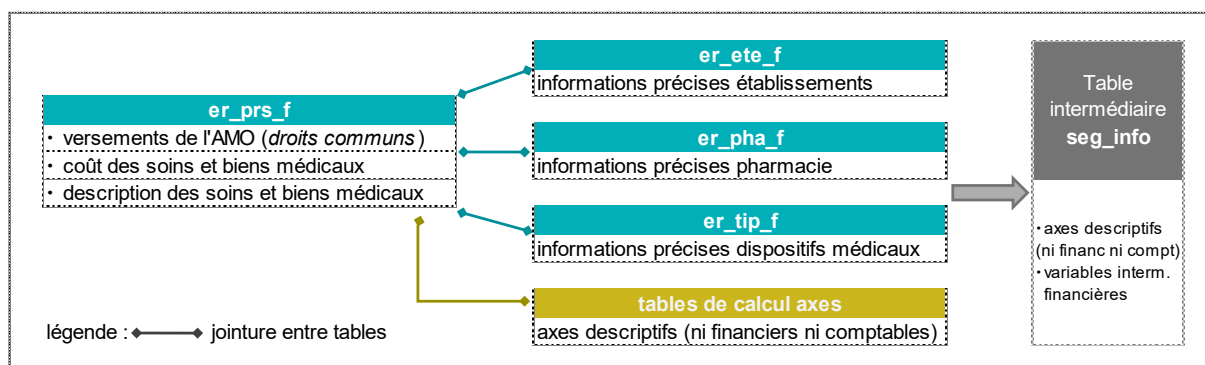
3) Un hypercube supplémentaire est créé pour refléter le changement de décomposition APU/ménages découlant de la réglementation **non commune à l'ensemble des assurés** (versements présents dans la table *er_aro_f*). La somme des montants de cet hypercube est nulle : il retrace l'augmentation du financement des APU liée à ces versements supplémentaires, et la baisse concomitante de celui des ménages²². La table *seg_info* est mobilisée pour les valeurs des axes dits *descriptifs* et pour ses variables intermédiaires utiles aux calculs des axes financiers.

Le travail le plus compliqué consiste en la séparation des montants selon les deux principaux **financeurs** (APU et ménages) et selon la **partie de la dépense** (part légale, ticket modérateur légal, dépassement et participations forfaitaires des assurés, [encadré 1]). Cette complexité est d'abord liée à la multiplicité des cas possibles, qui n'est pas directement lisible dans les tables du DCIR et doit être mise à plat pour les CNS : par exemple, les dépassements sont soit financés par les ménages (cas général), soit par les APU (divers cas, notamment sur les soins des victimes d'actes de terrorisme). De plus, certains cas particuliers rajoutent de la complexité car les montants ne sont intégrés dans les bases de données (placement en lignes et en colonnes) selon les mêmes concepts que pour les autres dépenses. Il s'agit principalement des majorations de ticket modérateur hors parcours de soins, des tickets modérateurs forfaitaires de 24 euros, des forfaits journaliers hospitaliers et des forfaits de remboursement de la C2S.

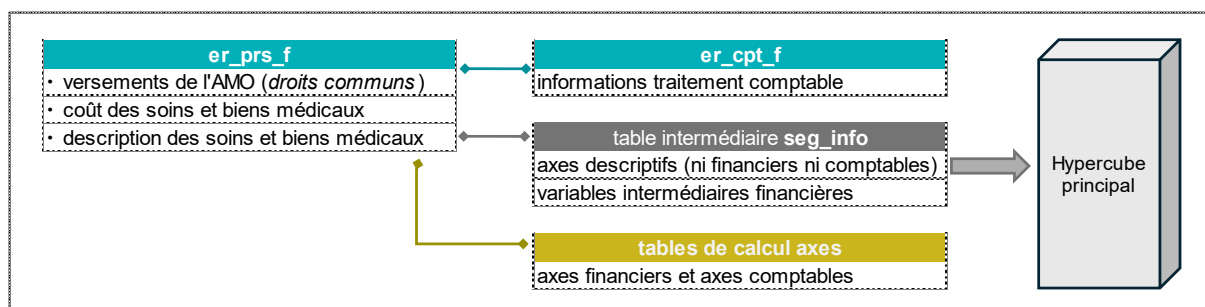
²² Si la table *er_aro_f* indique que la C2S a financé pour 10 euros d'un poste de dépenses, cela modifie le financement APU indiqué dans l'hypercube principal de +10 euros et le financement ménages indiqué dans l'hypercube principal de -10 euros. En effet, l'hypercube principal est hors C2S et indique donc un financement APU sous-estimé et un financement ménages surestimé.

Schéma 12 Principales étapes de calcul d'un hypercube

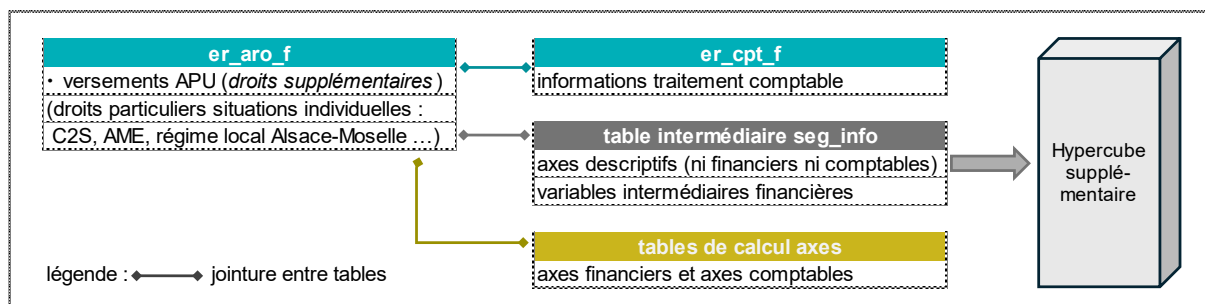
Étape de calcul des axes descriptifs (ni financiers et ni comptables) et création de la table intermédiaire *seg_info*



Étape de création de l'hypercube principal



Étape de création de l'hypercube supplémentaire



Étape empilement des deux hypercubes



Source > Drees, comptes de la santé.

CSBM non marchande : par cohérence, la production est également intégrée dans l'hypercube

Les productions de la CSBM non marchande et de la CSBM marchande non reconnue de l'AMO, bien que non microfondées, sont modifiées par effet de bord. C'est un besoin de cohérence avec la CSBM marchande qui explique les deux principaux changements :

- Un changement de **logiciel de programmation**, par le passage de SAS à R. Cela permet que l'ensemble des traitements des comptes de la santé soient réalisés avec R.
- Un changement de format des données, pour les intégrer dans l'**hypercube**. Un hypercube unique doit réunir l'ensemble des comptes de la santé pour chaque édition, soit un format de données unique sur l'ensemble du champ. L'homogénéité du format permet de produire simplement les tableaux restitués sur l'ensemble de la CSBM sans avoir à combiner plusieurs tables de données avec des formats différents. Les nomenclatures sont transverses à l'ensemble de la CSBM et de la DCSi, et non restreintes aux données microfondées.

Ces changements sont de « forme » et n'occasionnent aucune révision des chiffres, les concepts et méthodes de calcul étant inchangés.

Sur les serveurs locaux de la Drees, l'hypercube issu du DCIR est complété de lignes supplémentaires pour ces champs de dépenses qui échappent au SNDS (*schéma 9*), comme les dépenses non remboursables. C'est aussi à cette étape que sont ajoutées certaines dépenses de l'AMO qui figurent dans les tableaux de comptes annuels des régimes mais ne passent pas par le SNDS (prises en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, remises conventionnelles de l'industrie pharmaceutique principalement).

■ LE PROJET PERMET UN GAIN D'INFORMATION ET DE MAÎTRISE

La microfondation rationalise aussi la production des comptes

La microfondation apporte un gain sur la qualité et sur la richesse de l'information statistique produite, mais rationalise également aussi le processus de production des comptes.

Elle permet un gain sur les plans suivants :

■ Le calendrier de production

Les intrants de l'ancien processus de production étaient des tableaux fournis par des partenaires, et plusieurs d'entre eux étaient réceptionnés en juin ou début juillet de l'année N+1 (N étant le dernier millésime). Cet envoi intervient tardivement car les comptes sont bouclés en juillet pour une parution en septembre.

Le nouveau processus continue à utiliser des données de partenaires, sur la partie qui n'est pas microfondée. Mais les tableaux sur la CSBM marchande reconnue par l'AMO ne sont plus nécessaires, ce qui lève la contrainte de leur date de réception. Les extractions dans le SNDS, pour les remplacer, peuvent avoir lieu à partir de mai.

■ L'autonomie vis-à-vis des partenaires pour la même raison (un grand nombre de tableaux ne sont plus nécessaires).

Cela correspond aussi à une réduction de la contrainte pour les partenaires eux-mêmes ; ceci même si la plupart de ces tableaux continuent à être réceptionnés à titre d'information, de comparaison et de contrôle.

■ La charge représentée par les coproductions des CNS.

En effet, les comptes ne sont pas uniquement publiés sous leur forme principale (dans la collection Panoramas de la Drees) mais également sous une forme alternative, principalement pour deux partenaires institutionnels. Ces deux coproductions sont :

- les données alimentant le système statistique *Health care expenditure*²³ du *System of health accounts* (SHA) pour Eurostat ;
- les données sur la consommation de santé des administrations publiques et des ménages pour les comptes nationaux de l'Insee (en trois versions chaque année : provisoire, semi-définitive et définitive).

Elles sont basées sur les données des CNS, mais avec un retravail pour s'adapter à des concepts différents des comptes principaux. Le périmètre du système statistique *Health care expenditure* est la DCSi ; les dépenses sont déclinées selon des classifications spécifiques (principalement selon les nomenclatures HC, HP et HF du *System of health accounts* [OCDE, 2011]), ce qui nécessite de recomposer les postes des CNS. La microfondation des comptes facilite cette reconstitution : les données détaillées peuvent s'agréger non seulement selon les postes du Panorama de la Drees, mais également selon les catégories du SHA.

Le périmètre des données pour le *cadre central des comptes nationaux* est proche de celui du secteur marchand, mais comporte plusieurs différences. Le cadre central produit par l'Insee est articulé autour d'une nomenclature spécifique à la comptabilité nationale²⁴, utilisée notamment pour les séries de consommation finale des ménages. Parmi les trois versions coproduites des comptes de la santé réalisées par la Drees (provisoire, semi-définitive et définitive), c'est pour la production du *compte provisoire*, que l'intérêt de la microfondation est particulièrement prononcé. Ce compte est produit tôt dans l'année (février N+1 pour le millésime N), à un moment où peu de données sont disponibles sur les dépenses de santé de l'année N. Avant la mise en œuvre de la microfondation, ce compte était produit en combinant des tableaux d'analyse conjoncturelle produits par des partenaires. Ces tableaux étaient uniquement utilisés pour ce compte provisoire : le compte semi-définitif produit plus tard dans l'année ne se basait pas sur leur actualisation, mais sur d'autres intrants reçus à partir de mars. La microfondation permet de produire le compte provisoire en mobilisant des sources et des programmes similaires à ceux des comptes semi-définitif et définitif. L'extraction a simplement lieu plus tôt dans l'année, soit une moindre consolidation en termes de mois de flux de liquidation (voir plus haut pour cette notion). Les trois versions des comptes sont ainsi produites avec un unique corpus de programmes, ce qui est un gain important de cohérence mais aussi de temps de travail (par une économie d'échelle, le même processus étant réalisé les trois fois).

■ La réponse aux demandes.

La nécessité de répondre à des demandes spécifiques à partir des comptes (zoom sur un champ spécifique ou une dimension en particulier) ou de chiffrages complémentaires a été intégrée dès la conception du projet de

²³ Ces données peuvent être consultées à l'url suivante : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview

²⁴ Cette nomenclature est fortement basée sur deux nomenclatures de l'Insee, la nomenclature d'activités française (NAF) et la classification des produits française (CPF).

microfondation des comptes. La réponse aux demandes est facilitée par la **modularité** des programmes (voir plus haut). Celle-ci permet d'adapter les axes d'analyse selon lesquelles les données sont déclinées. Autrement dit, les programmes peuvent produire des hypercubes selon des axes adaptés à un besoin, typiquement en ajoutant un axe d'analyse supplémentaire ou en se focalisant sur un champ précis de la CSBM. Par exemple, sur l'année 2023, des hypercubes spécifiques ont été produits sur les analyses biologiques, par financeur, et âge décennal et sexe des patients, pour répondre à une commande de l'inspection générale des affaires sociales. Ces dimensions ne sont pas présentes dans l'hypercube extrait en routine pour la production du Panorama de la Drees.

Plusieurs risques et coûts, principalement liés à la complexité des données

Les codifications de l'AMO évoluent chaque année

La contrepartie de la microfondation a trait à la complexité des données utilisées. L'actualisation et la maintenance des programmes d'extraction d'hypercubes dans le DCIR a un **coût** et présentent le **risque d'erreurs** ou, au moins, d'imprécisions.

Le coût de **maintenance du projet** est surtout lié à l'évolution des données source : l'actualisation des codifications de l'Assurance maladie principalement, mais aussi des changements liés à des réformes tarifaires plus rarement. Le maintien des programmes des comptes de la santé nécessite de les actualiser chaque année pour tenir compte de leurs évolutions, sur l'ensemble des axes calculés. Autrement dit, il faut actualiser les tables de calcul des différents axes des hypercubes, en définissant dans quels postes classer les différents codes de l'AMO. Les natures de prestation (voir plus haut) constituent le gros du travail : définir leur inclusion dans la CSBM ou non, identifier leur taux de remboursement théorique, etc.

Par exemple, les codes identifiant les professions de santé dans le système d'information de l'AMO (21 pour les sages-femmes) ont évolué en 2023 pour intégrer les ergothérapeutes (code 87) qui ont été autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux. Par ailleurs, les codes de nature de prestation évoluent chaque année dans une large mesure : en fonction de l'évolution de la réglementation, de nouveaux codes sont créés et d'autres deviennent obsolètes, nécessitant une adaptation. En 2023, de nouvelles natures de prestations ont été créées, par exemple pour la prise en charge de la vaccination contre le papillomavirus (HP1 et HP2).

En revanche, le DCIR présente historiquement une grande stabilité sur le plan de la structure des données (nom des tables et de leurs colonnes, format des variables, etc.). Cela constitue un avantage important et évite d'avoir à adapter les chaînes de production à une nouvelle structure des données, ce qui peut être nécessaire pour la maintenance du projet.

En raison de la complexité des données du DCIR et surtout de la façon de les traiter, les sources d'**erreurs** ou d'imprécisions sont multiples, en particulier sur le calcul des montants et leur déclinaison par financeur. Les erreurs tiennent surtout à la mauvaise prise en compte de cas particuliers et aux « effets secondaires » imprévus d'évolutions des programmes (un élément de calcul est modifié volontairement au début du processus et a des effets non identifiés sur un autre calcul réalisé plus loin).

De rares problèmes d'alimentation des données peuvent aussi se produire et doivent être contrôlés.

Un échantillon au 1/50^e permet de fiabiliser les programmes

Pour maîtriser ces coûts et risques, la production de l'hypercube d'une édition se déroule en **deux phases** :

- Une phase de tests, où les programmes sont lancés sur l'échantillon au 1/50^e du DCIR mis à disposition par la CNAM. En plus de proposer des temps de réponse rapides, cet échantillon a l'avantage d'avoir la même structure que le DCIR exhaustif en termes de noms et de formats de données. Les programmes développés pour la production des comptes n'ont pas besoin d'être adaptés pour la réalisation de tests. Le seul désavantage de cet échantillon pour les CNS est qu'il exclut les rémunérations directes aux professionnels et aux établissements, se concentrant sur les remboursements aux ménages.
- Une phase d'extractions grandeur réelle sur la base exhaustive. Les extractions sont Cette phase prend plusieurs jours, vu le volume élevé de données extraites.

Une fois la phase d'extractions grandeur réelle terminée, les éventuelles erreurs et imprécisions détectées sont corrigées par « patch » : on ne corrige plus les programmes d'extractions, mais l'hypercube obtenu est modifié par ajout de lignes correctives (par exemple avec des montants négatifs si l'erreur est une surévaluation de certaines dépenses) ou plus rarement par remplacement de valeurs. Lors de l'édition 2024, huit patches ont ainsi été appliqués. Le traitement des masques respiratoires (masques chirurgicaux et autres) est un exemple de remplacement de valeurs à l'aide d'un patch. Ces dépenses ont dû être reclassées dans le poste *Prévention* en dehors du champ de la CSBM. Cette correction a été réalisée de façon exacte puisque ces dépenses de masques sont isolées au sein d'un poste bien distinct et donc isolées au sein de lignes d'hypercubes bien identifiées. Un exemple d'ajout de

lignes correctives est donné par les montants de la nature de prestation *Autres forfaits divers* (lettre-clef FS/SNS, code PS5 2339, voir *encadré 2*) qui recouvrent divers forfaits finançant notamment des séances de soins en établissements privés. Ces dépenses (0,3 milliard d'euros) étaient classées à tort hors CSBM - de façon globalisée avec d'autres prestations. Leur montant par année et par financeur a été calculé dans le DCIR, pour corriger l'hypercube avec une ligne retranchant leur montant des soins de longue durée et une autre l'ajoutant à la CSBM.

Quatre exemples d'amélioration des comptes de la santé

Cette partie présente 4 exemples d'enrichissements rendus possibles par la mise en œuvre du projet de microfondation, sur les 4 dimensions d'analyse fondamentales des comptes nationaux de la santé : lieu, nature, professionnel et financement. Ces exemples montrent des chiffres qui n'auraient pas pu être produits avec l'ancien processus de production en l'absence de détail disponible.

Le gain d'information se décline sur deux plans : **mieux comprendre** et **détailler**. Par « mieux comprendre », on entend une meilleure connaissance des comptes par la Drees en *interne*. Il devient en effet possible, pour approfondir la connaissance d'un poste de dépenses, de « zoomer » plus finement dans son contenu. Les producteurs des CNS ont une plus grande maîtrise des données manipulées, ce qui évite par exemple d'éventuelles erreurs de compréhension du champ de données externes. Par « mieux détailler », on entend de nouvelles possibilités de restitutions par la Drees en *externe*.

Mieux comprendre

Information sur les lieux : exemple des centres d'imagerie

Dans les tableaux disponibles par lieu, les **centres d'imagerie** étaient regroupés au sein de l'agrégat « établissements privés », ce qui ne permettait pas de les distinguer des autres établissements privés comme les cliniques de court séjour, les cliniques de soins médicaux et de réadaptation ou les centres de dialyse. La microfondation a permis de les isoler, et plus généralement de comprendre plus finement la composition de cet agrégat « établissements privés ».

Par ailleurs, les honoraires de médecins radiologues en centres d'imagerie étaient globalisés avec les honoraires des autres spécialités médicales dans les données disponibles.

Le tableau suivant (*tableau 6*) recouvre l'ensemble des dépenses en centres d'imagerie médicale, globalisant les forfaits techniques facturés par les centres d'imagerie et les actes de médecins radiologues. Ce champ exclut donc les actes d'imagerie réalisés par d'autres professionnels de santé (actes de radiologie réalisés par des dentistes ou encore échographies réalisés par des cardiologues, gynécologues ou des sages - femmes, etc.), les actes d'imagerie à l'hôpital public ainsi que les actes d'imagerie en cours de séjours en cliniques qui ne donneraient pas lieu à une facturation spécifique.

Une des principaux apports de la microfondation est également la possibilité de croiser différentes dimensions à niveau fin et le *Tableau 6* décline les montants selon leur financement.

Tableau 6 Dépenses d'imagerie médicale, en centre d'imagerie hors hôpital public, 2023

En milliards d'euros

	Administrations publiques	Ménages (complémentaires santé et paiement direct)	Total
Part légale	3,7	0,0	3,7
Ticket modérateur légal	0,4	0,5	0,9
Participations forfaitaires et majorations du ticket modérateur	-0,1	0,1	0,0
Dépassements	0,0	0,4	0,4
Rémunérations directes des APU aux centres	0,2	0,0	0,2
Total	4,2	1,0	5,2

Source > Drees, comptes de la santé.

Le ticket modérateur prévu légalement (30 % de la BRSS des actes techniques, 0 % sur les forfaits techniques d'imagerie) représente 0,9 milliard d'euros sur les 5,2 milliards d'euros de dépenses d'imagerie médicale. Il est financé à près de la moitié par les APU du fait d'exonérations. La part financée par les organismes complémentaires et les ménages est composée de 0,5 milliard d'euros de ticket modérateur, 0,4 milliard d'euros de dépassements et 0,1 milliard d'euros de participations forfaitaires ou de majorations de ticket modérateur.

Information sur les financements : exemple du ticket modérateur forfaitaire

La microfondation permet de zoomer sur des points précis des comptes, à la condition de leur avoir dédié un poste dans les nomenclatures des comptes de la santé (et qu'en amont, ils soient bien identifiables dans les données source). S'agissant de la dimension du financement, la microfondation des comptes a permis d'isoler le dispositif de **ticket modérateur forfaitaire**, identifié dans la nomenclature F02 (*annexe 4*) et qui était auparavant globalisé avec les montants de ticket modérateur légal. Cette participation forfaitaire (qui s'élève à 24 euros en 2023) remplace le ticket modérateur pour les actes techniques dont la BRSS est supérieure ou égale à 120 euros. Ce dispositif s'applique que ces actes (chirurgies, diagnostics, etc.) soient réalisés au cours d'hospitalisations ou en cabinet de ville. Par exception, un certain nombre d'actes d'imagerie ne sont pas concernés, comme les radiodiagnosics, la remnographie (IRM) et la scanographie (scanners). Ce dispositif vient moduler les montants de ticket modérateur observé sur certaines dépenses. L'isoler permet donc de mieux comprendre les déterminants de l'évolution du ticket modérateur et du reste à charge.

Cinq postes de soins des comptes de la santé donnent lieu à des tickets modérateurs forfaitaires en 2023. Le tableau qui suit (*tableau 7*) compare ces derniers aux tickets modérateurs prévus par la réglementation (70 % sur les actes d'échographies par exemple), qui sont financés soit par les APU soit par les ménages.

Tableau 7 Montants de tickets modérateurs, hors hôpital public, en 2023

En millions d'euros

	Ménages (complémentaires santé et paiement direct)		Administrations publiques
	Ticket modérateur forfaitaire	Ticket modérateur légal	Ticket modérateur légal
Séjours en établissement privé sans hébergement	97	46	953
Actes techniques hors imagerie	31	610	1654
Actes techniques d'échographie	5	341	292
Prises en charge ambulatoires en établissement privé valorisées par des forfaits <i>sécurité et envi- ronnement hospitalier</i>	1	7	7
Séjours en établissement privé avec hébergement	0	277	1233
Total	134	1281	4138

Note > Les forfaits *sécurité et environnement hospitalier* rémunèrent les établissements de santé pour certaines prises en charge ambulatoires.
Source > Drees, comptes de la santé.

En 2023, les CNS comptabilisent 134 millions d'euros de ticket modérateur forfaitaire financés par les ménages (en paiement direct ou via les complémentaires santé). Presque trois quarts relèvent de séjours en établissement privé sans hébergement. Le mécanisme de ticket modérateur forfaitaire a une ampleur limitée dans le financement des actes techniques, mais est majoritaire dans celui des séjours en établissement privé sans hébergement, lorsque le ticket modérateur prévu légalement n'est pas financé par les APU du fait des différents cas d'exonérations.

Mieux détailler

Déclinaison par profession de santé : exemple des médecins spécialistes

Il est désormais possible de décliner les dépenses de **médecins spécialistes par spécialité médicale** alors que dans l'ancien processus, les dépenses étaient disponibles uniquement pour l'ensemble des médecins spécialistes sans information sur la spécialité.

Les spécialités médicales sont regroupées par les comptes de la santé en quatre catégories (*tableau 8*), construites avec l'aide d'experts médicaux de la Drees :

- les spécialités de « médecine », dont l'activité peut recouvrir diverses prises en charge (consultations, suivis, expertises et diagnostics), mais pas d'interventions chirurgicales ;
- les spécialités de « chirurgie » ;
- les spécialités « de plateaux techniques » nécessitant des équipements, installations et dispositifs médicaux pour des diagnostics et traitements en général prescrits par d'autres médecins ;
- les spécialités « médico-chirurgicales » pouvant combiner une pratique médicale et chirurgicale.

Tableau 8 Dépenses de médecins spécialistes, hors hôpital public, par spécialité non généraliste en 2023

En millions d'euros

	CSBM	Dépassements	Part des dépassements
Spécialités de médecine	7 827	1 237	16%
Cardiologie et médecine vasculaire	1 882	111	6%
Neuropsychiatrie et psychiatrie	1 001	178	18%
Dermato-vénérologie	546	109	20%
Pédiatrie	502	88	18%
Anesthésie et réanimation	1 816	507	28%
Pneumologie	329	16	5%
Rhumatologie	291	55	19%
Gastro-entérologie et hépatologie	611	97	16%
Neurologie	250	19	8%
Endocrinologie et métabolisme	144	26	18%
Autres spécialités de médecine	312	15	5%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	72	12	17%
Oncologie et hématologie	73	5	7%
Spécialités de chirurgie	3 435	1 155	34%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	1 373	467	34%
Chirurgie urologique	514	159	31%
Autres spécialités de chirurgie	623	255	41%
Chirurgie orale, maxillofaciale et stomatologie	325	133	41%
Chirurgie générale	323	93	29%
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	277	46	17%
Spécialités de plateaux techniques	6 847	456	7%
Imagerie médicale	5 225	432	8%
Radiothérapie	1 151	10	1%
Anatomocytopathologie	471	11	2%
Spécialités médico-chirurgicales	4 474	1 203	27%
Ophtalmologie	2 627	696	26%
Gynécologie et obstétrique	1 231	364	30%
Otorhinolaryngologie (ORL)	616	142	23%
Spécialités non classées ailleurs	145	19	13%
Ensemble	22 728	4070	18%

Source > Drees, comptes de la santé.

Ce tableau inclut l'ensemble des honoraires de médecins spécialistes, qu'ils exercent dans le secteur libéral, dans le cadre d'établissements privés (par exemple les chirurgiens) ou en centres d'imagerie médicale (radiologues et médecins nucléaires). Le secteur libéral représente environ la moitié des dépenses.

Dans l'ancien processus de production, la ventilation par spécialité de la CSBM des médecins spécialistes aurait nécessité le recours à des clefs de répartition issues d'une source externe sans possibilité de croiser les différentes dimensions de la dépense précisément. Désormais, cette ventilation est naturellement présente dans les données et sur toutes les dimensions, ce qui permet de produire des indicateurs détaillés. Par exemple, le montant de dépassements dans le tableau 8 est disponible par spécialité médicale avec un haut niveau de fiabilité.

Déclinaison par nature : exemple de l'activité des sages-femmes

Les sages-femmes facturent à la fois des soins et des biens médicaux (en l'occurrence des médicaments pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses²⁵). Il est dans leur cas intéressant de détailler finement la nature de leur activité, ce qui n'était pas possible auparavant.

En 2023, les dépenses de sages-femmes en cabinets libéraux et en établissements privés s'élèvent à 579 millions d'euros²⁶ (tableau 9). Ce montant exclut l'activité des sages-femmes exerçant en tant que salariées d'établissements publics, privés non lucratifs ou de protection maternelle et infantile (PMI), soit environ la moitié de la profession (12 000 sur 24 000 au 1^{er} janvier 2023²⁷).

Tableau 9 Dépenses de sages-femmes, hors hôpital public, par nature du soin ou bien médical en 2023, selon la partie de la dépense

En millions d'euros

	Administrations publiques			Ménages (complémentaires santé et paiement direct)		CSBM
	Part légale	Ticket modérateur	Rémunér. directes	Ticket modérateur	Dépassements	
Actes techniques d'obstétrique	171	65	0	7	4	247
Consultations et suivis	111	19	0	27	2	158
Echographies	69	13	0	15	1	99
Autres actes techniques	18	1	0	6	0	26
Prises en charge de cotisations sociales	0	0	17	0	0	17
Frais de déplacement	13	2	0	0	0	15
Aides financières à l'informatisation	0	0	5	0	0	5
Aides financières à l'installation et au maintien	0	0	4	0	0	4
Médicaments des IVG médicamenteuses en ville	4	0	0	0	0	4
Téléconsultations	2	0	0	1	0	3
Soins infirmiers des sages femmes	0	0	0	0	0	1
Ensemble	390	100	26	56	7	579

Note > Le poste *Aides financières à l'informatisation* est essentiellement composé des forfaits d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel. Le poste *aides financières à l'installation et au maintien* correspond aux contrats incitatifs sage-femme CISF, CAPISF et CAISF.

Les natures de soins ou biens médicaux de montant globalement inférieur à 0,5 million d'euro sont supprimés de ce tableau. Les parties de la dépense globalement inférieur à 0,5 million d'euro sont supprimés de ce tableau.

Source > Drees, comptes de la santé.

Le **tableau 9** est détaillé par financement. Le ticket modérateur prévu légalement pour les actes de sages-femmes est de 70 % de la BRSS. Il représente 156 millions d'euros en 2023. Il financé à deux tiers par les APU (100 millions d'euros) du fait des différents motifs d'exonération prévus dans la réglementation, principalement la grossesse à partir du 6^e mois.

Les dépenses non financées par les administrations publiques sont, tout de même, principalement composées de ticket modérateur (56 millions d'euros), essentiellement sur les consultations, suivis et échographies ; plus marginalement, il est composé de dépassements d'honoraires (7 millions d'euros). Les participations forfaitaires de 2 euros ne s'appliquent ni aux bébés ni aux femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ; leur montant est inférieur à 0,5 million d'euro et n'est pas mentionné dans ce tableau.

²⁵ Quand les sages-femmes réalisent des IVG par méthode médicamenteuse, elles doivent se procurer les médicaments nécessaires. Pour couvrir le coût occasionné, l'AMO leur verse un *forfait médicaments de ville* (lettre-clef FMV et code PS5 3329) qui est comptablement imputé au compte inter-branches inter-risques 113. Ce poste comptable globalise les forfaits médicaments des IVG avec les honoraires de sages-femmes de façon indiscernable, d'où une limitation dans l'ancien processus de production des CNS.

²⁶ Ce chiffre est révisé par rapport à celui publié dans le Panorama des comptes de la santé : 586 millions d'euros.

²⁷ <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/information/>

■ LA CONTINUITÉ DE L'HISTORIQUE EST ASSURÉE

Ce chapitre présente la méthode de rétopolation utilisée pour raccrocher les estimations des comptes en 2020 et avant aux estimations révisées pour les années 2021 et suivantes. En effet, fournir des estimations cohérentes dans le temps est un des objectifs premiers de la comptabilité nationale, et donc des comptes de la santé.

L'historique des comptes est révisé dans de faibles proportions

Ne changer que pour améliorer

De par l'exigence de continuité, le socle du projet de microfondation vise à préserver les agrégats historiquement construits malgré le changement de source. Cette vérification a constitué la première phase du projet. La continuité doit s'entendre non pas comme une identité stricte des comptes, mais comme l'idée que les écarts entre ancienne et nouvelle méthodologie doivent être d'une part limités, et d'autre part explicables. Autrement dit, la philosophie est de **ne changer que pour améliorer** : la méthodologie peut évoluer si cette évolution correspond à une amélioration et si cette amélioration est maîtrisée et mesurée.

Le travail méthodologique présenté dans ce document comporte des **améliorations** puisque la microfondation des comptes permet d'estimer certaines dépenses de façon plus fiable, ce qui occasionne la révision de certains champs de la CSBM. La finesse des informations permet d'identifier des imprécisions dans l'ancien processus, ce qui occasionne la révision d'autres champs.

Globalement, la microfondation modifie la CSBM de façon limitée (*tableau 10*) : **de +0,2 % à +0,3 % par rapport à l'ancienne méthodologie** (+580 millions d'euros sur 2021, +696 millions d'euros sur 2022). Les révisions peuvent être estimées sur les millésimes 2021 et 2022, qui sont les années produites dans les deux processus (ancien et nouveau) lors de l'édition 2024, ce qui donne un point de comparaison.

Les pages suivantes détaillent les révisions majeures et leur ampleur en montant de dépenses en 2022 (pour limiter la taille des tableaux, ce millésime est privilégié car il est plus récent). Les principales révisions en montant ont trait aux dépassements d'honoraires et aux tickets modérateurs, ce qui explique que les restes à la charge des ménages (financés par les complémentaires santé et par leur paiement direct) portent l'essentiel des révisions. L'annexe 3 de l'édition 2024 du Panorama des comptes de la santé (Didier, Lefebvre, 2024) détaille les révisions²⁸.

Tableau 10 Synthèse des révisions de la CSBM entre les éditions 2023 et 2024 des comptes de la santé, par financeur, sur les années 2021 et 2022

	Révision (en millions d'euros)		Révision de la part de CSBM (en points de %)	
	2021	2022	2021	2022
Administrations publiques	-363	+190	-0,1	+0,1
Ménages (complémentaires santé et paiement direct)	+943	+508	+0,4	+0,2
Consommation de soins et biens médicaux	+580	+696	+0,2	+0,3

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 11 Synthèse des révisions de la CSBM, entre les éditions 2023 et 2024, par poste, sur les années 2021 et 2022

En millions d'euros

	Révisions sur 2021	Révisions sur 2022
Soins hospitaliers	+517	+588
Soins hospitaliers du secteur privé	+517	+588
Soins ambulatoires	+63	+322
Soins de médecins généralistes	-246	-267

²⁸ Dans l'annexe 3 du Panorama, d'autres révisions de l'édition 2024 sont également présentées (liées au caractère provisoire des données pour l'année 2022, aux améliorations du traitement des données des complémentaires santé). Les tableaux en fin d'Annexe 3 globalisent l'ensemble des révisions, pas uniquement celles liées à la micro-fondation. Dans ce document de la collection *Drees Méthodes*, les chiffres présentés ne portent que sur les révisions liées à la microfondation.

Soins de médecins spécialistes	-293	-260
Soins de sages-femmes	-5	-9
Soins infirmiers	-115	-165
Soins des kinésithérapeutes	-103	-86
Soins des orthophonistes	-4	-4
Soins des orthoptistes	+6	0
Soins des pédicures-podologues	+155	+134
Soins dentaires	+794	+851
Activité des laboratoires de biologie médicale	-46	-19
Transports sanitaires	+66	+118
Soins en cures thermales	-10	-9
Médicaments en ambulatoire	-262	-290
Optique médicale	+255	+242
Dispositifs médicaux hors optique	-129	+86
Consommation de soins et de biens médicaux	+580	+696

Source > Drees, comptes de la santé.

Les dépassements sont mieux estimés et révisés à la hausse

Dans l'ancien processus de production, les **dépassement d'honoraires** étaient estimés de façon fruste, par le produit du montant moyen de dépassement par spécialité médicale dans le secteur libéral par le dénombrement des médecins par spécialité (ces deux chiffres étant obtenus dans des tableaux agrégés de la CNAM). Les dépassements d'honoraires en clinique et ceux en centres de santé étaient sous-estimés.

Les dépassements portent aussi sur les **dispositifs médicaux et certains soins dentaires** (voir plus haut) puisque la BRSS ne couvre pas tout leur coût. La prise en charge de certains dépassements dentaires par la complémentaire santé solidaire (C2S) via les *forfaits de remboursement* obéit à une réglementation spécifique²⁹ et était mal estimée dans l'ancien processus.

Les dépassements peuvent aussi porter sur des **médicaments** délivrés en pharmacie de ville. En effet, les médicaments au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) sont des médicaments de marque (princeps) dont la BRSS est abaissée au coût de leur version générique. Un différentiel peut donc exister entre coût du médicament de marque et base de remboursement, ce qui constitue un dépassement par définition. Ce cas n'était pas estimé dans l'ancien processus. Le montant est faible (25 millions d'euros en 2022) car dans la plupart des cas le différentiel de coût est nul, le fabricant du médicament alignant son prix sur celui de ses génériques après l'instauration du TFR.

En comparaison des données publiées dans l'édition 2023 des comptes de la santé, l'ensemble des révisions sur les dépassements rehausse le montant de la CSBM de 1 772 millions d'euros en 2022, soit une révision de +0,8 % de la CSBM (*tableau 12*). S'agissant des dépassements, non pris en charge par l'AMO par essence, ils sont financés par les ménages, soit via les organismes complémentaires soit en paiement direct.

Tableau 12 Révisions, entre les éditions 2023 et 2024, liées à la meilleure estimation des dépassements sur l'année 2022

En millions d'euros

	Dépassements d'honoraires	Dépassements sur les soins dentaires	Dépassements sur les médicaments	Total
Soins hospitaliers	313	0	0	313
Soins hospitaliers du secteur privé	313	0	0	313
Soins ambulatoires	850	584	25	1 459
Soins de médecins généralistes	11	0	0	11
Soins de médecins spécialistes	52	0	0	52
Soins de sages-femmes	1	0	0	1
Soins des kinésithérapeutes	5	0	0	5
Soins des orthoptistes	1	0	0	1

²⁹ Voir notamment l'arrêté du 23 février 2024 : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000049194469/2024-02-25/>

	Dépassements d'honoraires	Dépassements sur les soins dentaires	Dépassements sur les médicaments	Total
Soins dentaires	754	584	0	1 338
Soins en cures thermales	26	0	0	26
Médicaments en ambulatoire	0	0	25	25
Consommation de soins et de biens médicaux	1 163	584	25	1 772

Source > Drees, comptes de la santé.

Amélioration du calcul du ticket modérateur

L'estimation du ticket modérateur était réalisée avec des clefs élaborées à partir de tableaux statistiques envoyés par la CNAM à la Drees. Pour chaque poste de dépenses de la CNAM, ces tableaux fournissent la BRSS ainsi que le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dont étaient déduit un taux de remboursement. Le montant de ticket modérateur des comptes de la santé pour ce poste était estimé par proportionnalité, en combinant ce taux avec les montants de remboursements par l'AMO issus des TCDC.

Rapprocher deux sources différentes poste par poste comporte un risque d'imprécision, notamment du fait du manque d'informations concernant les conventions retenues dans ces sources. Dans l'estimation du ticket modérateur, le périmètre exact des différents postes de dépenses, identifiés par un libellé succinct, pouvait différer selon les deux sources. Dans quel poste les préparations magistrales remboursables sont-elles regroupées ? Les actes infirmiers réalisés par des sages-femmes sont-ils inclus dans les actes infirmiers ou bien avec les actes des sages-femmes ? Les différences potentielles étaient multiples. La méthodologie plus générale des tableaux pouvait également différer : quels dispositifs de parts supplémentaires (AME, C2S, etc.) sont inclus dans les montants remboursés ? Mayotte est-elle incluse dans le champ des dépenses mesurées ?

En conclusion, dans le cadre de l'ancien processus de construction des comptes, on appliquait des taux sur des assiettes, sans l'assurance que les taux et les assiettes portaient sur le même champ. Le *Tableau 13* indique les révisions créées par ce type d'écarts. Les plus importantes concernent les montants de médicaments remboursables et de soins hospitaliers du secteur privé. L'ensemble de ces révisions modifie le montant de la CSBM de -367 millions d'euros en 2022, soit une révision de -0,2 % de la CSBM sur le financement par les ménages.

Tableau 13 Révisions, entre les éditions 2023 et 2024, liées à la meilleure estimation du ticket modérateur sur l'année 2022

En millions d'euros

	Total
Soins hospitaliers	479
Soins hospitaliers du secteur privé	479
Soins ambulatoires	-846
Soins de médecins généralistes	-60
Soins de médecins spécialistes	-192
Soins de sages-femmes	0
Soins infirmiers	-46
Soins des kinésithérapeutes	-62
Soins des orthophonistes	8
Soins des orthoptistes	-1
Soins des pédicures-podologues	0
Soins dentaires	-100
Activité des laboratoires de biologie médicale	-77
Transports sanitaires	-1
Soins en cures thermales	-5
Médicaments en ambulatoire	-320
Optique médicale	0
Dispositifs médicaux hors optique	10
Consommation de soins et de biens médicaux	-367

Source > Drees, comptes de la santé.

D'autres améliorations sont permises, sur divers plans

Répartition des dépenses par lieux

La microfondation des comptes améliore aussi la répartition des dépenses par lieu d'exécution des soins (cliniques, centre de santé, cabinets de ville). Cette répartition était auparavant réalisée selon des clefs issues d'un tableau de la CNAM. La microfondation permet de s'appuyer sur les informations détaillées du SNDS et donne nativement la répartition « réelle » de chaque poste par lieux. Cette amélioration ne donne pas lieu à des révisions de grande ampleur mais contribue à fiabiliser les comptes. Elle permettra également de réaliser des zooms sur des lieux spécifiques. Ainsi, la refondation des comptes a permis d'identifier précisément les centres réalisant exclusivement des actes d'imagerie et qui étaient auparavant mélangées avec les cliniques (au sein du poste des établissements privés dans les données de la CNAM).

Définition du périmètre de la CSBM

La finesse des informations permet de se rapprocher des standards internationaux, en termes de découpage du périmètre des grands agrégats (CSBM, DCSi). Cette amélioration ne concerne qu'un nombre limité de postes de dépenses. Les deux principaux cas sont les suivants :

- Il est désormais possible d'identifier les dépenses d'**aliments sans gluten** remboursés par l'Assurance maladie obligatoire aux personnes intolérantes au gluten. Les critères du *System of health accounts* (SHA) indiquent que ces aliments remplissent davantage une fonction d'alimentation qu'une fonction de santé, d'autant qu'ils peuvent être vendus dans des commerces non liés à la santé et qu'il n'y a pas forcément supervision d'un médecin. Ils ne font donc pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent à 3 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Dispositifs médicaux hors optique*.
- Il est désormais possible d'identifier, au sein des honoraires de soins des pharmaciens d'officine, l'**activité de vaccination**. Auparavant, seule l'activité de vaccination liée à la pandémie de Covid-19 était identifiable et pouvait donc être estimée. Cette activité ne fait pas partie du champ de la CSBM mais relève de la prévention, dans le champ plus large de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). En 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent respectivement à 40 et à 46 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Médicaments en ambulatoire*.

Meilleure estimation des dépenses versées directement aux professionnels de santé

Certaines dépenses de santé comptabilisées dans la CSBM sont versées directement à des professionnels, établissements et structures de santé par les administrations publiques. Elles incluent une grande **variété de rémunérations et aides** dans le cadre de politiques publiques, notamment les forfaits patientèle médecin traitant (FPMT), les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) ou les indemnités pour la permanence des soins.

L'utilisation du SNDS permet de mieux connaître les versements directs de l'assurance maladie obligatoire et des Agences régionales de santé (ARS) aux professionnels et établissements. Certains dispositifs des ARS étaient auparavant mal identifiés. La principale amélioration concerne leur ventilation par profession et par lieu d'exécution. Cette ventilation n'est pas indiquée dans les TCDC, qui constituaient la principale source dans la précédente construction des comptes de la santé.

La révision globale de la CSBM induite par la prise en compte de ces rémunérations est limitée à +69 millions d'euros en 2022, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (*tableau 14*) car la ventilation de l'ancien processus manquait de précision. Les soins hospitaliers du secteur privé et les soins des médecins généralistes et infirmiers sont révisés à la baisse, les soins dentaires et le transport sanitaire à la hausse. Le tableau 14 mentionne aussi la révision des prises en charge de cotisations sociales des médecins et auxiliaires médicaux, même si elle n'est pas directement liée à la microfondation mais à l'envoi à la Drees par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) d'un tableau financier détaillé.

Tableau 14 Révisions, entre les éditions 2023 et 2024, liées à la meilleure estimation des versements directs des administrations publiques sur l'année 2022

En millions d'euros

	Cotisations sociales	Versements ARS et AMO	Total
Soins hospitaliers	-83	-37	-120
Soins hospitaliers du secteur privé	-83	-37	-120
Soins ambulatoires	76	113	189
Soins de médecins généralistes	-81	-192	-273

	Cotisations sociales	Versements ARS et AMO	Total
Soins de médecins spécialistes	131	5	136
Soins de sages-femmes	-10	3	-7
Soins infirmiers	-88	15	-73
Soins des kinésithérapeutes	7	1	8
Soins des orthophonistes	1	7	8
Soins des orthoptistes	-1	1	0
Soins des pédicures-podologues	5	2	7
Soins dentaires	111	54	165
Activité des laboratoires de biologie médicale	1	3	4
Transports sanitaires	0	112	112
Soins en cures thermales	0	0	0
Médicaments en ambulatoire	0	87	87
Optique médicale	0	0	0
Dispositifs médicaux hors optique	0	15	15
Consommation de soins et de biens médicaux	-7	76	69

Source > Drees, comptes de la santé.

La rétropolation permet de réconcilier l'historique des comptes avec la nouvelle méthodologie

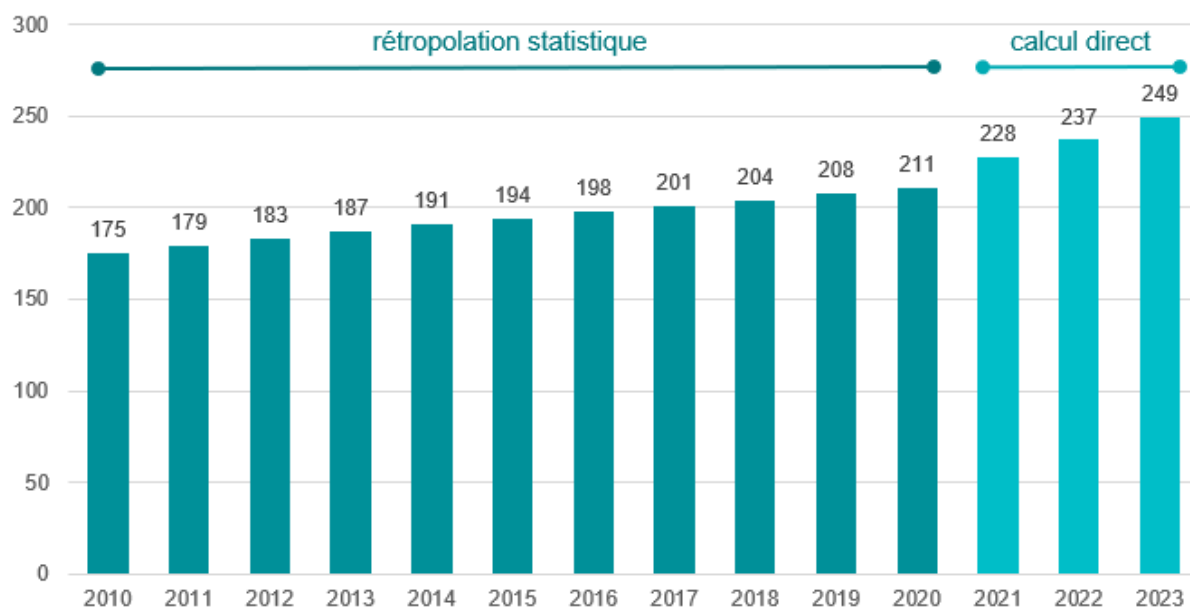
Malgré le changement de méthode, il est essentiel de **garder des séries de données aussi longues que possibles et cohérentes dans le temps**, autrement dit sans changement de champ, de méthode d'estimation ou autre rupture de continuité. La dernière étape du projet de microfondation a donc consisté à recalculer les comptes en remontant jusqu'en 2010, année la plus ancienne disponible des tables détaillées de la précédente version des comptes de la santé. Ce recalcul, appelé par les statisticiens « **rétopolation** », permet ainsi de conserver l'ensemble de l'historique de la dernière édition en le rendant équivalent à la méthodologie actuelle.

Une rétopolation « statistique » met à jour l'historique de 2010 à 2020

Les données du SNDS mises à disposition de la Drees présentent une relativement grande profondeur historique. Il aurait été théoriquement de reproduire le nouveau processus de production sur l'ensemble de la période de 2013 à la dernière année. Faute de temps, cette option n'a pas été retenue, car même si elle présente le plus haut degré de précision, elle nécessite aussi un travail plus lourd de fiabilisation des résultats et une expertise des anciennes années. En effet, les données de chaque année ont leur particularité, pouvant induire des erreurs dans les requêtes dans le DCIR : nouveaux codages, problèmes éventuels d'alimentation des données, réformes du financement modifiant les modalités des tables, etc. Le calcul des résultats d'une année d'historique requiert forcément des travaux lourds (contrôle de la cohérence, expertise des écarts, correctifs éventuels des programmes).

Pour cette raison, c'est une **rétopolation dite « statistique »** qui est réalisée, consistant à corriger l'historique des comptes historiquement produit par un jeu de coefficients. On pourrait qualifier cette rétopolation d'« externe » dans la mesure où elle se base sur les *résultats* historiquement obtenus sans s'intéresser aux données en entrée (sources) et aux processus de calcul utilisés. Elle permet de recalculer la série 2010-2020, tandis que l'historique à partir de 2021 est calculé directement à partir du nouveau processus de production (calcul « direct »). Le graphique suivant (*graphique 1*) montre la **série annuelle de montant global de CSBM** obtenue. La rupture du niveau entre 2020 et 2021 (augmentation de 211 à 228 milliards d'euros) est liée à la crise du Covid-19. La rétopolation assure la continuité des chiffres entre l'historique avant 2020 et après 2021, en particulier des taux de croissance mesurée dans les deux versions des comptes.

Graphique 1 Série annuelle rétropolée des montants de CSBM en milliards d'euros



Source > Drees, comptes de la santé.

Quatre nomenclatures de rétropolation sont utilisées

Le premier travail fondamental consiste à rendre comparable les structures de données de l'ancienne et de la nouvelle version des comptes. En particulier, il faut rendre compatibles les nomenclatures des deux éditions, ce qui implique, dans le cadre de la refonte des comptes de la santé, la mise en place de nomenclatures communes appelées **nomenclatures de rétropolation**, qui servent à établir la jonction entre les anciennes et les nouvelles nomenclatures, qui catégorisent les dépenses de façon différente.

Quatre nomenclatures de rétropolation sont utilisées dans le cadre de cette rétropolation :

- F01_retro : financeur
- L02_retro : lieu d'affectation
- P01_retro : profession de santé
- N02_retro : nature du soin ou bien médical

Le travail consiste d'abord à enrichir les **anciennes données** par l'ajout de quatre axes supplémentaires, pour les quatre nomenclatures de rétropolation. La CSBM était historiquement ventilée selon deux dimensions d'analyse : le poste et le financeur. Les données historiques sont déclinées selon les croisements de ces deux axes. La dimension du poste mêlait des notions de lieu (établissement, cabinet libéral, centre de santé, etc.), de nature (des soins ou biens médicaux) et de professionnel de santé. Cette dimension permet ainsi de retrouver les lieux d'affectation, profession de santé et nature : autrement dit, les axes L02_retro, P01_retro, N02_retro peuvent être déduits de l'ancienne dimension *poste* (à un niveau de finesse relativement agrégé). La transposition depuis les anciennes nomenclatures s'appuie sur des tables de passage (ou de transcodage) traduisant les anciennes dimensions « poste » et « financeur » vers les dimensions de rétropolation. L'élaboration de ces tables de passage a été l'un des principaux chantiers de la rétropolation, dont l'objectif était de traduire au mieux les anciennes données en conservant le maximum de détails présents dans celles-ci.

Pour les **nouvelles données** (les bases de la nouvelle édition), la transposition est quant à elle beaucoup plus simple puisque les F01_retro, L02_retro, P01_retro et N02_retro sont fortement basées sur leurs équivalents dans le projet de microfondation, F01, L02, P01 et N02 (*Annexe 1*) qui sont bien présentes dans les tables (les hypercubes). Toutefois, le degré de finesse des nomenclatures de rétropolation est adapté aux possibilités de transposition depuis les anciennes nomenclatures ; il y a aussi quelques différences à la marge, également pour permettre la transposition, par exemple l'agrégation en une catégorie unique de plusieurs postes ne pouvant pas être discernés. Ces limitations proviennent du niveau de détails disponibles dans les précédentes éditions.

À l'issue du travail de transposition, on dispose pour **chaque croisement des quatre axes de rétropolation** de deux montants de CSBM pour l'année 2021 : dans l'édition 2023 (ancien processus de production) et dans l'édition 2024. La confrontation des deux fournit un coefficient de rétropolation pour chaque croisement (montant édition 2024 divisé par montant édition 2023). Ce coefficient de rétropolation est appliqué ensuite sur l'ensemble de l'historique, pour lequel on dispose des montants de CSBM pour chaque croisement.

Schéma 13 Exemple de calcul de coefficients de rétropolation

année	financier	lieu	profession	nature	édition 2023	édition 2024	coefficient de rétropolation
D01	F01_retro	L02_retro	P01_retro	N02_retro	CSBM	CSBM	
2021	F141	F111	PM3	N113	10 100 000 €	10 000 000 €	0,99
2021	F141	F111	PM3	N113	408 000 €	400 000 €	1,02
2021	F141	F210	PM3	N113	3 450 000 €	3 450 000 €	1,00
2021	F141	F210	PM3	N113	11 000 000 €	11 110 000 €	0,99

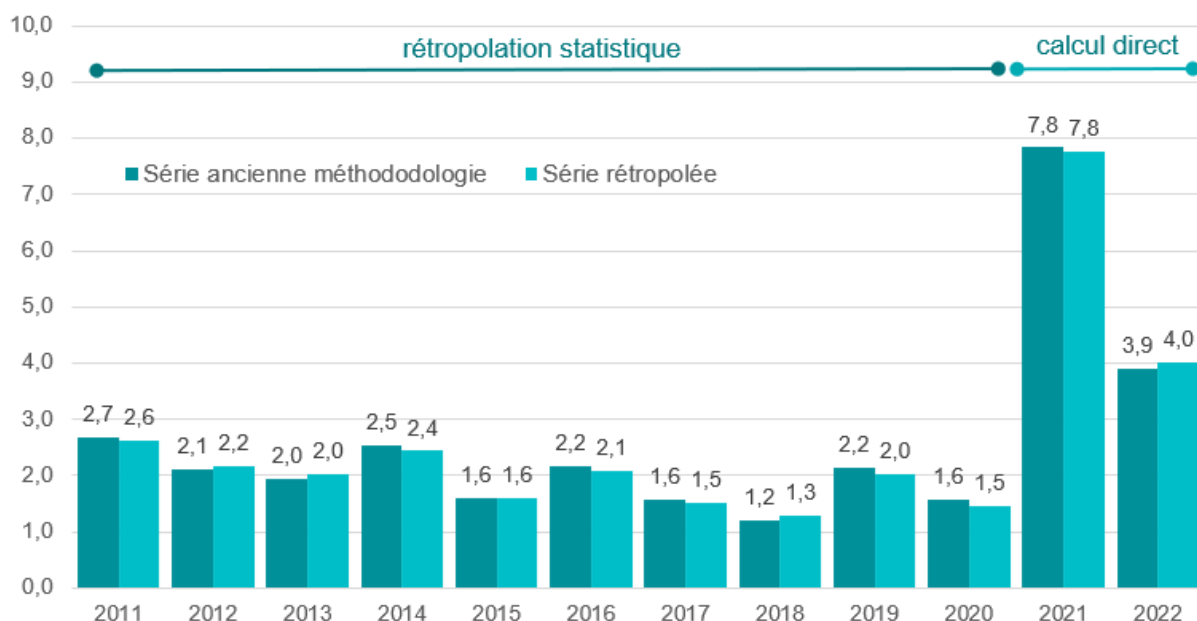
Lecture > Pour le croisement des axes F01_retro = F141, L02_retro = L31, P01_retro = PM1, N02_retro = N113, le coefficient est 0,99 (10 000 000 euros / 10 100 000 euros). Ce coefficient est calculé sur 2021 mais appliqué aux montants historiques de CSBM pour l'ensemble des années de 2010 à 2020 (sur les comptes produits selon l'ancien processus de production) pour cette combinaison des axes de rétropolation.

Source > Drees, comptes de la santé.

Sur les recommandations de la division en charge de la rétropolation au sein du département des comptes nationaux, cette méthode de calage des séries par coefficient a ainsi été mise en œuvre dans le cadre des comptes de la santé au niveau le plus fin disponible (un croisement des quatre axes de rétropolation). Les agrégats sont ensuite recalculés à partir des données fines, sans opérations spécifiques de recalage à un niveau agrégé³⁰. Cette méthode conserve les taux de croissance entre les deux éditions au niveau fin mais pas au niveau agrégé³¹. Il est en effet mathématiquement impossible de conserver simultanément inchangés les taux de croissance des données agrégées et ceux des niveaux les plus fins (sauf dans le cas trivial de l'absence de révision).

Les taux de croissance des agrégats présentent donc des révisions entre les deux éditions, notamment du fait de la révision de la structure de certains postes (*graphique 2*). La qualité de la rétropolation a été évaluée notamment par l'examen des révisions observées entre les deux éditions : la forte révision du taux de croissance d'une grandeur devant être expliquée par une révision connue des données entre les deux éditions. Par exemple, une révision du partage entre ville et cliniques de certains soins peut se répercuter sur le taux de croissance des cliniques.

Graphique 2 Série annuelle des taux de croissance de la CSBM en points de pourcentage



Source > Drees, comptes de la santé.

Cette méthode de rétropolation appelle également deux remarques :

- L'année 2021 est choisie car, parmi les deux années pour lesquelles on dispose de la CSBM dans les deux processus de production (2021 et 2022), elle présente le meilleur degré de consolidation par son ancienneté. **L'ensemble de l'historique est rétropolé en référence aux révisions sur le millésime 2021.**
- Une dimension d'analyse est perdue : la **partie de la dépense (axe F02)**. En effet, bien que partiellement disponible dans les précédentes éditions des comptes, elle n'a pas d'équivalent strict dans les bases détaillées et donc dans les nomenclatures de rétropolation (pas de F02_retro). Pour cette raison, les données historiques de

³⁰ Cette méthode apporte une plus grande stabilité des données produites, le calage des agrégats pouvant conduire parfois à des valeurs aberrantes au niveau le plus fin. Seuls un nombre réduit de calages ont été mise en œuvre dans le cadre cette rétropolation.

³¹ L'application de coefficients est strictement équivalente à l'application vers le passé de taux de croissance de l'ancienne édition.

2010 à 2020 ne peuvent pas être déclinées selon cette dimension. Des rétropolations spécifiques ont cependant pu être réalisées ponctuellement pour enrichir certaines analyses (par exemple sur les taux de dépassements).

■ CONCLUSION

Un changement en profondeur, une mine d'exploitations potentielles

À l'incipit du projet présenté dans le document, une étude préliminaire a montré la faisabilité de la microfondation des comptes nationaux de la santé (CNS) : les grandes masses financières de dépenses de santé pouvaient être retrouvées avec une précision satisfaisante à partir de requêtes exploratoires dans le système national des données de santé (SNDS). Ce document présente les principales ramifications du projet qui a suivi, développé par la Drees pendant une année et demie, entre novembre 2022 et juin 2024 :

- l'expertise des données de la base *datamart de consommation inter-régimes* (DCIR) du SNDS puis la construction d'une requête calculant correctement les dépenses de santé par financeur « dans tous les cas » malgré les particularités liés à une réglementation complexe ;
- la comparaison aux données comptables et l'élaboration d'une stratégie de calage comptable ; son implémentation dans des programmes ;
- la conception de la nouvelle table de données utilisée en interne pour la production ;
- l'élaboration de nomenclatures statistiques adaptées aux concepts des comptes et aux besoins de production d'une part, à la bonne description du système de santé, d'autre part ;
- la refonte de l'ensemble des chaînes de production, sans se limiter au champ des données microfondées ;
- l'analyse systématique des révisions et la rétopolation statistique des données sur le passé ;
- l'évolution de la production du Panorama des dépenses de santé pour s'adapter techniquement aux nouveaux formats de données d'une part, pour tirer parti des possibilités éditoriales permises par les nouvelles données d'autre part.

Concernant ce dernier point, l'accent a été mis sur l'adaptation technique aux nouveaux formats de données plutôt que sur de possibilités éditoriales. En effet, le choix a été fait de **peu faire évoluer la restitution** dans la première édition du Panorama des dépenses de santé touchée par le projet (édition 2024), pour deux principales raisons. La première est que l'adaptation technique aux nouveaux formats de données était déjà coûteuse en temps de travail et des évolutions trop ambitieuses auraient pu décaler davantage la parution des comptes. La seconde et plus importante a trait à la continuité des restitutions par la Drees : favoriser la stabilité des informations diffusées au travers de publications périodiques comme les Panoramas. Dans l'édition 2024, la structure générale du Panorama *des dépenses de santé* n'a évolué qu'à la marge ; la structure des fiches thématiques (*Les soins hospitaliers*, *Les médicaments en ambulatoire*, etc.) et les tableaux restitués dans ces fiches très peu. Plusieurs enrichissements ont toutefois été réalisés, comme l'ajout de tableaux par spécialité médicale dans *Les soins des médecins spécialistes*.

Globalement, la microfondation s'est plutôt présentée comme une « révolution silencieuse » et des changements éditoriaux se déploieront dans les éditions suivantes. Dans l'édition 2025, plusieurs enrichissements permis par le projet ont été mis en œuvre, comme l'ajout d'une fiche thématique dédiée aux centres d'imagerie médicale. Sur le plan technique, le projet évoluera très probablement d'année en année avec l'amélioration des programmes informatiques d'une part, et l'évolution des nomenclatures d'autre part. Pour l'édition 2025, un nouvel axe dédié au *secteur de conventionnement* des professionnels de santé libéraux a été conçu et mis en production dans l'hypercube. L'axe dédié au lieu d'affectation (L02) a été remanié pour mieux appréhender les échelles tarifaires des établissements de santé (secteurs de financement dits OQN ou DGF) et leur statut administratif (privé non lucratif, par exemple).

Le projet devrait pouvoir s'étendre au secteur non marchand

Le principal domaine dans lequel le projet devrait se développer concerne le secteur non marchand, donc les **coûts des établissements de santé publics ou privés non lucratifs** (secteur dit DGF).

Premièrement, les remontées financières par établissement à disposition de la Drees³² pourraient être mobilisées pour décliner les coûts par catégorie et secteur d'établissement, ainsi que par type de dépense. Il s'agit d'une sorte de « méso-fondation », le degré de finesse de ces données étant intermédiaire (pas de détail par patient ou de finesse infra-annuelle).

Deuxièmement, une autre base du SNDS, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), indique le détail du financement de chaque séjour ou séance réalisé dans le système hospitalier. Elle pourrait être utilisée pour réaliser un travail de microfondation similaire au projet décrit dans ce document. Dans ce travail, la partie la plus difficile devrait être la mesure du reste à charge des patients ; la plus prometteuse, la présence de

³² Au travers de la plateforme *Diamant*.

diagnostics dans le PMSI permettant de « médicaliser » les comptes dans une certaine mesure. Ce nouveau volet du projet de microfondation ne porterait, par définition, que sur les recettes liées à l'activité. Ces dernières ne couvrent un peu moins de deux tiers des coûts de fonctionnement des établissements publics et privés non lucratifs, donc de la CSBM de ce champ (le tiers restant étant financé indépendamment de l'activité, principalement via des dotations annuelles). En termes de montants, la part de la CSBM microfondée passerait alors de 59 % dans le champ actuel du projet à environ 80 % dans un champ étendu à l'activité des établissements publics et privés non lucratifs.

Annexe 1. Liste des axes des hypercubes

Cette partie présente les 22 axes de l'hypercube des comptes de la santé. Le tableau ci-dessous synthétise ces axes, par groupes. Les trois premiers groupes (13 axes) sont des axes techniques ; les 9 groupes suivants permettent de décliner les comptes de façon détaillée.

Tableau synthétique des axes de l'hypercube des comptes de la santé

Vocation	Groupes d'axes	Nombre d'axes	Code et nom des axes
Technique	Date de réalisation	1	D01 : année
	Métadonnées	8	M01 : version M02 : consolidation M03 : premier mois de flux M04 : dernier mois de flux M05 : périmètre M06 : date de production M07 : agent ayant réalisé l'extraction M08 : source
	Comptabilités de l'AMO	4	C01 : poste comptable C02 : tableau comptable C03 : exercice C04 : année enregistrement comptable
Déclinaison des comptes en catégories détaillées	Financement	3	F01 : financeur F02 : partie de la dépense F03 : raison du remboursement au-delà de la part légale
	Nature de la dépense	3	N01 : grand agrégat N02 : nature du soin ou bien médical N03 : discipline d'équipement
	Profession de l'exécutant	1	P01 : profession
	Lieux	2	L01 : lieu d'exécution L02 : lieu d'affectation

Les axes optionnels, de description des bénéficiaires, ne sont pas détaillés dans cette annexe.

Tableau synthétique des axes optionnels

Vocation	Groupes d'axes	Nombre d'axes	Code et nom des axes
Déclinaison des comptes en catégories détaillées (optionnel)	Caractéristiques des bénéficiaires	3	B01 : âge B02 : sexe B03 : lieu de résidence

Axes Dates de réalisation

■ D01, Année du millésime

Les comptes nationaux de la santé sont rattachés à une année selon une logique de droits constatés. C'est donc la date de réalisation d'une dépense de santé qui est prise en compte, et non celle de son enregistrement comptable. Il est prévu de développer un axe D02 indiquant le trimestre au sein de l'année.

Dans le DCIR : cet axe est calculé à partir de la variable EXE_SOI_AMD.

Axes Métadonnées

■ M01, Version

Il s'agit de la version informatique des requêtes ayant servi à créer l'hypercube.

■ M02, Consolidation

■ M03, Premier mois de flux

■ M04, Dernier mois de flux

Ces axes ont trait aux mois de flux de liquidation inclus pour la requête La consolidation correspond à l'intervalle entre le premier et le dernier mois de flux de liquidation extraits. L'axe M02 est donc redondant avec les axes M03 et M04.

Dans le DCIR : ces axes sont calculés à partir de la variable `FLX_DIS_DTD`.

■ M05, Périmètre en termes de numéro d'émetteur du flux

La notion d'émetteur du flux correspond au centre informatique de l'AMO ayant traité le mouvement comptable. Un centre informatique réalise les traitements d'un ensemble défini de caisses d'AMO.

Cette variable est utilisée par les CNS pour réaliser un partitionnement des dépenses de santé selon quatre parties de la France, à des fins d'optimisation des temps de traitement. M05 indique l'ensemble des centres pour lesquels l'extraction a été réalisée, par exemple de 1 à 12.

Dans le DCIR : cet axe est calculé à partir de la variable `FLX_EMT_NUM`.

■ M06, Date de production

Il s'agit de la date à laquelle l'hypercube a été produit.

■ M07, Statisticien·ne

Il s'agit de l'agent·e de la Drees ayant produit l'hypercube.

■ M08, Source

Il s'agit de la partie du processus de production ayant créé la ligne d'hypercube (*schéma 9*) : « DCIR » pour les données créées par requêtage dans le DCIR, « CALA » pour les montants ajoutés au titre du calage comptable, « EXTE » pour les données externes au DCIR ajoutées en aval.

Le traitement des données des complémentaires santé sépare les lignes afférentes au reste à charge après AMO en deux lignes, pour différencier le financement par les complémentaires santé du paiement direct par les ménages. Les lignes créées par ce « split » (anglicisme désignant une division) ont les modalités « SPLIT_D » si elles sont issues du DCIR, « SPLIT_C » du calage et « SPLIT_E » de l'ajout de données externes.

Axes Comptabilité de l'AMO

Ces axes servent uniquement au calage comptable décrit plus haut.

C01 et C02 sont calculés à partir d'informations comptables trouvées dans le DCIR. C03 et C04 sont déduits à partir d'informations non comptables.

■ C01, Poste comptable

Le poste comptable dans la nomenclature PCUOSS est indiqué ici sous sa forme « inter-branches inter-régimes » explicitée en annexe 2.

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir des variables `CPT_MIR_NUM` pour les régimes en norme NEC et `CPT_TRM_RGM` pour les régimes en norme NTEIR.

■ C02, Tableau comptable

Il s'agit du tableau comptable dans lequel la dépense du DCIR devrait se retrouver à la clôture des comptes.

Ce tableau est soit le TCDC d'un régime (régime agricole, etc.), soit la balance comptable d'un fonds (Complémentaire santé solidaire).

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir des variables `GES_GRG_COD` pour distinguer les régimes et `GES_CPT_COD` pour distinguer la balance de la C2S.

■ C03, Exercice

Cet axe indique l'exercice (*exercice courant* ou *exercices précédents*) dans lequel la dépense du DCIR devrait se retrouver dans les tableaux de comptes annuels, d'après les informations disponibles.

Dans le DCIR : cet axe est calculé en comparant les variables `EXE_SOI_AMD` et `FLX_DIS_DTD`.

■ C04, Année d'enregistrement comptable

Il s'agit du millésime du tableau comptable dans lequel la dépense du DCIR devrait se retrouver, d'après les informations disponibles. Il s'agit simplement de l'année de liquidation.

Dans le DCIR : cet axe est calculé comme l'année de la variable `FLX_DIS_DTD`.

Axes Financement

■ F01, Financeur

Au premier niveau de précision, les deux grands financeurs sont les administrations publiques (APU) et les ménages. Au sein des financements des APU, cet axe permet de distinguer les financements de l'Etat (principalement l'Aide médicale d'Etat (AME) et la réglementation spécifique aux invalides de guerre) de ceux des régimes d'AMO ; au sein des régimes d'AMO, le régime est indiqué (régime général, régime agricole, etc.). Au sein des financements par les ménages, il différencie les remboursements des complémentaires santé du paiement direct par les ménages.

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir des variables ARO_REM_TYP qui indique le type de remboursement supplémentaire (permettant de distinguer par exemple l'AME) et RGM_GRG_COD qui indique le régime d'AMO.

■ F02, Partie de la dépense

Cette notion correspond principalement à la décomposition des remboursements de l'AMO en part légale, ticket modérateur, dépassement et participations forfaitaires des assurés (*encadré 1*). Cet axe permet d'affiner l'information donnée par F01, indiquant quelle partie du coût du soin ou bien médical est financée par les APU ou par les ménages.

Dans le DCIR : les participations forfaitaires et les rémunérations directes aux professionnels et aux établissements sont identifiées à partir de la nature de prestation (BSE_PRS_NAT ou CPL_PRS_NAT). La séparation en part légale, ticket modérateur et dépassement est principalement calculée par différence entre versement de la caisse (BSE_REM_MNT + CPL_REM_MNT), BRSS (BSE_REM_BSE + CPL_REM_BSE) et coût (PRS_PAI_MNT).

■ F03, Réglementation expliquant un remboursement APU au-delà de la part légale

Le taux de remboursement effectif d'un soin ou bien médical peut être supérieur au taux de remboursement fixé par la réglementation commune à l'ensemble des assurés (par exemple 70 % en 2023 pour une consultation de médecine générale). Il est par exemple de 100 % pour des assurés bénéficiant de dispositifs d'exonérations comme l'Affection longue durée (ALD).

L'axe F03 indique, le cas échéant, la *raison* de ce meilleur remboursement. Outre les ALD, les motifs possibles sont très divers, allant de dispositifs de solidarité (Aide médicale d'Etat), à des réglementations locales (régime local d'Alsace-Moselle) en passant par des prises en charge spécifiques de régimes spéciaux (garanties du régime minier) ou de branches de Sécurité sociale (maternité, accidents du travail - maladies professionnelles).

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir des variables ARO_REM_TYP pour les versements supplémentaires financés par des dispositions non communes à l'ensemble des assurés (par exemple la C2S), EXO_MTF pour ceux liés à la réglementation commune à l'ensemble des assurés (affections de longue durée, etc.) et MTM_NAT pour la réglementation propre aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

Axes Nature de la dépense

■ N01, Grand agrégat

Cet axe permet de rattacher une dépense de santé à l'un des agrégats des CNS : soit « CSBM », soit l'une des 3 composantes de la DCSi hors CSBM (prévention, soins de longue durée ou frais de gouvernance). Les revenus de remplacement versés par les caisses d'AMO (indemnités journalières, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité permanente, etc.) sont présents dans le DCIR et extraits dans les hypercubes. Ils ne sont pas inclus dans la DCSi et prennent donc la valeur « 0000 ».

Dans le DCIR : cet axe est calculé à partir de la nature de prestation PRS_NAT_REF.

■ N02, Nature du soin ou bien médical.

Cette nomenclature compte près de 250 modalités différentes à son niveau le plus fin. Elle définit le soin ou bien médical auquel se rattache la dépense de santé, des séances de dialyse aux nutriments pour nutrition entérale en passant par les indemnités de garde ambulancière.

Au premier niveau, la nomenclature a 3 principaux postes dont seuls les deux premiers relèvent de la CSBM : soins et biens médicaux acquis individuellement par les patients (1), rémunérations directes des professionnels et établissements de santé (2) et revenus de remplacement et aides versées aux patients (3). Au deuxième niveau, le poste (1) est séparé en soins (1.1) et biens médicaux (1.2), selon la distinction entre services et biens propre à la comptabilité nationale. Le poste (2) sépare principalement les financements de l'AMO avec une contrepartie (2.1) et sans contrepartie (2.2), par exemple les rémunérations sur objectifs de santé publique des dotations aux établissements. Le poste (3) distingue les revenus de remplacement (indemnités journalières, etc.) des aides financières octroyées par les caisses d'AMO aux ménages.

Dans le DCIR : cet axe est calculé à partir de la nature de prestation PRS_NAT_REF mais également, pour réussir à distinguer certains dispositifs médicaux ayant une nature de prestation commune, le code LPP TIP_PRS_IDE.

■ N03, Discipline d'équipement

Il n'est renseigné que pour les établissements. Les *disciplines d'équipement* des établissements sont cinq grands regroupements d'autorisations de soins. La discipline d'équipement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) regroupe la majorité des autorisations de soins, de la chirurgie cardiaque au traitement des grands brûlés. Les quatre autres regroupent chacune une unique autorisation de soins : hospitalisation à domicile, soins médicaux et de réadaptation, psychiatrie et unités de soins de longue durée. Cet axe a donc 5 modalités.

Les disciplines d'équipement caractérisent un type d'activité hospitalière. Un établissement peut être actif sur plusieurs d'entre elles, par exemple réaliser de l'hospitalisation à domicile en parallèle de soins de MCO.

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir du code ETE_MCO_DDP.

Axes Profession de l'exécutant

■ P01, Profession

Cet axe décrit la profession de la personne ayant réalisé le soin (infirmière, orthophoniste, etc.) ou vendu le bien (pharmacien, fournisseur de dispositifs médicaux, etc.). Pour les médecins, les spécialités comme cardiologue ou pédiatre sont disponibles au dernier niveau de la nomenclature. Dans le cas des soins réalisés par une équipe, principalement les séjours en établissements, cet axe n'est pas renseigné – tout comme il n'est pas renseigné dans le DCIR dans ce cas.

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir de la variable PSE_ACT_NAT pour la profession de santé et PSE_SPE_COD pour les spécialités des médecins.

Axes Lieux

■ L01, Lieu d'exécution

Cet axe décrit le lieu de réalisation des soins selon trois modalités principales : au domicile du bénéficiaire (visites médicales, soins infirmiers à domicile, etc.), via des plates-formes de téléservices ou à distance (téléconsultations, télésoins, etc.) et dans les locaux du professionnel ou de l'établissement.

Dans le DCIR : cet axe est calculé à partir de la nature de prestation PRS_NAT_REF.

■ L02, Lieu d'affectation

Cet axe décrit le « lieu » auquel est rattaché le professionnel ayant réalisé le soin ou vendu le bien. Il s'agit d'une notion d'*affectation administrative et juridique* : les quatre grandes catégories de lieux sont les établissements publics, les établissements privés, les cabinets libéraux et les centres de santé (dispensaires, centres dentaires, etc.). Concernant les établissements, cet axe n'indique pas uniquement le secteur (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif) mais aussi la catégorie détaillée allant des EHPAD aux centres de dialyse en passant par les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU).

Dans le DCIR : cet axe est principalement calculé à partir de la nature de prestation ETE_CAT_COD.

Annexe 2. Notion de poste comptable inter-branches inter-risques

Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) prend la forme d'une nomenclature emboîtée. Au sein de cette nomenclature, le compte 656 correspond aux prestations sociales versées ; les premiers numéros de compte rencontrés sont ainsi :

- 656 : Prestations sociales
- 6561 : Prestations légales
- 65611 : Prestations légales « maladie - maternité »
- 656111 : Prestations maladie
- 6561111 : Exécutées en ville
- 65611111 : Honoraires
- 656111111 : des omnipraticiens

La majorité des dépenses versées par les régimes sont imputées au compte 656, puisqu'il regroupe les prestations légales des caisses d'assurance maladie, comprenant l'ensemble des remboursements de soins financés directement par ces régimes. Les subdivisions indiquent la branche et le risque au titre desquels la prestation a été versée :

- 656111 pour le risque maladie, géré par la branche Maladie de la Sécurité sociale ;
- 656112 pour le risque maternité, géré par la branche Maladie de la Sécurité sociale ;
- 656121 pour les risques professionnels, gérés par la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP), concernant les prestations d'incapacité temporaire (il peut s'agir de remboursements de soins et biens médicaux) ;
- 656122 pour les risques professionnels, gérés par la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP), concernant les prestations d'incapacité permanente (il s'agit de rentes, d'indemnités en capital, etc.).

À partir du 7^e caractère, les subdivisions indiquent la nature de la prestation. Par exemple, 656111114 correspond aux honoraires des professions paramédicales. La numérotation est identique dans les comptes 656111, 656112 et 656121, ce qui est très pratique. Par exemple, les comptes dont le numéro est en 656___131 correspondent aux médicaments délivrés en officine de ville :

- 656111**131** : dépenses de médicaments délivrés en officine de ville couverts par le risque maladie,
- 656112**131** : dépenses de médicaments délivrés en officine de ville couverts par le risque maternité,
- 656121**131** : dépenses de médicaments délivrés en officine de ville couverts par le risque AT-MP.

Dans les comptes de la santé, on ne s'intéresse qu'à la nature de la prestation, tous risques confondus. Le poste comptable à partir du 7^e caractère est défini comme **poste comptable inter-branches inter-risques**. Dans l'exemple des médicaments délivrés en officine de ville, le poste comptable inter-branches inter-risques est 131.

Annexe 3. Bibliographie

- Didier M., Lefebvre G., « Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024, Drees, collection *Panoramas de la Drees*, novembre 2024.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- Soual H., « Les dépenses de santé depuis 1950 », Drees, collection *Études et résultats*, n° 1017, juillet 2017.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>
- Lapinte A., Pollak C., Solotareff R. (sous la direction de), « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 », Drees, collection *Panoramas de la Drees*, juillet 2024.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- OCDE, « A System of Health Accounts 2011. Revised Edition », 2011.
https://www.oecd.org/en/publications/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en.html
- Direction de la sécurité sociale, PLFSS pour 2024, Annexe 03, Partie 6 1., « *Précisions méthodologiques sur la construction des agrégats* », 2024.
https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_03.pdf
- Vanoli A., « Une histoire de la comptabilité nationale », éditions La découverte, 2002.
- Leclair M., « Utiliser les données de caisses pour le calcul de l'indice des prix à la consommation », Insee, *Courrier des statistiques*, 3 – 2019, 2019.
<https://www.insee.fr/fr/information/4254225?sommaire=4254170>
- Bonnet O., Loisel T., « L'économie racontée par les données bancaires », Insee, *Courrier des statistiques*, 12 – 2024, 2024.
<https://www.insee.fr/fr/information/8264558?sommaire=8264562>
- Meunier F., « Facture électronique : un levier majeur pour les entreprises et la statistique publique », *Variances*, 2024.
<https://variances.eu/?p=7948>
- Minery S., Or Z., « Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ? », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 290, 2024.
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/290-comparaison-des-soins-ambulatoires-en-france-et-en-allemande.pdf>
- Conseil de normalisation des comptes publics, « Recueil des normes comptables pour les organismes de Sécurité sociale », Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, 2024.
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cnocp/RNCSecu/Recueil_Secu_Juil-let_2024.pdf?v=1737731827
- Audibert G., Suply P., « Manuel de comptabilité et de gestion des organismes de Sécurité sociale », École nationale supérieure de Sécurité sociale, 2020.
<https://en3s.fr/articles-regards/Publication/2020-Manuel-compta.pdf>
- Caisse nationale de l'Assurance maladie (Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la Lutte contre la Fraude), « Comptes de la Cnam exercice 2023 », 2024.
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/Comptes Cnam Exercice 2023 .pdf>

Annexe 4. Principales nomenclatures des comptes de la santé

N02

Ce tableau présente la nomenclature jusqu'à son niveau 4 (sur 7), dans une version post-édition 2024 du Panorama des comptes de la santé.

Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4	
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé
1	Soins et biens médicaux acquis individuellement par les patients	1	Soins médicaux	1	Soins en établissement de santé	1	Séjour en établissement de santé <u>avec</u> hébergement
				2	Séances de traitement	2	Séjour en établissement de santé <u>sans</u> hébergement
						3	Soins en établissement de santé à domicile
				3	Actes et consultations	1	Séances de traitement
						1	Consultations
						2	Actes cliniques et techniques
						3	Actes et consultations en urgence
						4	Actes techniques de dentisterie
						5	Actes techniques d'auxiliaires médicaux
						6	Administration de vaccin
						I	Honoraires non différenciés
				4	Analyses biologiques	1	Analyses biologiques
				5	Mise à disposition de dispositifs médicaux	1	Location et livraison de dispositifs médicaux
						2	Entretien et réparation de dispositifs médicaux
				6	Expertise et conseil pharmaceutiques	1	Honoraires de dispensation
						2	Autres expertises et conseils pharmaceutiques

				7	Transport de patients	1	Transports établissement - domicile
						2	Transports inter-établissements
						3	Transports cure thermique - domicile
				8	Cures thermales	1	Cures thermales
				9	Déplacement des professionn.	1	Déplacement des professionnels de santé
		2	Biens médicaux	1	Médicaments	1	Médicaments hors vaccins
						2	Vaccins
				2	Dispositifs médicaux	1	Dispositifs médicaux
				3	Nutriments	1	Nutriments oraux
						2	Nutriments pour nutrition entérale
						1	Nutriments indifférenciés
				4	Produits d'origine humaine	1	Sang, plasma et leurs dérivés
						2	Lait humain
						3	Autres produits d'origine humaine
		1	Indifférencié (CSBM)	0		0	
2	Rémunérations directes des professionnels et établissements de santé	1	Rémunérations avec contreparties	1	Régulation du système de santé	1	Permanence des soins
						2	Service d'accès aux soins
						3	Parcours de soins coordonnés
						4	Rémunération sur objectifs, contrats et intéressements
						5	Intéressements sur les prix
				2	Information du système de santé	1	Rémunération pour formalité administrative
						2	Aide financière aux outils numériques

				3	Innovation, formation et recherche	1	MIG et MIGAC
						2	MERRI
						3	Rémunération dérogatoire innovation article 51
						4	Rémunérations filières et réseaux de soins expériment.
		2	Subventions et remises	1	Subventions aux communautés et structures coopératives	1	Subventions aux communautés et structures coopératives
				2	Subventions aux professionnels	1	Prise en charge des cotisations
						2	Compensation perte d'activité
						3	Aide à l'embauche d'assistants médicaux
						4	Aide financière pour maternité, paternité, adoption
						5	Redevance chef de clinique généralistes
						6	Aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle
				3	Subventions aux établissements	1	Subventions aux établissements hospitaliers
						2	Subventions aux centres de santé et maisons pluridiscipl.
						3	Compensation perte d'activité
				4	Remises des producteurs de biens et services	1	Médicaments, remises produit ville
						2	Médicaments, remises produits liste en sus
						3	Médicaments, remises d'accès dérogatoire
						4	Médicaments, remises de la clause de sauvegarde
						5	Dispositifs médicaux, remises
		3	Gouvernance du système de santé	1	Frais de gestion des organismes		

		4	Programmes de prévention	1	Programmes d'information, d'éducation et de conseil			
				2	Programmes d'immunisation (HC.6.2 non classé dans la N1)	1	Campagnes de vaccination hors Covid-19	
						6	Campagne de vaccination Covid-19	
				3	Programmes de détection précoce des maladies (HC.6.3 non classé dans la N1)			
				4	Programmes de surveillance de l'état de santé			
				5	Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies			
				6	Programmes de préparation aux d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence			
			I	Prévention indifférenciée	0			
3	Revenus de remplacement et aides versées aux patients	1	Revenus de remplacement			0		
		2	Aides financières santé			0		
		3	Aides financières social			0		
4	Aides à la vie et prestations médico-sociales	1	Aides aux activités de la vie quotidienne (AVQ)	1	Prestation en établissement avec hébergement			
				2	Prestation en centre (établissement sans hébergement)			
				3	Prestation à domicile			
		2	Aides aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)	1	Prestation en établissement avec hébergement			
				2	Prestation en centre (établissement sans hébergement)			
				3	Prestation à domicile			
5	Prestations connexes aux soins hospi.	1	Suppléments aux frais d'hospitalisation	1	Soins en établissement de santé	1	Soins d'établissement de santé <u>avec</u> hébergement	

P01

Ce tableau présente la nomenclature jusqu'à son niveau 3 (sur 4), dans une version post-édition 2024.

Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé
A	Auxiliaires médicaux	1	Infirmières	01	Infirmières (hors IPA)
A	Auxiliaires médicaux	1	Infirmières	02	Infirmières en pratique avancée (IPA)
A	Auxiliaires médicaux	2	Masseurs - Kinésithérapeutes	01	
A	Auxiliaires médicaux	3	Orthophonistes	01	
A	Auxiliaires médicaux	4	Orthoptistes	01	
A	Auxiliaires médicaux	5	Pédicures - Podologues	01	
A	Auxiliaires médicaux	6	Ergothérapeutes	01	
A	Auxiliaires médicaux	7	Psychomotriciens	01	
A	Auxiliaires médicaux	8	Diététiciens	01	
D	Chirurgiens-dentistes	1	Chirurgie dentaire	01	Chirurgie dentaire
D	Chirurgiens-dentistes	1	Chirurgie dentaire	02	Chirurgie dentaire (C.O.)
D	Chirurgiens-dentistes	1	Chirurgie dentaire	03	Chirurgie dentaire (M.B.D.)
D	Chirurgiens-dentistes	2	Orthodontie	01	Chirurgie dentaire (O.D.F.)
E	Entreprises pharmaceutiques	0		00	
F	Fournisseurs	1	Opticiens	01	Fournisseur (Optique médicale)
F	Fournisseurs	2	Audioprothésistes	02	Fournisseur (Audioprothèses)
F	Fournisseurs	3	Fournisseurs produits et prestations	01	Fournisseur (Société)
F	Fournisseurs	3	Fournisseurs produits et prestations	02	Fournisseur (Artisan)
F	Fournisseurs	3	Fournisseurs produits et prestations	03	Fournisseur (Association)

F	Fournisseurs	4	Fournisseurs produits et prestations	01	Fournisseur (Orthèses)
F	Fournisseurs	4	Fournisseurs produits et prestations	02	Fournisseur (Prothèses oculaires et faciales)
F	Fournisseurs	4	Fournisseurs produits et prestations	03	Fournisseur (Podo-orthèses)
F	Fournisseurs	4	Fournisseurs produits et prestations	04	Fournisseur (Ortho-prothèses)
L	Laboratoires d'analyses	1	Laboratoires d'analyses	01	Laboratoire
L	Laboratoires d'analyses	1	Laboratoires d'analyses	02	Laboratoire Polyvalent
L	Laboratoires d'analyses	1	Laboratoires d'analyses	03	Laboratoire Anatomo-Pathologiste
L	Laboratoires d'analyses	1	Laboratoires d'analyses	04	Directeur de laboratoire médecin
M	Médecins et sages - femmes	1	Omnipraticiens	01	Médecins généralistes
M	Médecins et sages - femmes	1	Omnipraticiens	02	Médecins à expertise particulière
M	Médecins et sages - femmes	2	Sages - femmes	01	
M	Médecins et sages - femmes	3	Spécialistes	01	Spécialités de « médecine »
M	Médecins et sages - femmes	4	Spécialistes	02	Spécialités de « chirurgie »
M	Médecins et sages - femmes	17	Spécialistes	03	Spécialités de « plateaux techniques »
M	Médecins et sages - femmes	22	Spécialistes	04	Spécialités « médico-chirurgicales »
M	Médecins et sages - femmes	3	Spécialistes	05	Spécialités non classées
P	Pharmacies	1	Pharmacies de ville	01	Pharmacies d'officine
P	Pharmacies	1	Pharmacies de ville	02	Pharmacies mutualistes
P	Pharmacies	2	Pharmacies hospitalières	01	
T	Transporteurs	1	Ambulances	01	
T	Transporteurs	2	Taxis	01	
T	Transporteurs	3	Véhicules sanitaires légers	01	

T	Transporteurs	4	Transports en commun	01	
T	Transporteurs	5	Véhicules personnels	01	
T	Transporteurs	I	Transporteurs indéterminés	01	
Y	Psychologues cliniciens et psychothérapeutes	1		01	
X	Non renseigné	0		00	
I	Indéterminé	0		00	
N	Non concerné	0		00	

F01

Ce tableau présente la nomenclature jusqu'à son niveau 3 (sur 4). Les postes F11, F14, F21 et F22 sont les seuls utilisés pour le financement de la CSBM : certains postes de la nomenclature existent surtout en référence aux concepts de la comptabilité nationale (reste du monde, ISBLM) et sont inusités.

Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé
1	Administrations publiques	1	Administration centrale	1	Etat
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	1	Région
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	2	Département
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	3	Groupeement de commune
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	4	Commune
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	5	Territoire d'Outre-Mer
1	Administrations publiques	3	Administrations locales	6	Autre collectivité territoriale
1	Administrations publiques	4	Administrations de Sécurité sociale	1	Branche maladie
1	Administrations publiques	4	Administrations de Sécurité sociale	2	Branche vieillesse
1	Administrations publiques	4	Administrations de Sécurité sociale	3	Branche famille
1	Administrations publiques	4	Administrations de Sécurité sociale	4	Branche autonomie
1	Administrations publiques	8	Établissements médico-sociaux et sanitaires (secteur public et privé sans but lucratif)	0	
2	Ménages et sociétés financières	1	Ménages paiement direct	0	
2	Ménages et sociétés financières	2	Organismes complémentaires	1	Mutuelles
2	Ménages et sociétés financières	2	Organismes complémentaires	2	Institutions de prévoyance
2	Ménages et sociétés financières	2	Organismes complémentaires	3	Entreprises d'assurances
2	Ménages et sociétés financières	I	RAC AMO indifférencié	0	

3	Sociétés non financières	0		0	
4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLM)	0		0	
5	Reste du monde	0		0	

L02

Ce tableau présente la nomenclature jusqu'à son niveau 3 (sur 4), dans une version post-édition 2024.

Niveau 1		Niveau 2	
Code	Libellé	Code	Libellé
1	Établissements médico-sociaux	1	Établissements pour l'enfance et la jeunesse handicapée
		2	Établissements pour les adultes handicapés
		3	Établissements pour les personnes âgées
		4	Autres établissements d'accueil, d'hébergement et de réadaptation sociale
2	Établissements de santé	1	Établissements non spécialisés
		2	Structures d'hospitalisation à domicile (HAD)
		3	Établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR)
		4	Établissements spécialisés en psychiatrie
		5	Unités de soins de longue durée
		6	Établissements spécialisés autres que psychiatrie
		7	Centres de dialyse
		9	Autres établissements de santé
3	Établissements thermaux	0	
4	Centres médicaux	1	Centres de santé
		2	Centres médico-techniques
		3	Centres de produits humains
		4	Centres de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
		5	Centres de ressources et informations santé

5	Services à domicile et ambulatoires	1	Services médico-sociaux
		2	Services médicaux
6	Structures libérales et entreprises	1	Cabinets libéraux
		3	Laboratoires d'analyses libéraux
		4	Officines de ville
		5	Entreprises (transporteurs et fournisseurs)
I	Indifférencié	0	
N	Non concerné	0	
X	Non renseigné	0	

F02

Ce tableau présente la nomenclature jusqu'à son niveau 3 (sur 4).

Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé
1	Dépense engagée individuellement par les patients	1	Présentée au remboursement AMO	1	Part légale
1	Dépense engagée individuellement par les patients	1	Présentée au remboursement AMO	2	Ticket modérateur légal
1	Dépense engagée individuellement par les patients	1	Présentée au remboursement AMO	3	Dépassement
1	Dépense engagée individuellement par les patients	2	Non présentée au remboursement AMO	1	Dépense non remboursable AMO
1	Dépense engagée individuellement par les patients	2	Non présentée au remboursement AMO	2	Dépense remboursable mais non présentée AMO
2	Dépense engagée par les financeurs	1	Non individualisable par patient	0	
2	Dépense engagée par les financeurs	2	Individualisable par patient	0	
3	Revenus de remplacement et aides versées aux patients	1	Revenus de remplacement	0	
3	Revenus de remplacement et aides versées aux patients	2	Aides et prestations	0	
4	Echange entre patients et APU	1	Participations forfaitaires assurés	1	Franchises médicales
4	Echange entre patients et APU	1	Participations forfaitaires assurés	2	Participations forfaitaires 1 euro
4	Echange entre patients et APU	1	Participations forfaitaires assurés	3	Forfait journalier hospitalier
4	Echange entre patients et APU	1	Participations forfaitaires assurés	4	Forfait patient urgences
4	Echange entre patients et APU	2	Modulation ticket modérateur	1	Participations forfaitaires 24 euros (aka ticket modérateur forfaitaire)
4	Echange entre patients et APU	2	Modulation ticket modérateur	2	Majoration du ticket modérateur hors parcours de soins
4	Echange entre patients et APU	3	Indemnisation tarif d'autorité	0	

Drees MÉTHODES
N° 24 • octobre 2025

Produire les comptes de la santé avec les données du
Système national des données de santé

Directeur de la publication
Thomas WANECQ

Responsable d'édition
Valérie BAUER-EUBRIET

ISSN
2495-120X

