

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale de la consommation des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense, en lien notamment avec la gestion et le fonctionnement du système, ainsi que les soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé hors subventions) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire hors remises conventionnelles (vendus en officines ou en rétrocession hospitalière) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, véhicules pour handicapés physiques, matériels, pansements, etc.).

La notion de consommation se fonde sur le cadre conceptuel des comptes nationaux et regroupe les dépenses de biens et de services. Elle exclut donc les paiements reçus par les acteurs du système de santé sans contrepartie, autrement dit sans fournir de soins ou de biens médicaux. Ces transferts sont enregistrés en subventions au système de santé, sauf dans le cas des secteurs non marchands qui, par convention, ne reçoivent pas de subventions. En règle générale, il est impossible de distinguer, au sein des sources de financement d'un producteur non marchand, celles qui s'apparenteraient à une forme de subvention.

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

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

La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé

¹ Historiquement, la DREES construisait et analysait un agrégat appelé « dépense courante de santé » (DCS) qui englobait la CSBM sans correspondre à la DCSi. À compter de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES a décidé de ne plus produire la DCS pour favoriser la construction et l'analyse de la

directement consommée par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini par Eurostat au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Ainsi, les comptes de la santé alimentent les comparaisons internationales.

La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance (y compris les subventions au système de santé), et la prévention. Elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large (voir *infra*). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut les dépenses d'investissement, qui relèvent de la formation brute de capital fixe du système de santé. Elle exclut aussi les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation. La DCSi est définie sur le champ de la consommation des résidents¹ sur le territoire national pour les données harmonisées au niveau international. Cependant, pour les données françaises, le périmètre retenu est le même que celui de la CSBM, c'est-à-dire sur le champ des consommations effectuées sur le territoire national (sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

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

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

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

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

- La catégorie HC1 (« *curative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants curatifs ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à éliminer complètement la perturbation de l'état de santé. Il s'agit typiquement d'une consultation usuelle chez le médecin généraliste, d'une hospitalisation pour une appendicectomie, etc.
- La catégorie HC2 (« *rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants de réhabilitation ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à améliorer ou à restaurer l'état de santé afin de garantir au patient une qualité de vie et une participation non limitée à la vie sociale. Il s'agit typiquement de l'utilisation de prothèses auditives, la prise en charge d'un trouble psychique léger, etc.
- La catégorie HC1HC2 (« *curative and rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants ». Elle comprend l'ensemble des dépenses HC1 et HC2. Plus englobante, elle est souvent utilisée car, d'une part la distinction entre HC1 et HC2 est parfois délicate à effectuer d'un point de vue purement médical et d'autre part, les données disponibles ne permettent pas toujours de ventiler les dépenses aussi finement.
- La catégorie HC3 (« *long-term care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins de longue durée ». Cette catégorie comprend les soins à visée palliative : ils cherchent à atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé sans que le traitement vise à la neutralisation complète de la perturbation. La distinction avec la catégorie HC2 réside sur le fait que pour les dé-

DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international. Pour éviter des ambiguïtés par rapport aux éditions précédentes du Panorama, cet agrégat est qualifié dorénavant de DCSi « dépense courante de santé au sens international ». Cet agrégat n'a pas pu être produit l'année dernière, le confinement ayant dégradé les conditions de production des comptes. Dans cette édition 2021, une estimation de la DCSi 2020 est produite et analysée.

¹ En comptabilité nationale, les unités résidentes sont les unités (ici les ménages) qui ont un centre d'intérêt économique sur le territoire considéré. Usuellement, un ménage est considéré comme résident s'il effectue des opérations économiques pendant un an ou plus sur le territoire, sans aucune notion de nationalité ou de légalité du séjour.

penses en HC3 la compensation totale n'est pas un objectif. La catégorie HC3 correspond principalement à des soins pour personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, et pour personnes handicapées. Cette catégorie contient aussi une composante médico-sociale. Si les données françaises sont conformes à la nomenclature internationale, cette composante médico-sociale n'est toutefois pas encore renseignée par l'ensemble des pays européens et de l'OCDE. Cette non-conformité appelle à la vigilance lors des analyses en comparaisons internationales.

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

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

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

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

- La catégorie HP1 (« *hospitals* ») est désignée dans l'ouvrage par « hôpitaux ». Cette catégorie renvoie aux établissements de santé, soumis à autorisation légale d'exercice, fournissant des services médicaux, des diagnostics et des traitements. Il s'agit donc de l'activité des hôpitaux du secteur privé ou public.
- La catégorie HP2 (« *residential long-term care facilities* ») est désignée dans l'ouvrage par « établissements résidentiels ». Cette catégorie regroupe les établissements de santé spécialisés dans les traitements de longue durée combinant une activité sanitaire et une activité médico-sociale. Il s'agit principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes handicapées.
- La catégorie HP3 (« *providers of ambulatory health care* ») est désignée dans l'ouvrage par « cabinets de ville ». Cette catégorie comprend les établissements spécialisés en ambulatoire (sans aucun mode d'hébergement). Il s'agit des cabinets des médecins, des chirurgiens-dentistes, des

sages-femmes, des infirmiers, etc. Les soins réalisés par ces mêmes professionnels en centres de santé ou maisons de santé sont aussi inclus.

- La catégorie HP4 (« *providers of ancillary services* ») est désignée dans l'ouvrage par « laboratoires et assimilés ». Il s'agit des prestataires fournissant des services sanitaires auxiliaires, c'est-à-dire qui interviennent sous la supervision d'un professionnel de santé mais sans constituer une prise en charge autonome. En France, il s'agit typiquement des laboratoires d'analyse et d'imagerie (aide au diagnostic) ainsi que des transports sanitaires.
- La catégorie HP5 (« *retailers and others providers of medical goods* ») est désignée dans l'ouvrage par « officines et assimilés ». Il s'agit des prestataires dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux (médicaments, matériel médical, pansements, etc.). En France, il s'agit principalement des officines de pharmacies.
- La catégorie HP6 (« *providers of preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs de prévention ». Il s'agit en France des institutions finançant la prévention institutionnelle, c'est-à-dire fournissant principalement des programmes de prévention collective et de santé publique.
- La catégorie HP7 (« *providers of health care system administration and financing* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs des dépenses de gouvernance ». Il s'agit des institutions principalement impliquées dans la régulation et l'administration du système de santé.
- La catégorie HP8 (« *rest of economy* ») est désignée dans l'ouvrage par « reste de l'économie ». Il s'agit des tous les financeurs de dépenses non classés ailleurs.

Comme, d'une part, la quasi-CSBM est définie par l'ensemble des dépenses relevant des fonctions HC1, HC2, HC4 et HC5 et que, d'autre part, la dimension HC (fonction de la dépense) est très liée à la dimension HP (prestataires de la dépense), les prestataires de la quasi-CSBM relèvent très majoritairement des catégories HP1, HP3, HP4 et HP5.

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

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

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

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

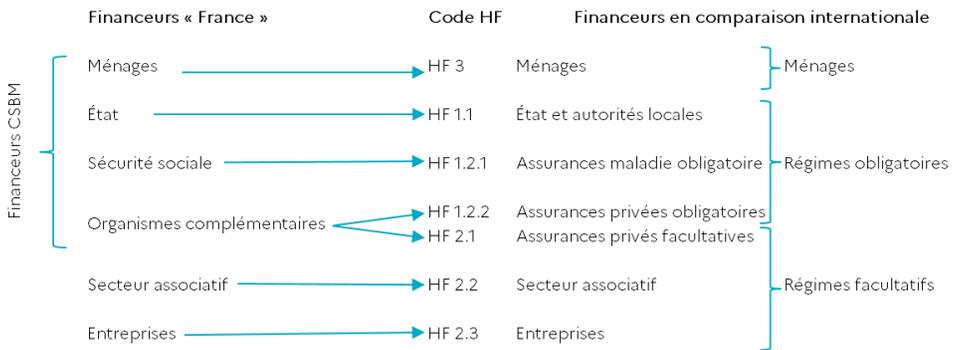
Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.

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

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

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

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



Pour en savoir plus

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

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation, un prix qui n'est pas économiquement interprétable implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. 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 vendu sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir à minima les coûts de production (rémunérations du personnel, achat 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, mais y compris subvention sur produit qui est considéré comme une évaluation correcte de leur valeur économique. Dans les comptes de la santé, l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée sont classés dans cette catégorie.
- À l'inverse, les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendu à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. L'activité de production « non marchande » ne vise donc pas à être économiquement rentable. Ces produits sont fournis en comptabilité nationale par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). Les prix affichés des biens et services non marchands sont considérés comme « économiquement non significatifs » et ne sont donc pas retenus pour estimer leur valeur économique « réelle ». Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (principalement les salaires versés et les consommations intermédiaires). En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics s'apparentent à des services non marchands.

Les soins ambulatoires

Pour établir la consommation des soins ambulatoires, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, la Mutualité sociale agricole [MSA] et onze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les versements de l'Assurance maladie aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé ainsi que les remboursements de soins effectués par la Sécurité sociale aux assurés. Elles renseignent également, pour une année donnée, les transferts au profit des professionnels de santé (rémunération sur objectifs de santé publique [ROSP], rémunérations sur contrat, etc.) et les dotations aux provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées à la date de la clôture du compte (le concept de dépenses en date de soins étant privilégié).

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

Les dépenses prises en charge par l'État sont évaluées grâce aux données de la CNAM pour les dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C) et de l'aide médicale d'État (l'AME). Les prises en charge des dépenses de santé des anciens combattants sont repérées dans les documents budgétaires des dépenses de l'État.

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

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

Les dépenses de médicaments non remboursables sont renseignées grâce aux données des Entreprises du médicament (LEEM) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa) et les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du Sniiram.

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

Les soins hospitaliers

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

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

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

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



Les comptes de la santé retracent, dans l'agrégat principal de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), l'ensemble des soins délivrés par les hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en unité de soins de longue durée [USLD], en établissement d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi), en dehors de la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

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

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

correspondant à une production marchande recouvrant, par exemple, la mise à disposition de personnel facturé, les majorations pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, etc. Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation ou l'hébergement. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire.

Les données mobilisées permettent d'établir la consommation de soins du secteur public telle que définie ci-dessus et fournissent les paiements reçus des ménages. Les dépenses de l'État en faveur des hôpitaux étant également estimées à partir des données statistiques, le financement par la Sécurité sociale est obtenu par solde.

Le secteur hospitalier public étant déficitaire, la valeur de la production estimée par les coûts est supérieure à ses recettes. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux qui est ainsi retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

(1) Facteurs de production tirés des emplois

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

(2) Corrections - Hors champ

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

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

À la production des hôpitaux publics civils ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

B. Les établissements de santé du secteur privé

Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour des services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus, les forfaits, les dotations de fonctionnement (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [MIGAC], incitation financière à l'amélioration de la qualité [IFAQ], coefficient prudentiel) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

La consommation de soins de santé hospitaliers du secteur privé est évaluée comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale (voir *supra*).

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

Au cours de l'année 2020, l'Assurance maladie a mis en place des aides spécifiques en direction des praticiens et des établissements ayant subi des pertes d'activité à cause des mesures de restrictions sanitaires. Dans les comptes de la santé, ces aides ne sont pas considérées comme des dépenses de santé, mais comme des subventions à la production en direction du système de santé. Elles n'entrent donc pas dans le calcul de la CSBM, mais sont comptabilisées au sein du poste gouvernance des dépenses courantes de santé au sens internationale (DCSi).

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

Les dispositifs de soutien diffèrent selon le mode d'exercice :

- Pour les praticiens libéraux, un dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) a été mis en place à compter du mois de mai 2020. Il vise à garantir à chaque professionnel de santé la capacité à faire face à ses charges fixes professionnelles et à lui permettre de reprendre son activité au terme de la crise. Ces aides représentent une enveloppe de 1,4 milliard d'euros en 2020.
- Pour les cliniques privées, une garantie de financement a été mise en œuvre, afin d'assurer un niveau de financement au moins égal à celui de l'année 2019. Cette garantie s'élève à 1,0 milliard d'euros en 2020.
- Pour les établissements médicaux-sociaux, un mécanisme de compensation financière a aussi été mis en place, pour un montant de 0,5 milliard d'euros en 2020.
- Pour les hôpitaux publics, le cadre général des comptes nationaux ne prévoit pas que les services non marchands puissent recevoir de subventions à la production. Comme dans les précédentes éditions des comptes de la santé, la production de soins hospitaliers a été évaluée par les coûts de production des hôpitaux.

Les révisions de l'édition 2020 des comptes de la santé

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

Les différentes sources de révision des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. Trois types de révisions se distinguent : **les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champs et les révisions méthodologiques.**

Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées à la production des comptes pour toutes les années 2010 à 2020. Pour la prochaine édition des comptes de la santé, il est prévu une rétropolation des données jusqu'à l'année 2001.

1) Les révisions liées au caractère provisoire des données

Les données sous-tendant l'élaboration des comptes de la santé peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année $n+1$. Lors de la clôture des comptes de l'année n , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année $n+1$, les dépenses réelles relatives à l'année n sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2020 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2019 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années antérieures sont considérées comme définitives.
- Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public sont construites à partir des données de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2019 et 2020 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2018 et antérieures sont définitives, sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2021 des comptes de la santé, les données 2020 sont provisoires, celles de 2019 et antérieures sont définitives.
- Enfin, les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir *annexe 2* sur la méthodologie des comptes de la santé). Liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.

2) Les modifications de champ

Les comptes de la santé s'appuient sur les concepts mis en place au niveau international dans le cadre du Système des comptes de la santé (*System of Health Accounts*, SHA), permettant d'effectuer les comparaisons des dépenses de santé entre les différents pays. Ces concepts sont développés dans le manuel SHA, rédigé conjointement par l'OCDE et Eurostat. Afin de s'approcher au maximum des standards préconisés au niveau international, deux révisions de champ ont été intégrées à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2021 des comptes de la santé.

a) L'ajout des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à la CSBM

Les SSIAD étaient jusque-là comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international, mais étaient exclus de la dépense de soins et de biens médicaux (CSBM). Afin de rapprocher les

deux agrégats, il a été décidé d'ajouter les SSIAD dans le poste des soins infirmiers de la CSBM. Cette révision accroît la CSBM de 1 882 millions d'euros en 2020 (tableau 1).

Tableau 1 Montant des dépenses au titre des SSIAD entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
SSIAD	1 466	1 541	1 607	1 638	1 660	1 678	1 724	1 742	1 762	1 882

Source > DREES, comptes de la santé.

b) L'intégration des remises conventionnelles

En France, la négociation des prix des produits de santé avec les producteurs est menée par le comité économique des produits de santé (CEPS), pour le compte de l'Assurance maladie. Ces négociations peuvent déboucher pour certains produits au versement de remises dites conventionnelles par les producteurs au bénéfice de l'Assurance maladie. Principal financeur des dépenses de médicaments en France, cette dernière est à la fois le requérant et le bénéficiaire de ces remises.

En 2021, une notice méthodologique a été rédigée par l'OCDE afin de préciser la façon dont devaient être comptabilisées les remises conventionnelles dans les dépenses de santé au sens international. Suivant cette notice, les remises conventionnelles doivent être considérées comme des rabais relevant d'un mécanisme de négociation des prix *ex ante* entre acheteur et producteur. Elles doivent donc venir se déduire de la part des dépenses de médicaments payée par l'Assurance maladie. Elles contribuent ainsi à réduire le prix final payé par le financeur.

En France, ces remises conventionnelles sont de trois types :

- **Les remises ATU** pour les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation. Ces remises visent à réduire le prix des nouveaux médicaments innovants. Ces médicaments étant assez onéreux, ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Ces remises pouvant être reliées à un médicament particulier, elles ont été intégrées dans les comptes de la santé.
- **Les remises produits**, liées à des volumes de vente sur certains médicaments. Individualisables elles aussi, elles sont prises en compte dans les comptes de la santé.
- **Les remises globales**, indexées sur le chiffre d'affaires global des fabricants. Non individualisables, ces remises sont considérées comme des prélèvements obligatoires dans la comptabilité nationale. Dans le cadre des comptes de la santé, il a été aussi estimé que ces remises ne pouvaient être rattachées clairement à un médicament précis. Elles sont donc enregistrées comme des taxes payées par l'industrie pharmaceutique, contrairement aux autres formes de remises enregistrées en moindres dépenses. En 2020, ces remises globales représentent 1 % du montant total des remises conventionnelles.

Dans les précédentes éditions des comptes de la santé, les remises conventionnelles étaient comptabilisées au sein de la dépense courante de santé au sens international. Leur intégration dans la CSBM la réduit de 4,0 milliards d'euros en 2020 (tableau 2). Ces remises ont fortement progressé au cours des dernières années. Leur prise en compte impacte donc aussi les évolutions publiées cette année par rapport aux précédentes publications.

Tableau 2 Montant des dépenses au titre des remises conventionnelles entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hôpital public	-62	-60	-77	-171	-163	-211	-266	-354	-518	-1 264
Cliniques privées	-25	-24	-31	-67	-64	-84	-105	-140	-205	-259
Médicaments en ville	-257	-247	-320	-706	-674	-875	-1 101	-1 465	-1 639	-2 501
Ensemble des remises	-344	-330	-428	-944	-901	-1 170	-1 472	-1 959	-2 362	-4 024

Champ > Remises ATU et remises produits, hors remises globales.

Source > DREES, comptes de la santé.

3) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes (tableau 3).

Dans l'édition 2020, plusieurs améliorations avaient été apportées aux comptes :

- Répartition des contrats et des rémunérations forfaitaires entre les différents postes.
- Amélioration du calcul des séries d'indices de prix utilisées pour affiner le partage volume/prix.

Dans l'édition 2021, les améliorations méthodologiques sont les suivantes :

- **Amélioration du partage des dépenses en ville selon le lieu d'exécution.** Cette nouvelle méthode de répartition des dépenses entre les différents lieux d'exécution majore les dépenses en cliniques privées de 500 millions d'euros en 2019 et réduit d'autant les dépenses des médecins spécialistes en ville.
- **Amélioration du calcul des dépassements.** Le calcul des dépassements se fonde à présent sur des données plus exhaustives. Les dépassements des médecins spécialistes et des dentistes sont révisés à la hausse, de respectivement 150 et 160 millions d'euros.
- **Utilisation des données économiques pour les biens médicaux.** Sur le champ des biens médicaux, où le financement par l'Assurance maladie est assez faible (par exemple l'optique), les données comptables devaient être enrichies par des données statistiques. Après expertise, la bascule de l'ensemble du compte des biens médicaux vers les données statistiques tirées du système national des dépenses de santé (SNDS) modifie peu le niveau des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie et enrichissent considérablement le niveau de détail des données sur ce poste. Cette bascule augmente le niveau des dépenses des biens médicaux de 250 millions d'euros en 2020.
- **Autres corrections.** Des révisions méthodologiques ont été apportées sur le calcul du forfait journalier (révision à la baisse de 160 millions d'euros), sur le calcul du ticket modérateur des médicaments (révision à la hausse de 100 millions d'euros). Enfin, de nouveaux postes de dépenses ont été intégrés à la consommation de soins et de biens médicaux (honoraires de soins des pharmaciens pour 30 millions d'euros et coefficient prudentiel pour 70 millions d'euros).

Tableau 3 Bilan des révisions par poste en 2019

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2019		Écart	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2020	En millions d'euros	En %
Hôpitaux publics	74 505	74 892	-387	-0,5
Cliniques privées	22 416	22 141	275	1,2
Médecins généralistes	9 912	9 754	159	1,6
Médecins spécialistes	12 366	12 902	-536	-4,3
Sages-femmes	394	389	5	1,2
Dentistes	11 958	11 801	157	1,3
Infirmiers	10 576	8 811	1 765	16,7
Masseurs-kinésithérapeutes	6 453	6 465	-12	-0,2
Orthophonistes	1 204	1 200	4	0,4
Orthoptistes	275	275	0	0,0
Pédicures	44	43	0	0,3
Cures thermales	398	398	1	0,2
Laboratoires	4 513	4 525	-13	-0,3
Médicaments	31 257	32 592	-1 335	-4,3
Biens médicaux	17 043	16 798	245	1,4
Transports médicaux	5 058	5 051	7	0,1
CSBM	208 372	208 037	335	0,2

Source > DREES, comptes de la santé.

Par postes de dépenses, les révisions les plus importantes sont liées aux modifications du champ (*tableau 4*) et concernent l'hôpital public, les soins infirmiers et les médicaments. En excluant ces modifications, les autres types de révisions touchent particulièrement le poste des médecins spécialistes (-4,3 % en 2019) essentiellement du fait de la révision de la répartition des soins par lieu d'exécution.

La majeure partie de la révision de la CSBM de 2019 s'explique par les modifications de champs (-600 millions d'euros), mais les révisions des données (585 millions d'euros) et les consolidations des données provisoires (350 millions d'euros) influent aussi sur les données diffusées cette année.

Les révisions méthodologiques ont un effet important sur le reste à charge des ménages, il était évalué en 2019 à 6,9 % (*tableau 5*) de la CSBM dans la précédente édition contre 7,2 % dans l'édition 2021, soit une hausse de 0,3 point.

Tableau 4 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2019 entre l'édition 2020 et 2021, par source de révision

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2019
Consolidation des données provisoires	350
Hôpital	140
Médicaments	40
Honoraires médecins généralistes	30
Médicaments non remboursables	40
Modification du champ	-600
Remises conventionnelles	-2 360
Ajout du SSIAD	1 760
Révisions des données	585
Forfait journalier clinique	-160
Ajout coefficient prudentiel clinique	70
Bascule aux données statistiques pour les biens médicaux	250
Dépassement dentistes	160
Dépassement spécialistes	150
Ajout honoraire soin des pharmaciens	30
Ticket modérateur médicament	100
Autres révisions	-15
Ensemble des révisions	335

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 Révision des dépenses de santé entre l'édition 2021 et l'édition 2020, par financeur

En millions d'euros et en point de pourcentage

	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Sécurité sociale	362	-19	-346	-0,1	-0,2	-0,3
État, CSS versée par les organismes de base	-128	-54	-36	-0,1	0,0	0,0
Organismes complémentaires	-16	-32	-22	-0,1	0,0	0,0
Ménages	510	580	740	0,2	0,3	0,3
CSBM	728	476	337	so	so	so

Lecture > Dans l'édition 2021 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 337 millions d'euros pour l'année 2019. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 740 millions d'euros. Dans l'édition 2021, la part des dépenses à la charge des ménages représente 7,2 % de la CSBM contre 6,9 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,3 point de pourcentage.

Sources > DREES, comptes de la santé (éditions 2019 et 2020).

En excluant les modifications de périmètre de la CSBM, le montant des révisions a tendance à s'accroître sur les quatre dernières années (*tableau 6*), alors qu'elles restaient assez stables les années antérieures (entre +0,0 % à +0,1 %). À l'inverse, les modifications de périmètre (ajout des SSIAD et des remises conventionnelles) ont une influence plus forte sur les années les plus anciennes. En effet, le montant des remises conventionnelles retranché à la dépense est relativement bas en début de période et augmente fortement et de façon continue sur les années récentes.

Enfin, d'autres travaux méthodologiques sont en cours, en particulier sur le calcul du ticket modérateur et sur l'utilisation des données économiques pour d'autres postes de dépenses. Ces travaux ont débuté en 2021 et seront poursuivis au premier semestre 2022. Leur aboutissement est susceptible de modifier les résultats présentés dans l'édition 2021 des comptes de la santé.

Tableau 6 Synthèse des révisions des dépenses de santé (CSBM) entre 2010 et 2019

En % de la CSBM

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Écart intégrant les modifications de champ	0,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2
Écart à champ constant	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,4

Sources > DREES, comptes de la santé.

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

Les révisions de la CSBM s'appliquent également à la DCSi. Mais l'agrégat prenant en compte davantage de dépenses de santé, certaines modifications méthodologiques s'appliquent uniquement à la DCSi.

Ainsi, entre l'édition 2020 de l'ouvrage et l'édition 2021, la DCSi de 2018 est révisée de +0,1 %, soit une révision de 0,3 milliard (*tableau 7*).

Sur le champ spécifique de la DCSi, ce sont les dépenses de gouvernance qui sont principalement révisées en lien avec un élargissement du champ de la fonction gouvernance qui intègre à présent les subventions (*tableau 8*). Les subventions en 2018 comprennent essentiellement la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (issues de la dotation du Fonds d'intervention régional), les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission. Au total, ces subventions pérennes représentent 3,3 milliards d'euros en 2018.

Le poste gouvernance devra augmenter de nouveau dans le cadre de l'exercice 2020 de la DCSi dans la mesure où des dispositifs exceptionnels mis en place dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, tels que le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) ou les garanties de financement à destination des cliniques privées et des établissements médico-sociaux, seront comptabilisés dans ce poste (+3 milliards d'euros en 2020).

Les révisions méthodologiques sur la CSBM ont également des conséquences sur l'agrégat DCSi. Les remises conventionnelles qui sont désormais comptabilisées en moindre dépense de médicaments étaient auparavant enregistrées en moindre dépense de gouvernance. Cette nouvelle comptabilisation des remises conduit ainsi à une réduction sur les biens médicaux de ce poste pour un montant de 1,0 milliard en 2018. Les révisions méthodologiques sur le calcul des dépenses auxiliaires, et notamment sur le poste de radiologie, conduisent également à une diminution de 1,5 milliard. Concernant les soins courants, il s'agit essentiellement de révisions liés à la consolidation des données provisoires.

Les SSIAD dans le cadre de la DCSi sont toujours comptabilisés dans le poste « soins de longue durée » et ne sont pas comptabilisés parmi les soins courants.

Les révisions de la DCSi présentées ici ont été intégrées à la production des comptes pour toutes les années de 2013 à 2019.

Tableau 7 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2018

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2018		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2020	En niveau	En %
Soins courants	140 926	142 099	-1 173	-0,8
Services auxiliaires	12 253	13 822	-1 569	-12,8
Biens médicaux	47 754	48 785	-1 031	-2,2
Soins de longue durée	41 244	41 371	-127	-0,3
Prévention	4 986	4 777	209	4,2
Gouvernance	18 939	14 909	4 030	21,3
DCSi	266 101	265 764	337	0,1

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 8 Les subventions au système de soins

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020
Subvention pérenne	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	3 633
Subvention exceptionnelle liée à la lutte contre l'épidémie de Covid-19						2 993
Totalsubventions	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	6 625

Source > DREES, comptes de la santé.

Le partage volume/prix dans les comptes de la santé

L'un des principaux objectifs des comptes nationaux de la santé (CNS) est de mesurer l'effort que la France consacre à la santé. Pour cela, les CNS fournissent chaque année une estimation détaillée de la valeur des soins et biens médicaux consommés en France. Ces données sont exprimées en valeurs monétaires (en euros). Toutefois, cette première approche des dépenses en valeur n'est pas suffisante pour appréhender pleinement l'évolution des dépenses. En effet, les dépenses en valeur peuvent évoluer à la suite d'une modification des prix (effet prix) ou d'une variation des volumes (effet volume). Les volumes peuvent quant à eux varier en raison d'une modification des quantités consommées (effet quantité) ou de changements de qualité (effet qualité).

La décomposition de l'évolution de la valeur entre celle des volumes et des prix (ou partage volume/prix) cherche à distinguer l'ensemble de ces effets.

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des produits (biens ou services) hétérogènes.

Pour une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. Ainsi, pour un produit homogène, la décomposition élémentaire s'écrit en niveau :

$$\text{val}(i, t) = \text{vol}(i, t) \times \text{prix}(i, t)$$

où i désigne le produit homogène considéré et t la date.

Ainsi, l'évolution entre deux dates de la valeur d'un produit déterminé résulte d'une variation des volumes d'une part, et d'une variation des prix d'autre part. Le partage volume/prix de la valeur s'obtient en combinant des indices d'évolution, c'est-à-dire des indicateurs qui s'interprètent uniquement en termes d'évolution (et non en niveau) :

$$I^{\text{val}}(i, t) = I^{\text{vol}}(i, t) \times I^{\text{P}}(i, t)$$

$$\text{avec } I^{\text{val}}(i, t) = \frac{\text{val}(i, t)}{\text{val}(i, t-1)}, I^{\text{vol}}(i, t) = \frac{\text{vol}(i, t)}{\text{vol}(i, t-1)} \text{ et } I^{\text{P}}(i, t) = \frac{\text{prix}(i, t)}{\text{prix}(i, t-1)}$$

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, avec des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques ne fait pas sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. La comptabilité nationale introduit la notion de « volumes aux prix de l'année précédente » qui somme les volumes élémentaires en les pondérant par les prix de l'année précédente afin de sommer des grandeurs toutes homogènes à des euros de l'année précédente. L'évolution de la valeur d'un ensemble de produits hétérogènes se décompose ainsi entre une variation de volumes au prix de l'année précédente et un effet de prix.

En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres : dans la plupart des cas, l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite.

La construction des indices

Notations :

Soit un panier de produits élémentaire homogène. $\text{Val}(t)$ désigne à la date t sa valeur, $\text{Vol}(t)$ son volume et $\text{P}(t)$ son prix.

i désigne un produit élémentaire homogène échangé à la date t en quantité $q(i, t)$ à un prix $p(i, t)$, $\text{val}(i, t)$ est sa valeur.

Valeurs :

La valeur à la date t du panier considéré est par définition :

$$\text{Val}(t) = \sum_i \text{val}(i, t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t)$$

L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années t et $t-1$:

$$\frac{\text{Val}(t)}{\text{Val}(t-1)} = \frac{\sum_i \text{val}(i, t)}{\sum_i \text{val}(i, t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}$$

La logique du partage volume/prix stipule que l'indice (d'évolution) de valeur est aussi le produit entre l'indice (d'évolution) de volume et l'indice (d'évolution) de prix.

Volumes :

Le volume du panier à la date t , défini dans les comptes de la santé comme « aux prix de l'année précédente », est :

$$\text{Vol}(t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)$$

Pour construire un indice d'évolution, il est supposé que le volume et la valeur sont égaux une année de référence, dite année de base. Dans une approche « au prix de l'année précédente », comme dans le présent ouvrage, l'année de référence est toujours l'année précédente.

L'indice d'évolution de volume est un indice dit de Laspeyres :

$$\frac{\text{Vol}(t)}{\text{Vol}(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{\text{val}(i, t-1)}{\text{Val}(t-1)} \right) \times \frac{q(i, t)}{q(i, t-1)} \right]$$

L'évolution en volume aux prix de l'année précédente correspond à la somme des évolutions en quantité des biens élémentaires pondérées par le poids dans la valeur à la date précédente.

Prix :

L'indice des prix se déduit de la construction de l'indice de volume ; il prend la forme d'un indice dit de Paasche :

$$\begin{aligned} \frac{P(t)}{P(t-1)} &= \frac{\text{Val}(t) / \text{Val}(t-1)}{\text{Vol}(t) / \text{Vol}(t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} \times \frac{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \end{aligned}$$

L'évolution du prix du panier fait intervenir les prix aux deux dates et la quantité uniquement à la date t .

L'indice de prix se définit donc comme une mesure synthétique de l'évolution de prix de biens et services. Celui-ci n'évolue pas comme un prix moyen. En effet, un prix moyen est généralement obtenu en divisant la somme des prix de vente des biens vendus pendant une période donnée par le nombre de ces biens. Sa variation dans le temps peut dépendre non seulement de la variation du prix de chaque bien considéré individuellement mais également par exemple de la variation de la structure des biens vendus. À l'inverse, l'indice de prix mesure la variation du prix des biens d'un panier fixe de biens et services : il a donc pour objectif précis de refléter l'évolution du prix des biens indépendamment de la structure des biens vendus.

Prix – quantité – qualité :

Le partage ci-dessus permet d'agréger différents biens entre eux mais suppose que les biens restent homogènes dans le temps, seuls leurs prix et leurs quantités consommées évoluent. Cette stabilité est rarement constatée, d'autant plus que la plage temporelle est grande ou que le panier est large. Dans ces cas-là, les indices de prix cherchent toujours à mesurer un effet prix « pur » c'est-à-dire à mesurer l'évolution des prix comme si les produits ne changeaient pas. Les indices de prix sont dits « à qualité constante ». En conséquence, l'indice de volume combine deux facteurs : un facteur quantité (parfois appelé « volumes physiques ») et un facteur « qualité ». Par exemple, dans la consommation de voitures, la quantité peut être appréciée par l'évolution du nombre de véhicules vendus, la qualité appréciée par la montée en gamme (ABS, radar de recul, etc.) et l'évolution du prix comme la dynamique des prix unitaires hors montée en gamme. La comptabilité nationale considère que la qualité peut être définie à partir des facteurs suivants :

- une amélioration ou dégradation de la qualité intrinsèque des produits ou services consommés ;
- un changement de la structure de consommation à prix inchangés ;
- une modification des circuits de distribution.

Il ne faut pas confondre le concept de qualité tel que défini en comptabilité nationale avec la mesure de la qualité thérapeutique des soins, par exemple définie par l'Institut de médecine des États-Unis comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Le concept de qualité de la comptabilité nationale peut se voir comme une propension à payer plus grande, que cette propension soit ou non (à tort ou à raison) scientifiquement justifiée.

La notion de volume au niveau agrégé est donc plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité. Si le partage de la valeur en volume et prix est bien établi dans les comptes de la santé, le partage du volume en quantité et qualité est un axe de développement méthodologique embryonnaire.

En pratique, l'indice de volume peut également se définir comme le rapport entre l'indice de valeur et l'indice de prix. L'effet qualité peut également s'interpréter comme la part de la dynamique des volumes inexpliquée par la dynamique des quantités.

Les indices de prix dans les comptes nationaux de la santé

Le prix des soins hospitaliers publics

Les soins hospitaliers publics sont considérés comme des services non marchands¹. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc déduit par une mesure directe du volume de service fournie par les établissements de santé publics (méthode *output* à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements [SAE] réalisée par la DREES, ainsi que des données d'activité fournies par l'ATIH).

Le prix des soins en cliniques privées

À la différence du secteur public, pour les cliniques privées la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la part tarifaire (tarifs infra-annuels réglementaires des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), la liste en sus et la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses biologiques)².

1. Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

2. Dans les comptes de la santé, la consommation de soins en cliniques privées comprend également les honoraires perçus par les professionnels de santé exerçant en tant que libéraux au sein de ces établissements.

Le prix des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes

L'indice des prix à la consommation produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas les rémunérations forfaitaires qui ne sont pas facturées aux ménages, mais prises en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cas des soins de médecins, l'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ légèrement différent des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (*i.e.* hors honoraires en cliniques privées). Depuis 2016, l'Insee produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins (généralistes et spécialistes). Jusqu'en 2016, les soins de médecins généralistes et spécialistes sont déflatés *via* l'indice de prix global. À partir de l'année 2016, les soins de médecins généralistes et spécialistes sont déflatés par les indices spécifiques.

Le prix des soins sur lettres-clés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, etc.)

Le prix d'un acte est défini à partir d'une lettre-clé et d'un coefficient pour certains postes, par exemple les soins de masseurs-kinésithérapeutes, les analyses de laboratoires, les soins des infirmiers, etc. Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre une lettre-clé, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte c'est-à-dire à un certain nombre de lettres-clés. Par exemple, pour les soins infirmiers, la lettre AMI vaut 2,65 euros (tarif France métropolitaine – avril 2017), tandis qu'un prélèvement par ponction veineuse directe effectuée par un infirmier est coté 1,5 AMI. Le coût du prélèvement est donc 3,98 euros (1,5 x 2,65 euros).

Pour les postes des soins de masseurs-kinésithérapeutes et des soins infirmiers, l'indice des prix à la consommation produit par l'Insee suit les évolutions des lettres-clés définies par l'Assurance maladie. Avec un indice de prix calé sur les évolutions des lettres-clés, les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation (et non à des revalorisations de lettres-clés) n'influencent pas l'indice de prix, et sont donc enregistrées dans les comptes de la santé comme des effets sur les volumes.

Le prix des analyses de laboratoire

Pour le poste des analyses de laboratoire, l'indice de prix est calculé à partir du prix facturé sur un ensemble d'actes de laboratoire (par exemple : 1104 - Hémogramme y compris plaquettes [NFS, NFP], 1208 - T.S.H, examen de diagnostic d'une dysthyroïdie de première intention ou examen de suivi thérapeutique, etc.).

L'indice de prix combine donc l'évolution des lettres-clés et des cotations. L'indice le plus représentatif est disponible qu'à partir de 2019 ; sur les années antérieures, l'indice de prix a été rétroposé sur un échantillon plus restreint d'actes de laboratoire. Avant l'édition 2020, l'indice de prix a été calculé en suivant uniquement la valeur des lettres-clés, comme pour les masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, etc.

Le prix des rémunérations forfaitaires

Depuis l'édition 2020 des comptes de la santé, les rémunérations forfaitaires sont, pour la plupart d'entre elles, retracées directement dans les postes auxquelles elles se réfèrent. L'indice de prix qui est appliqué aux rémunérations forfaitaires est, par convention, le même indice que pour le reste du poste (par exemple : le prix des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes suit celui du poste médecin généraliste).

Le prix des médicaments

Les indices de prix à la consommation (IPC) des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont ceux calculés par l'Insee. Les prix retenus sont les prix de vente TTC en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'IPC cherchant à mesurer l'évolution des prix, un nouveau médicament n'est intégré effectivement à l'indice que l'année suivant son introduction *via* sa dynamique de prix et non directement son niveau.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation

nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, un médicament n'est pas considéré comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Ainsi, la baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'Insee : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans **Aunay, T.**, (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour personnes diabétiques, etc.), celui du matériel médico-chirurgical, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers, etc. Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des véhicules pour handicapés physiques (VHP), etc. Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense. Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices (à qualité constante).

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : automatisation des listes
AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : affection de longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMM : autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
AMO : assurance maladie obligatoire
AMOS : assurance maladie – offre de soins (base de données de l'Assurance maladie)
AMY : actes d'orthoptie
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'informations partagés de santé.
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP : accidents du travail-maladies professionnelles
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTIC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
Camieg : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CEPS : Comité économique des produits de santé

CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers

CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie (remplace la CNAMTS à partir de 2018)

CNETH : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : comptes nationaux de la santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPS : comptes de la protection sociale

CRP : centre de rééducation professionnelle

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

CSS : complémentaire santé solidaire

D

DCSi : dépense courante de santé au sens international

DGFIP : Direction générale des finances publiques

DGH : dotation globale hospitalière

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMI : dispositifs médicaux implantables

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la Sécurité sociale

DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France en 2016)

Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : équivalent temps plein

F

FAc : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FBCF : formation brute de capital fixe

FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FIR : Fonds d'intervention régionale

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (médicament)

GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)

GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)

GIR : groupe iso-ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

I

Ifsi : institut de formation aux soins infirmiers

IJ : indemnités journalières

IME : institut médico-éducatif

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France en 2016)

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INTS : Institut national de la transfusion sanguine

InVS : Institut national de veille sanitaire (devenu Santé publique France en 2016)

IP : institution de prévoyance

IPC : indice des prix à la consommation (Insee)

IPCH : indice des prix à la consommation harmonisé

ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MIRES : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »

MSA : Mutualité sociale agricole

N

NM : les 13 nouveaux États membres ayant rejoint l'Union européenne entre 2004 et 2013 : Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Tchéquie

O

OC : organismes complémentaires

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie

OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)

OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu

OMS : Organisation mondiale de la santé

Ondam : objectif national de dépenses d'Assurance maladie

Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

ONDPS : Observatoire national des professions de santé

Optam : option pratique tarifaire maîtrisée

Optam-co : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique

OQN : objectif quantifié national (de dépenses de SSR et psychiatrie des établissements de santé privés)

P

PACES : première année commune aux études de santé

PCH : prestation de compensation du handicap

PIB : produit intérieur brut

PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI : protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

(système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

Annexe 5 > Liste des sigles utilisés

PPA : parité de pouvoir d'achat
PRADO : programme de retour à domicile organisé
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
Puma : protection universelle maladie

R

RAC : reste à charge
RG : régime général (de l'Assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : Régime social des indépendants, supprimé en 2018 (la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale)

S

SAE : enquête Statistique annuelle des établissements de santé
Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : *System of Health Accounts*
Smic : salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : service médical rendu (par un médicament)
SMUR : service médical d'urgence
SNDS : Système national des données de santé
Sniiram et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
Statiss : statistiques et indicateurs de la santé et du social

T

TCDC : tableau de centralisation des données comptables
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TSA : taxe de solidarité additionnelle

U

UE-15 : les 15 États membres de l'Union européenne en 2003
UE-28 : les 27 États membres actuels de l'Union européenne, et le Royaume-Uni

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle
UFR : unité de formation et de recherche
Uncam : Union nationale des caisses d'Assurance maladie
USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique
VSL : véhicule sanitaire léger

Les différents pays analysés sont représentés dans le rapport par les sigles internationaux suivants.

Union européenne des Quinze (avant 2020) :

DE	Allemagne
AT	Autriche
BE	Belgique
DK	Danemark
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
EL	Grèce
IE	Irlande
IT	Italie
LU	Luxembourg
NL	Pays-Bas
PT	Portugal
UK	Royaume-Uni
SE	Suède

Autres États membres (depuis 2004) :

BG	Bulgarie
CY	Chypre
EE	Estonie
HR	Croatie
HU	Hongrie
LV	Lettonie
LT	Lituanie
MT	Malte
PL	Pologne
RO	Roumanie
SK	Slovaquie
SI	Slovénie
CZ	Tchéquie

Autres pays de l'OCDE :

CA	Canada
CH	Suisse
JP	Japon
US	États-Unis

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue, en 2012, une composante de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé croît avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation des listes (Adeli) : système d'information national dénombant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale d'État (AME) : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques

auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

Autres biens médicaux : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques inscrits à la liste des produits et prestations de l'Assurance maladie (voir LPP).

Centre de santé : Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. On compte plus de 2 200 centres de santé (dont 455 pluriprofessionnels). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : ce dispositif permet de bénéficier de la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste selon le niveau de ressources de l'assuré, de la part complémentaire de ses frais de santé. La CSS a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. La CSS permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance des frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins. Ce panier comprend notamment les consultations médicales, hospitalisations, médicaments, analyses médicales, ainsi que les lunettes, prothèses dentaires et auditives du panier « 100 % santé ».

Comptes de la santé : compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : la consommation de soins et de biens

médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [annexe 1].

Consommation effective des ménages : inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc les biens et les services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Contrats au premier euro : les contrats dits au « premier euro » sont des contrats d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire.

Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses prescrites de transports et/ou de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés. Ces contrats ont été renouvelés en avril 2017 pour effet au 1^{er} janvier 2018.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. La CMU-C a été remplacée par la Complémentaire santé solidaire en 2019. La

CMU-C était gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilité à gérer la CMU-C. Les garanties offertes sont les mêmes dans les deux cas. Dans les comptes de la santé, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base ». Cette dépense globale est conventionnellement regroupée dans les comptes avec les dépenses de l'État qui recouvrent, outre l'AMÉ et les soins urgents, les prestations versées aux invalides de guerre. À l'inverse, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérées par un organisme complémentaire sont intégrées dans les comptes de la santé aux dépenses des organismes complémentaires. Enfin, les dépenses de base des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient gérés par un organisme de base ou par un organisme complémentaire, sont incluses dans les dépenses de Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires.

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) : voir annexe 1.

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dotation de fonctionnement (clinique privé) : voir MIGAC.

Effet qualité : concept de comptabilité nationale intervenant dans un partage du volume, qui découle lui-même d'un partage de la valeur entre volume et prix (annexe 4). L'effet qualité et l'effet quantité sont les deux sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet

qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-dessous) à compter de 2012.

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Jusqu'en 2017, il s'élevait à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1^{er} janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Forfait patientèle médecin traitant : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1^{er} janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ROSP ci-dessous).

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace à partir du 1^{er} janvier 2017 les précédents indicateurs de la ROSP (voir ROSP ci-dessous) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

Franchise : la franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par

acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60% de celui du princeps. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.

Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Honoraires de dispensation : depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement (0,82 euro TTC par boîte de médicament remboursable en 2015 puis 1,02 euro TTC à partir de 2016) ;
- un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrés en une seule fois (0,51 euro TTC par ordonnance puis 1,02 euro TTC à partir de 2020).

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 euro TTC) ;

- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans (0,51 euro TTC puis 1,58 euro TTC à partir de 2020) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques (2,04 euros puis 3,57 euros à partir de 2020).

Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

Hospitalisation complète : on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

Hospitalisation partielle : venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : est généralisée dès 2016 à l'ensemble des hôpitaux et cliniques pratiquant la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et l'hospitalisation à domicile (HAD) puis étendue en 2017 aux structures de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de ce dispositif est d'introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé

Indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) et précision sur les dépenses de santé :

les IPCH sont conçus pour permettre de réaliser des comparaisons internationales donnant une mesure comparable de l'inflation. Ils sont calculés selon des définitions harmonisées entre les États membres de l'Union européenne et quelques pays hors UE-28 (États-Unis, Japon, etc.). L'IPCH est conçu pour être une mesure de la variation pure des prix des biens et services relevant de la dépense monétaire de consommation finale des ménages. Il mesure l'évolution du coût d'un panier fixe de produits à des prix différents au fil du temps. Ces produits ne sont pas identiques entre les pays, mais constituent le panier de biens courants pour un ménage dans le pays.

L'IPCH n'est pas conçu pour être un indice du coût de la vie, c'est le rôle de la parité de pouvoir d'achat (voir ci-dessous), mais de connaître la variation des prix dans un pays.

Dans de nombreux pays, les services produits par les secteurs de la santé sont en partie fournis gratuitement par les États sans participation des ménages. Bien qu'un ménage puisse consommer ces services, ils sont financés par l'impôt ou les cotisations sociales. Dans ce cas, la consommation (et le coût de production) de ces biens et services particuliers n'est pas incluse dans l'IPCH. Pour les biens et services partiellement subventionnés par l'État ou une caisse publique de sécurité sociale, les dépenses engagées par le ménage doivent servir de base au calcul de l'indice. Par exemple, si le système de santé rembourse 75 % d'un dispositif médical, alors seulement les 25 % restants du coût entrent dans le champ de l'IPCH.

Les IPCH sont produits et publiés en utilisant une période de référence commune d'indice (2015 = 100).

Pour en savoir plus: Eurostat (2012). *Harmonised Index of Consumer Prices (HICP) Methodological Manual*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Lits de soins aigus : lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- titre I - dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- titre II - orthèses et prothèses externes ;
- titre III - dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV - véhicules pour handicapés physiques.

Liste en sus : Le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique, certaines spécialités et dispositifs médicaux, innovants et souvent onéreux, sont inscrits sur une liste dite liste en sus, et peuvent être facturés en plus du forfait lié au séjour hospitalier du patient.

Médecin traitant : le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de

longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médicaments en ambulatoire : ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession. La consommation est enregistrée nettes des remises conventionnelles et y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé public (ROSP).

Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) : cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

Nouveaux membres – NM : l'ensemble des NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovénie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-co : depuis le 1^{er} janvier 2017, les deux options de pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-co sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-co) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à

ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une prime ou d'une majoration de certains actes selon l'option.

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Parcours de soins coordonné : le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

Parité de pouvoir d'achat : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et est converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

Parité de pouvoir d'achat en santé : Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. C'est notamment essentiel pour évaluer les services de santé publics qui sont souvent gratuits pour les ménages. Cette méthodologie est employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Dans le calcul de la PPA santé, deux situations sont possibles pour établir les prix des biens de santé :

- s'il s'agit d'achats auprès de producteurs marchands, les PPA sont calculées avec les prix d'achat recueillis auprès d'un échantillon de points de vente ;

- s'il s'agit des services de santé produits par les pouvoirs publics (producteurs non marchands), les dépenses sont estimées en additionnant les coûts de production des biens et services.

Les prix des biens médicaux et des équipements achetés par les ménages mais aussi l'État sont bien pris en compte. Le niveau des rémunérations des praticiens à l'hôpital ou en cabinet de ville également (médecins, infirmiers, autres professions médicales, mais aussi les emplois non médicaux à l'hôpital). Les soins en ambulatoire comme à l'hôpital sont étudiés dans le cadre de la parité de pouvoir d'achat en santé. Pour en savoir plus : Eurostat-OECD (2012). *Methodological Manual on Purchasing Power Parities*, Eurostat/OECD. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Personnel soignant (hôpital) : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Prévention institutionnelle : fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations versées aux salariés par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions reçues.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : Ce dispositif vise à accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Protection maladie universelle (Puma) : dispositif ayant succédé à la couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} janvier 2016. Avec la Puma, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé.

Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Réforme « 100 % santé » : mise en place progressivement entre janvier 2019 et janvier 2021, cette réforme propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires :

- « 100 % santé » audiologie : les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200 euros par appareil en 2019, puis 250 euros en 2020 et un remboursement total sans reste à charge en 2021.
- « 100 % santé » dentaire : en parallèle de la mise en place du panier « 100 % santé », des modifications tarifaires sont mises en place pour réorienter l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants dits conservateurs. Ainsi, les tarifs de base de remboursement par la Sécurité sociale de certains soins conservateurs ont été revalorisés au 1^{er} avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.
- « 100 % santé » optique : dès le 1^{er} janvier 2020, les opticiens proposeront une gamme « 100 % santé » (lunettes et verres) intégralement prise en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.

Ces offres seront accessibles à tous les Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable.

Remises pharmaceutiques : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé [CEPS] (accords prix/volume par exemple). D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi

concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont déduites des dépenses des médicaments selon leurs lieux d'exécution (à l'hôpital, en clinique privée ou en officine de ville). Voir annexe 3 pour plus de détail.

Reste à charge des ménages : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : selon l'Insee, le revenu disponible brut (RDB) est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le revenu disponible brut ajusté (RDBA) est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été

renouvelée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire Adeli depuis novembre 2011.

Rétrocession : la rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'Agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1^{er} mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les revenus et conditions de vie (SRCV) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Soins de longue durée : Les soins de longue durée sont constitués des dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie à destination des personnes âgées ou en situation de handicap. La définition de ses dépenses est harmonisée au niveau international. Elles incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aides pour se lever, s'habiller, se nourrir, etc.). Par contre, les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisés dans ce poste.

Soins de ville : au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

Système national des données de santé (SNDS) : Unique en Europe, voire au monde, le Système National des Données de Santé (SNDS) constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le SNDS permettra de chaîner :

- les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;

- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données constituaient la première version du SNDS. Les causes médicales de décès ont été introduites en 2017. Les données en provenance de la CNSA et des organismes complémentaires ont enrichies le SNDS respectivement en 2018 et 2019.

Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram) : permet de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'Assurance maladie sur la base du prix du générique.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : introduite en 2010 sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe est de 7 % des cotisations en assurance santé.

Ticket modérateur : le ticket modérateur est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné (voir ci-dessus).

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée, etc.).

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.