

Sources et méthodes

Méthodologie d'évaluation de la CSBM selon le caractère marchand ou non

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

- Les biens et les services « marchands » sont produits dans l'objectif d'être vendus sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunerations du personnel, achats des matières premières et des biens courants, loyers, impôts sur la production, etc.). La valeur retenue pour ces biens et services est le prix facturé hors impôt sur produit, auquel sont rajoutées d'éventuelles subventions reçues par le producteur, au motif que la prise en compte de ces subventions permet de mieux approcher la valeur économique du produit. Dans les comptes de la santé, les soins en clinique et les soins ambulatoires sont des services marchands, et les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) consommés en ambulatoire sont des biens marchands ;
- Les biens et les services « non marchands » sont produits sans objectif d'être vendus à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. L'activité de production non marchande ne vise pas à être économiquement rentable. Ces produits sont fournis en comptabilité nationale par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). Les prix affichés des biens et services non marchands, lorsqu'ils existent, sont considérés comme « économiquement non significatifs » et ne sont pas retenus pour estimer leur valeur économique. Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (les salaires versés et les consommations intermédiaires, y compris autres impôts à la production nets des subventions d'exploitation). Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers publics sont des services non marchands.

Écarts au cadre central des comptes nationaux

La définition de la valeur des biens et services retenue dans les comptes de la santé (la CSBM) diffère par certains points de celle du cadre central des comptes nationaux (la consommation effective des ménages en santé).

Le cadre central évalue la consommation au prix facturé y compris les taxes et subventions sur produits (la TVA par exemple). En accord avec les conventions internationales établies par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts, norme de référence internationale pour la production des comptes de la santé, les comptes de la santé définissent la CSBM comme une consommation effective des ménages en santé « ajustée », qui intègre les formes de subventions d'exploitation (subventions à la production) versées aux professionnels ou aux établissements de santé. Ainsi par exemple, les prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé exerçant en secteur 1, incluses dans la CSBM, sont exclues de l'estimation de la consommation effective des ménages en santé du cadre central. De même, les remises conventionnelles sur les biens médicaux, versées par les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux à l'Assurance maladie sont comptées dans la CSBM comme des moindres dépenses, qui réduisent le financement des biens médicaux par la Sécurité sociale. En accord avec les conventions internationales des comptes de la santé, les remises conventionnelles, si elles n'ont pas d'effet direct sur le prix TTC, puisqu'elles sont versées directement à l'Assurance maladie, contribuent à diminuer le prix TTC global des biens médicaux concernés. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises conventionnelles dites ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts.

Certaines dépenses hors champ de la CSBM, incluses dans l'agrégat plus large de la DCSi (voir *infra*), sont incluses dans la consommation effective des ménages en santé, car relevant de la consommation des ménages : c'est le cas notamment des tests et dépistages réalisés en laboratoire de biologie médicale, qui sont des dépenses de prévention au sens des comptes de la santé, ainsi que des soins de longue durée fournis par des infirmières ou des kinésithérapeutes.

L'estimation des soins hospitaliers publics

Les soins hospitaliers sont décomposés dans les comptes de la santé entre secteur public et secteur privé, le premier relevant de la catégorie des services non marchands, le second des services marchands.

Les établissements hospitaliers du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-dotation globale de financement (ex-DGF).

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-objectif quantifié national (ex-OQN).

Les données mobilisées sont fournies par l'Insee 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 technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour le secteur privé non lucratif. La dépense en hôpitaux militaires est évaluée à partir des financements que l'État leur verse.

Ces sources permettent d'établir la production non marchande financée par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) ainsi que celle à la charge des ménages ou des organismes complémentaires (paiements partiels des ménages).

La consommation de soins du secteur hospitalier public est évaluée en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération du personnel, consommation intermédiaire, impôts, subventions et autres charges, ainsi que la consommation de capital fixe. Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier, qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation, l'hôtellerie et la recherche. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire, et en excluant les soins hospitaliers publics en unité de soins de longue durée (classés en soins de longue durée et non en CSBM en accord avec les conventions internationales régissant les comptes de la santé).

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

L'estimation des soins en clinique et ambulatoire ainsi que des biens médicaux

Les comptes de la santé sont calculés sur le champ de la production marchande à partir des informations sur la consommation de soins et de biens médicaux présentes dans le Système national de données de santé (SNDS).

Le SNDS couvre l'ensemble des dépenses de santé totalement ou partiellement (avec un reste à charge) financées par les caisses d'assurance maladie. Cela inclut les dépenses au titre de dispositifs comme la complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale de l'État, dont les versements sont assurés par ces caisses malgré leur financement particulier. Le SNDS est mobilisé par les comptes de la santé pour l'ensemble des régimes d'affiliation, excepté les régimes spéciaux des parlementaires qui en sont absents, et pour la France entière y compris les versements du régime local d'Alsace-Moselle.

Les montants des dépenses de santé issues du SNDS sont ensuite calés sur les montants comptables des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) produits par les différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie, pour chaque poste comptable. Les TCDC, fournis par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, permettent également de connaître certaines dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'apparaissent pas dans le SNDS, principalement leurs participations aux cotisations sociales de certains médecins et auxiliaires médicaux.

Pour l'évaluation des dépenses de santé non remboursables par l'Assurance maladie, diverses sources sont utilisées, fournies notamment par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) pour les soins des professionnels non conventionnés, par l'entreprise OpenHealth pour celles des médicaments et dispositifs médicaux non remboursés et par l'Union nationale des associations agréées pour les soins des auxiliaires médicaux non remboursables (psychologues, ergothérapeutes, diététiciens, psychomotriciens, soins non pris en charge des pédicures-podologues).

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les sources disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue, par exemple les actes non remboursables des médecins.

Sources pour l'estimation du financement par les organismes complémentaires

Les comptes de la santé estiment une dépense totale, décomposée entre une prise en charge par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) et un reste à charge après Assurance maladie obligatoire. Cette deuxième composante est ensuite décomposée entre financement assuré par les organismes complémentaires, et participation directe des ménages.

L'estimation du financement par les organismes complémentaires est basée sur les états comptables et prudentiels collectés chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie. Ces états sont transmis à des fins statistiques à la DREES, qui les intègre dans les comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages est ainsi calculé dans les comptes de la santé par différence, comme un reliquat.

L'estimation de la DCSi

En plus de la consommation de soins et de biens médicaux, les comptes de la santé estiment la dépense courante de santé au sens internationale (DCSi), qui y ajoute les dépenses de soins de longue durée, de prévention et les coûts de gestion du système de santé. Si ces dépenses incluent à la marge de la consommation (soins de longue durée prodigués par des kinésithérapeutes, des infirmières ou encore en unité de soins de longue durée à l'hôpital, dépenses de prévention réalisées en laboratoire de biologie médicale ou en pharmacie), elles sont essentiellement d'une nature différente impliquant des sources spécifiques pour les estimer.

Les dépenses de prévention comprennent ainsi les dotations des administrations publiques à des programmes de prévention institutionnelle (par exemple M'T Dents pour la prévention bucco-dentaire), les financements de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), de l'Agence de la biomédecine, de l'Établissement français du sang et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des dépenses de fonds de prévention publics comme privés, et les cotisations des entreprises au financement de la médecine du travail.

Les dépenses dans le champ des soins de longue durée incluent : les prestations médico-sociales (en espèce ou en nature) finançant des aides à la vie quotidienne, versées aux ménages par les administrations publiques ; des estimations de la participation financière des ménages aux dépenses liées au handicap ou à la perte d'autonomie ; le financement de la Sécurité sociale aux établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, établissements spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, etc.).

Les coûts de gestion du système de santé sont estimés à partir des financements versés au ministère chargé de la Santé, des frais de fonctionnement des régimes de Sécurité sociale transmis par la Direction de la Sécurité sociale, ainsi que les frais de fonctionnement de la Haute Autorité de santé, de l'Agence technique de l'information hospitalière, du Centre national de gestion, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Ils incluent également les charges de gestion des organismes complémentaires (hors subventions d'exploitation et frais de gestion relatifs à la collecte de la taxe de solidarité additionnelle).

Dates d'arrêt des données

Les données utilisées pour les comptes de la santé sont arrêtées aux dates suivantes :

- Mai 2025 pour les données issues du SNDS (inclusion des flux de traitement antérieurs au 31 mai 2025, extraits en juin 2025) ;
- Mars 2025 pour les données comptables des TCDC (millésime 2024 validé par la Direction de la Sécurité sociale et transmis à la DREES) ;
- Juillet 2025 pour les états comptables et prudentiels collectés par l'ACPR auprès des organismes complémentaires (ce qui peut expliquer des écarts avec le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires publié par la DREES, pour lequel les données sont arrêtées à septembre 2025, ou avec d'autres publications de l'ACPR) ;
- Mai 2025 pour les données du secteur hospitalier public, issues du compte provisoire de l'Insee.