

# Les révisions de l'édition 2022 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, des 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 les années 2010 à 2022.

### 1) Les révisions liées au caractère provisoire des données

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

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses afférentes aux soins effectués l'année  $n$  à l'exercice comptable de l'année  $n$ . Or une fraction de ces dépenses n'est connue qu'avec retard, en année  $n+1$ . Lors de la clôture des comptes de l'année  $n$ , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année  $n+1$ , les dépenses réelles relatives à l'année  $n$  sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2022 dans la présente édition) intègre des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente qui est révisée en conséquence (2021 dans la présente édition). En revanche, les données des TCDC des années antérieures sont considérées comme définitives.
- Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public sont construites à partir des données du cadre central de la comptabilité nationale de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2021 et 2022 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2020 et antérieures sont définitives (sauf changement de base de l'Insee, qui se traduit en aval par un changement de base des comptes de la santé).
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2023 des comptes de la santé, les données 2022 sont provisoires, celles de 2021 et antérieures sont définitives.
- Enfin, les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir annexe 2 sur la méthodologie des comptes de la santé). Liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.

### 2) Les modifications de champ

Les comptes de la santé s'appuient sur les concepts définis au niveau international dans le cadre du Système des comptes de la santé (System of Health Accounts, SHA), permettant d'effectuer les comparaisons des dépenses de santé entre les différents pays. Ces concepts sont développés dans le manuel SHA<sup>1</sup>, rédigé conjointement par l'OCDE et Eurostat. Afin de se conformer aux standards internationaux, plusieurs révisions de champ ont été intégrées à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2023 des comptes de la santé.

#### a) Ajout des remises conventionnelles de biens médicaux

Les définitions internationales considèrent que les remises conventionnelles versées par les producteurs au bénéfice de l'Assurance maladie doivent être considérées comme des rabais relevant d'un mécanisme de négociation des prix *ex ante* entre acheteur et producteur. Elles viennent réduire la part des dépenses de biens médicaux payées par l'Assurance maladie et contribuent ainsi à baisser le prix final payé.

<sup>1</sup> Le manuel est disponible en téléchargement à l'adresse suivante : <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

Les remises conventionnelles sur le champ des médicaments ont été intégrées par la DREES à l'occasion de l'édition 2021 des comptes de la santé (à l'exclusion des remises globales, considérées comme un impôt). Dans cette édition, la couverture des remises conventionnelles est étendue à celles portant sur les biens médicaux ; elle concerne aussi bien l'hôpital public, les cliniques privées que les soins de ville.

**Tableau 1 Remises conventionnelles de biens médicaux ajoutées à la CSBM de 2013 à 2022**

*En millions d'euros*

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hôpital public	0	-1	0	-6	3	-13	-12	-49	-40	-52
Clinique privée	0	0	0	-3	1	-5	-5	-10	-8	-11
Biens médicaux	0	-5	-2	-26	11	-55	-39	-97	-83	-100
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>-7</b>	<b>-3</b>	<b>-35</b>	<b>15</b>	<b>-73</b>	<b>-57</b>	<b>-157</b>	<b>-132</b>	<b>-163</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Ajout des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie de matériels médicaux et d'autotests Covid-19

Les comptes de la santé estiment pour chacun des postes de soins les dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance maladie. Elles recouvrent plusieurs cas de figure :

- les dépenses dont le taux de remboursement par l'Assurance maladie est nul. Il peut s'agir de produits ou d'actes non reconnus par l'Assurance maladie (homéopathie, ostéopathie, etc.) ;
- les dépenses de produits achetés directement par les ménages sans prescription médicale ;
- les dépenses non présentées aux remboursements. Il s'agit principalement de feuilles de soins non transmises à l'Assurance maladie.

Faute de données disponibles, les comptes de la santé ne réalisaient pas d'estimation des dépenses non prises en charge sur l'ensemble du poste des dispositifs médicaux, mais seulement sur certaines parties du poste (lentilles, pansements et prothèses, orthèses, véhicule pour personne handicapée physique [VHP]). En particulier, les comptes de la santé ne fournissaient pas jusqu'à présent d'estimation des achats non pris en charge de matériel médical et d'autotests Covid-19.

À compter de cette édition, la DREES exploite les données du baromètre Nèrès<sup>1</sup> qui publie chaque année une dépense de dispositifs médicaux non prescrits. Cette nouvelle estimation vient se substituer aux anciennes estimations auparavant réalisées sur la partie des biens médicaux hors optique médicale. Les dépenses d'autotests Covid-19 sont comptabilisées en dépenses de prévention au sein de la DCSI.

**Tableau 2 Révision des dépenses de biens médicaux hors optique médicale non prises en charge par l'Assurance maladie, en 2021**

*En millions d'euros*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CSBM Biens médicaux	296	314	326	338	359	390	410	427	439	468	415	424
DCSI Dépenses de prévention	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	73

Source > DREES, comptes de la santé.

<sup>1</sup> Le Nèrès (anciennement dénommé Afipa) est une fédération professionnelle représentant les laboratoires pharmaceutiques qui produisent et commercialisent des produits de santé disponibles sans ordonnance.

### 3) Modifications méthodologiques et corrections d'erreur

- a) Correction des estimations des dépenses non prises en charge des dentistes et des lentilles non remboursables

Pour certains postes de soins, les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie sont estimées comme une fraction de la dépense reconnue de l'Assurance maladie. Cette part des dépenses non prises en charge est régulièrement actualisée afin de tenir compte des dernières informations disponibles.

En 2021, les dépenses de dentistes reconnues de l'Assurance maladie ont fortement progressé (+18 %) notamment sous l'effet de la montée en charge de la réforme du 100 % santé. Cette forte hausse entraînait par convention une hausse concomitante des dépenses non prises en charge qui paraissait peu compatible avec l'évolution de l'activité d'orthodontie ou de parodontologie (principaux actes non pris en charge par l'Assurance maladie), activité non concernée par la réforme du 100 % santé. Les dépenses non prises en charge de dentistes ont donc été révisées à la baisse pour mieux correspondre à l'activité attendue des actes non pris en charge.

À l'inverse, les dépenses de lentilles non prises en charge par l'Assurance maladie ont été révisées à la hausse. La prise en charge par les organismes complémentaires de ces dépenses progresse fortement depuis 2019, ce qui introduisait avant correction un fort décalage avec l'évolution des dépenses jusqu'alors estimées de lentilles non prises en charge sur la même période.

**Tableau 3 Révision des dépenses des dentistes et des lentilles non prises en charge par l'Assurance maladie, de 2010 à 2021**

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentiste	-28	-30	-34	-34	-39	-4	-10	-21	-19	-25	-45	-179
Lentilles	0	0	4	4	5	6	6	6	7	7	61	73

Source > DREES, comptes de la santé.

- b) Correction des dépassements d'honoraires des dentistes et des spécialistes

Le traitement des dépenses de dépassements d'honoraires a été revu pour cette nouvelle édition des comptes de la santé.

L'estimation des dépenses de dépassements produite par la DREES dans le cadre des comptes de la santé a été systématiquement comparée avec les résultats obtenus *via* le Système national des données de santé (SNDS) ou des données agrégées fournies par la CNAM. L'analyse comparative conclut à une légère surestimation des dépassements calculés par les comptes de la santé. Les dépassements d'honoraires ont donc été révisés afin de s'aligner sur le niveau des autres sources de données disponibles.

Cela révisé le poste des dépassements des spécialistes et des dentistes en cabinet libéraux et en centre de santé, mais aussi celui des spécialistes exerçant en cliniques privées. En effet, une partie importante des actes de médecins spécialistes est effectuée dans une clinique privée. En 2021, cette révision diminue le montant des dépassements de 4 % pour les dentistes et de 9 % pour les spécialistes.

**Tableau 4 Révision des dépenses de dépassements d'honoraires des dentistes et des spécialistes, de 2010 à 2021**

a. En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes en ville	-228	-243	-262	-258	-286	-23	-79	-137	-123	-159	93	-261
Spécialistes en ville	-132	-137	-153	-150	-169	-151	-168	-204	-181	-186	-138	-195
Spécialistes en clinique privée	-52	-56	-65	-64	-76	-68	-79	-101	-94	-96	-60	-108
<b>Total</b>	<b>-412</b>	<b>-436</b>	<b>-480</b>	<b>-472</b>	<b>-531</b>	<b>-243</b>	<b>-326</b>	<b>-442</b>	<b>-398</b>	<b>-441</b>	<b>-105</b>	<b>-564</b>

## b. En point de pourcentage

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes en ville	-5,1	-5,0	-5,2	-5,1	-5,7	-0,5	-1,6	-2,7	-2,4	-3,1	2,0	-4,4
Spécialistes en ville	-9,1	-9,0	-9,9	-9,4	-10,4	-9,1	-9,8	-11,7	-10,1	-10,0	-7,9	-9,7
Spécialistes en clinique privée	-7,4	-6,8	-7,5	-7,1	-7,8	-6,7	-7,5	-9,2	-8,0	-7,9	-5,5	-7,9
<b>Total</b>	<b>-6,2</b>	<b>-6,3</b>	<b>-6,7</b>	<b>-6,5</b>	<b>-7,3</b>	<b>-3,3</b>	<b>-4,3</b>	<b>-5,7</b>	<b>-5,1</b>	<b>-5,5</b>	<b>-1,4</b>	<b>-6,3</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

## 4) Bilan des révisions

**Tableau 5** Bilan des révisions par poste de soins pour l'année 2021

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2021		Écart	
	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2023	En millions d'euros	En %
<b>Soins hospitaliers</b>				
Hôpitaux du secteur public	84 057	84 916	860	1,0
Hôpitaux du secteur privé	25 338	25 249	-90	-0,4
<b>Soins ambulatoires</b>				
Médecins généralistes	10 552	10 464	-88	-0,8
Médecins spécialistes	13 882	13 637	-246	-1,8
Sages-femmes	511	512	2	0,3
Infirmiers	9 256	9 263	7	0,1
Masseurs-kinésithérapeutes	6 587	6 543	-44	-0,7
Orthophonistes	1 140	1 140	1	0,1
Orthoptistes	307	305	-2	-0,7
Pédicure	55	55	0	-0,1
Dentistes	13 940	13 478	-462	-3,4
Laboratoires de biologie médicale	4 878	4 689	-189	-4,0
Cures thermales	205	201	-4	-1,8
Transports sanitaires	5 580	5 579	-1	0,0
Médicaments en ambulatoire	31 138	31 108	-29	-0,1
Optique	7 159	7 256	97	1,3
Biens médicaux hors optique	12 113	12 531	419	3,3
<b>Consommation de soins et de biens médicaux</b>	<b>226 696</b>	<b>226 927</b>	<b>231</b>	<b>0,1</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

L'ensemble des révisions modifie le montant de la CSBM de +231 millions d'euros en 2021, soit une révision de +0,1 % de la CSBM (tableau 5).

**Tableau 6 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2021 entre l'édition 2022 et 2023, par source de révision**

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2021
<b>Consolidation des données provisoires</b>	<b>715</b>
Hôpital public	723
Fourniture par l'ANSP de médicaments Covid-19	218
Test PCR	-290
Autres révisions de données provisoires	64
<b>Modification de champ</b>	<b>292</b>
Ajout des remises conventionnelles de biens médicaux	-132
Ajout des dépenses non prises en charge de matériel médical	424
<b>Modification méthodologique</b>	<b>-776</b>
Révision des dépenses non prises en charge de dentistes	-179
Révision des dépenses non prises en charge de lentilles	73
Correction du calcul des dépassements des spécialistes en cliniques privées	-108
Correction du calcul des dépassements des spécialistes, en cabinet libéral ou en centre de santé	-195
Correction du calcul des dépassements de dentistes, en cabinet libéral ou en centre de santé	-260
Correction du calcul du ticket modérateur pour les cliniques privées	95
Correction du calcul du ticket modérateur pour les médecins généralistes	-87
Correction du calcul des prises en charge de cotisations des médecins spécialistes	-72
Correction du calcul des remises conventionnelles	-42
<b>Ensemble des révisions</b>	<b>231</b>

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

Les révisions de données provisoires et les modifications de champ conduisent à réviser à la hausse le niveau de la CSBM en 2021 (de respectivement +715 millions d'euros et +292 millions d'euros) [tableau 6]. Elles sont largement compensées par les modifications méthodologiques qui ont un impact opposé (-776 millions d'euros). Au final, le niveau de la CSBM en 2021 est légèrement révisé à la hausse entre les deux éditions du Panorama des dépenses de santé (+231 millions d'euros).

### 5) Les révisions sur le financement de la CSBM

Différentes révisions et corrections méthodologiques ont modifié la répartition des dépenses par financeur de la CSBM en comparaison de la précédente édition.

#### a) Correction de la contribution des organismes complémentaires au FPMT

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) est versé par l'Assurance maladie aux médecins généralistes et spécialistes pour le suivi des patients les ayant déclarés comme médecin traitant. Depuis sa mise en place en 2013, les organismes complémentaires (OC) contribuent à son financement *via* un versement spécifique à l'Assurance maladie. En 2022, cette participation s'élève à 327 millions d'euros sur une enveloppe globale de 874 millions d'euros. Les comptes de la santé considèrent que cette participation des organismes complémentaires finance directement le FPMT, même si leur participation est versée à l'Assurance maladie qui réalise le versement effectif aux médecins.

La contribution des organismes complémentaires au financement du FPMT n'est cependant pas correctement isolée dans les états comptables des organismes complémentaires exploités par la DREES pour l'élaboration des comptes de la santé. Dans l'édition 2022, cette participation avait été intégralement imputée aux prestations des organismes complémentaires versées au titre des honoraires de médecins généralistes. Après vérification auprès des fédérations d'organismes complémentaires, il s'avère que cette participation n'est pas incluse dans le poste médecins généralistes mais est ventilée entre les différents postes de soins. Pour cette édition des comptes de la santé, le FPMT est isolé, autrement dit, retiré au prorata des dépenses de chaque poste de soins, en cohérence avec la pratique des écritures comptables des organismes complémentaires. Il est ensuite affecté aux médecins généralistes bénéficiaires du FPMT.

## Annexe 3 > Les révisions de l'édition 2022 des comptes de la santé

Au final, cette correction augmente le financement des médecins généralistes par des organismes complémentaires de 324 millions d'euros en 2021 en comparaison de la précédente édition. Comme le montant global des prestations des OC reste inchangé, le financement des autres postes de dépenses est réduit d'autant.

- b) Correction d'un double compte dans l'estimation du financement de l'hôpital public par les administrations publiques

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 (voir annexe 2). La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est évaluée dans le cadre des comptes nationaux comme la partie non marchande de la production du secteur hospitalier sur le champ de la santé.

Le financement de cette production non marchande est ensuite ventilé par financeur à partir des données fournies par le département des comptes nationaux de l'Insee. Lors de l'édition 2023 des comptes de la santé, il est apparu que ce financement par les administrations publiques fourni par l'Insee incluait déjà les financements versés au titre de la CSS et des régimes d'Assurance maladie complémentaire (régime local d'Alsace-Moselle et Camieg). Dans les précédentes éditions, ces financements complémentaires étaient ajoutés à tort par la DREES à ceux transmis par l'Insee, entraînant un double compte et réduisant la part à la charge des autres financeurs.

Pour l'édition 2023, ce double compte lié aux financements CSS, régime local d'Alsace-Moselle et Camieg de l'hôpital public a été retiré. Le retrait de ce double compte réduit la part financée par l'Assurance maladie de la production de soins de l'hôpital public et il augmente le reste à payer par les autres financeurs (organismes complémentaires et ménages).

**Tableau 7 Synthèse des révisions sur le financement de l'hôpital public de 2010 à 2021**

En millions d'euros

	Retrait financement CSS (CMU avant 2021)	Retrait financement régime local d'Alsace Moselle	Retrait financement Camieg	Total des retraits financement Sécurité sociale
2010	-350	-54	0	-404
2011	-380	-56	0	-436
2012	-399	-55	0	-454
2013	-403	-56	0	-459
2014	-429	-55	0	-484
2015	-438	-53	0	-491
2016	-439	-52	0	-492
2017	-441	-51	0	-492
2018	-449	-55	0	-505
2019	-460	-52	0	-512
2020	-494	-46	0	-540
2021	-642	-46	0	-688

Source > DREES, comptes de la santé.

- c) Correction du partage du financement des organismes complémentaires aux soins en établissements de santé

Les états comptables des organismes complémentaires sont transmis chaque année par l'ACPR aux comptes de la santé. La précision des données transmises s'accroît au fil du temps et cette année les comptes de la santé ont fait le choix d'utiliser la déclinaison des dépenses entre hôpital public et clinique privée transmise directement par les organismes complémentaires. Dans l'édition précédente, les comptes de la santé utilisaient uniquement le total des prestations à destination des établissements de santé, puis ventilaient les dépenses entre hôpital public et clinique privée par le biais de clés de passage (taux fixes).

Ce nouveau partage, issu directement des données transmises par les organismes complémentaires, modifie la répartition du financement entre hôpital public et cliniques privées sans modifier le total des prestations versées aux établissements de santé. La révision apparente du total des prestations OC versée aux établissements de santé est uniquement liée la modification intervenue dans le calcul de la participation des OC au FPMT (voir supra).

**Tableau 8 Révision entre l'édition 2022 et 2023 du financement des organismes complémentaires de l'hôpital public et des cliniques privées de 2010 à 2022***En millions d'euros*

	Hôpital public	Cliniques privées
2010	612	-612
2011	645	-645
2012	659	-659
2013	676	-689
2014	675	-701
2015	692	-717
2016	684	-709
2017	690	-715
2018	646	-685
2019	706	-757
2020	589	-651
2021	590	-670

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

## d) Reclassement du financement des organismes complémentaires de vaccins en dépenses de prévention

Dans l'édition 2022 des comptes de la santé, les dépenses de vaccination ont été reclassées du poste de consommation de médicaments au poste de dépenses de prévention, conformément aux recommandations internationales. Or le financement de ces dépenses par les organismes complémentaires était resté à tort intégralement rattaché aux dépenses de médicaments dans la précédente édition ; il a été corrigé pour cette édition. Le financement des achats de vaccins par les organismes complémentaires a ainsi été rattaché au poste des dépenses de prévention.

En comparaison de la précédente édition, ce reclassement réduit le financement par les organismes complémentaires du poste des médicaments et l'augmente pour les dépenses de prévention.

**Tableau 9 Révision des prestations des organismes complémentaires pour la consommation de vaccins de 2010 à 2022***En millions d'euros*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CSBM Médicament	-111	-106	-98	-98	-92	-121	-127	-126	-157	-162	-151	-144
DCSi Dépenses de prévention	111	106	98	98	92	121	127	126	157	162	151	144

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

## e) Modification de la clé d'allocation des prestations des organismes complémentaires

Les états comptables des organismes complémentaires détaillent les prestations par postes de soins à un niveau parfois moins détaillé que celui souhaité par les comptes de la santé. C'est le cas en particulier pour les auxiliaires médicaux où les organismes complémentaires transmettent seulement un total des prestations versées pour l'ensemble du poste, sans déclinaison par type de praticiens. Les comptes de la santé ventilent ces prestations pour estimer un financement des organismes complémentaires pour chaque type de praticiens.

Dans les précédentes éditions, les prestations étaient ventilées au prorata de la dépense remboursable opposable (ticket modérateur et dépassements). Cette année, la méthode de calcul a été affinée : elle prend désormais aussi en compte les dépenses non prises en charge aux remboursements par l'Assurance maladie. Pour cette édition des comptes, la clé de ventilation des prestations organismes complémentaires est

calculée comme la somme du ticket modérateur, des dépassements, des honoraires des praticiens non conventionnés et des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie.

**Tableau 10 Révision des prestations des organismes complémentaires versées aux auxiliaires médicaux en 2021**

En millions d'euros

	Édition 2023	Édition 2022	Révision
Infirmiers	311	472	-161
Masseurs-kinésithérapeutes	1 353	1 151	202
Orthophonistes	166	217	-51
Orthoptistes	49	68	-19
Pédicures	2	3	-1
<b>Auxiliaires médicaux</b>	<b>1 881</b>	<b>1 912</b>	<b>-31</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

Cette nouvelle méthode d'allocation accroît le financement des organismes complémentaires des praticiens effectuant des actes non pris en charge par l'Assurance maladie (les masseurs-kinésithérapeutes). Le total des prestations versées aux auxiliaires médicaux reste inchangé ; l'écart apparent sur les prestations versées en 2021 est dû à la révision du FPMT (voir supra).

f) Reclassement des dotations pour les hôpitaux militaires et des achats de masques par l'État

Le financement des hôpitaux militaires est assuré par l'État via une dotation annuelle fixée par le programme budgétaire n° 178. Dans les précédentes éditions, comme une partie de la dotation était ensuite remboursée par l'Assurance maladie, les comptes de la santé avaient affecté le financement de la dotation à l'Assurance maladie. Pour cette édition, les comptes de la santé considèrent que l'État, en tant qu'organisme décisionnaire de la dépense, est le financeur direct des hôpitaux militaires. La dotation annuelle est donc reclassée de l'Assurance maladie vers l'État.

La consolidation des données sur les masques a permis cette année de mieux identifier le circuit d'achat des masques fournis aux hôpitaux publics. Sur l'ensemble des masques FFP2 et chirurgicaux consommés intermédiairement par les administrations publiques (ici identifiées aux hôpitaux publics) seule une partie a été fournie par Santé publique France. L'hypothèse est que l'autre partie a été achetée par les collectivités locales. Ce reclassement ne modifie pas le montant de masques consommés, mais seulement sa répartition par financeur.

**Tableau 11 Révisions des dépenses financées par l'État ou les collectivités locales**

En millions d'euros

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Reclassement du financement de la dotation des hôpitaux militaires par l'État	392	375	368	373	375	379	397
Reclassement du financement d'une partie des masques consommés à l'hôpital public par les collectivités locales					266	252	
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>375</b>	<b>368</b>	<b>373</b>	<b>641</b>	<b>630</b>	<b>397</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

g) Bilan des révisions sur le financement de la CSBM

Les révisions sur le financement de la CSBM sont de plus forte ampleur que celles sur le niveau de la dépense. Le reste à charge pour les ménages est révisé à la hausse de 0,1 point en 2021, et de 0,5 point en 2020. Cette révision à la hausse est principalement due à la correction du double compte du financement de l'hôpital public et de l'ajout des dépenses non remboursables de biens médicaux.

**Tableau 12** Révision des dépenses de santé entre l'édition 2022 et l'édition 2023, par financeur

En millions d'euros et en point de pourcentage

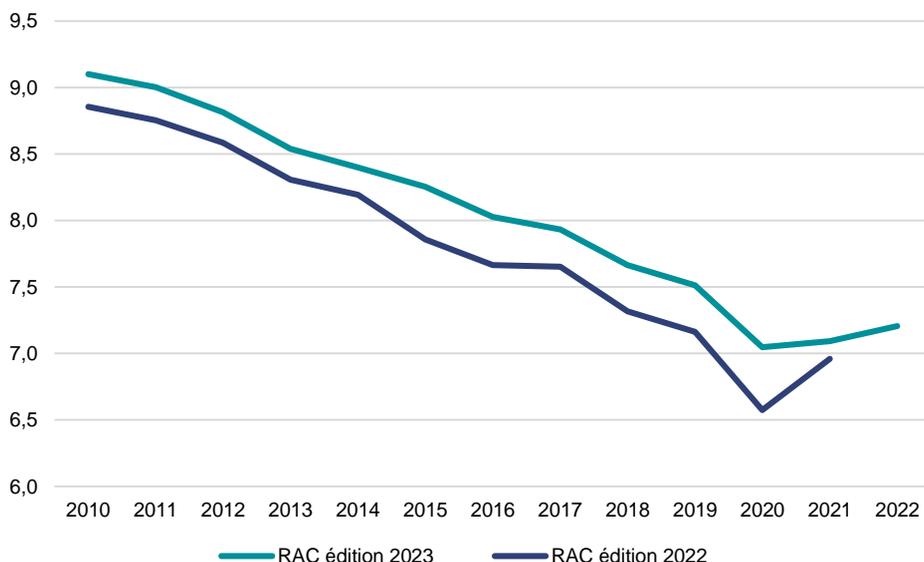
	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sécurité sociale	-852	-1285	-451	-0,5	-0,7	-0,3
État	375	639	651	0,2	0,3	0,3
Organismes complémentaires	-138	-121	-270	-0,1	-0,1	-0,1
Ménages	855	1011	300	0,4	0,5	0,1
<b>CSBM</b>	<b>240</b>	<b>245</b>	<b>231</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

**Lecture** > Dans l'édition 2023 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la baisse de 231 millions d'euros pour l'année 2021. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 300 millions d'euros. Dans l'édition 2022, la part des dépenses à la charge des ménages représente 7,1 % de la CSBM, contre 7,0 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,1 point de pourcentage.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

**Graphique 1** Révision du reste à charge des ménages entre l'édition 2022 et 2023, de 2010 à 2022

En millions d'euros et en point de pourcentage



**Source** > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge est révisé en hausse sur l'ensemble de la période 2010-2022. L'ampleur de la révision est assez stable entre 2010 à 2019.

L'amplitude de la révision est un peu plus élevée en 2020, du fait que la révision sur les dépassements des dentistes et des spécialistes (facteur de révision à la baisse du RAC) est moins importante sur la seule année 2020. *A contrario*, la révision est plus faible en 2021, car la consolidation des données provisoires de l'année passée vient neutraliser en grande partie l'effet des autres révisions.

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

Les révisions de la CSBM s'appliquent également à la DCSi. L'agrégat prenant en compte davantage de dépenses de santé et la nomenclature utilisée pour le classement étant différente entre les deux agrégats, d'autres modifications méthodologiques en concernent que la DCSi.

**Tableau 13 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2021**

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2020		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	En niveau	En %
<b>CSBM</b>	<b>226 696</b>	<b>226 927</b>	<b>231</b>	<b>0,1</b>
HC.1+ HC.2 - Soins courants	162 062	155 930	-6 132	-3,9
HC.4 - Services auxiliaires	13 564	13 266	-298	-2,2
HC.5 - Biens médicaux	51 070	57 731	6 661	11,5
<b>Hors CSBM</b>			<b>0</b>	
HC.3 - Les soins de longue durée	48 770	47 694	-1 076	-2,3
HC.6 - Prévention institutionnelle	16 917	17 546	629	3,6
HC.7 - Gouvernance	15 401	15 401	0	0,0
<b>DCSi</b>	<b>307 784</b>	<b>307 568</b>	<b>-216</b>	<b>-0,1</b>

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

Les révisions apportées à la dépense courante de santé (DCSi) entre les deux publications diminuent son montant de 0,2 milliard d'euros en 2021.

**Tableau 14 Synthèse des révisions sur la DCSi pour l'année 2020 entre les éditions 2021 et 2022, par source de révision**

	Révision de la DCSi 2021
Révision de la CSBM hors modification de champ	231
Révision des dépenses d'hébergement en Ehpad (partie Assurance maladie)	-184
Révision des dépenses d'hébergement en Ehpad (partie Ménage)	-864
Consolidation vaccin Covid-19	138
Ajout autotest Covid-19	73
Consolidation dépenses de tests de dépistage Covid-19	390
Ajout des biens médicaux et médicaments en sus dans HC.5	+6 100
Retrait des biens médicaux et médicaments en sus de HC.1	-6 100
<b>Ensemble des révisions de la DCSi</b>	<b>-216</b>

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

Le coût des dépenses d'hébergement a été révisé à partir de 2020. La méthode d'actualisation du coût utilisait, entre autre source d'information, l'évolution des dotations versées aux établissements par l'Assurance maladie. Avec l'accroissement important des dotations versées au déclenchement de l'épidémie, l'évolution des dotations s'est décorrélée de celle des dépenses d'hébergement.

La nouvelle méthode, utilisée cette année, s'appuie sur les données calculées par les comptes nationaux, celle-ci estime les dépenses d'hébergement grâce au nombre de résidant en EPHAD multiplié par un coût moyen.

Par ailleurs, les dépenses de dépistage par test Covid-19 ont été consolidées, les données utilisées l'année précédente étaient encore provisoires.

**Tableau 15** Bilan des révisions de la DCSi par financeur en 2021

En millions d'euros

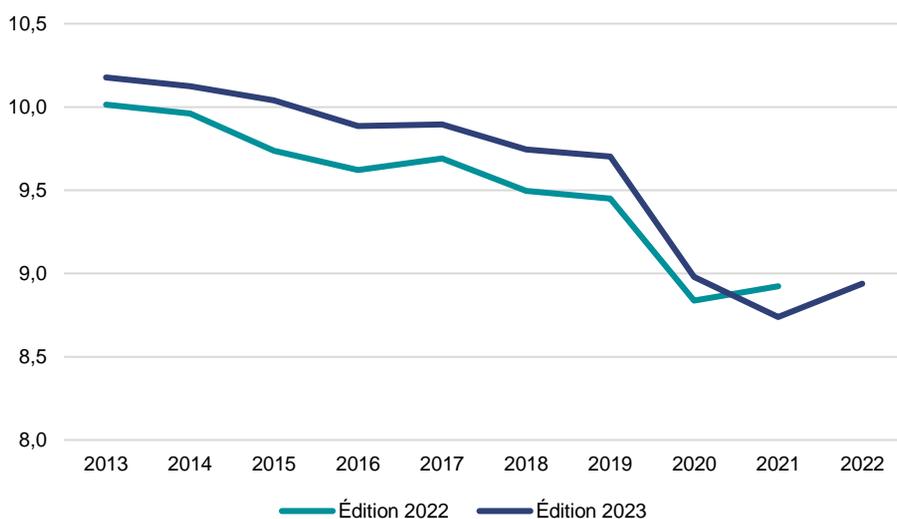
	Sécurité sociale	État	Organismes complémentaires	Entreprises privées	Ménages	Total
CSBM	-451	651	-270	0	300	231
HC 3 - Soins de longue durée	-1 875	1 653	18	0	-872	-1 077
HC_6 - Prévention	449	6	144	46	-16	629
HC_7 - Gouvernance	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>-1 877</b>	<b>2 310</b>	<b>-108</b>	<b>46</b>	<b>-588</b>	<b>-216</b>

Source &gt; DREES, comptes de la santé.

Sur la partie du financement de la DCSi, un reclassement de 1 650 millions d'euros de la Sécurité sociale vers l'État a été effectué pour l'année 2021 seulement. Lors du calcul du compte provisoire des dépenses de soins de longue durée, une partie des prestations avait été affectée par erreur à la Sécurité sociale au w.

**Graphique 2** Révision du reste à charge des ménages de la DCSi entre l'édition 2022 et 2023, de 2013 à 2022

En point de pourcentage



Source &gt; DREES, comptes de la santé.

Les révisions opérées sur la DCSi accroissent la part du financement à la charge des ménages pour l'ensemble des années, à l'exception de l'année 2021. La révision effectuée sur les dépenses de soins de longue durée s'accroît en 2021 et elle surpasse en valeur toutes les autres sources de révisions.

Dans l'édition 2023 des comptes de la santé, le reste à charge des ménages représente 8,7 % de la DCSi en 2021 contre 8,9 % dans l'édition précédente, soit une révision de -0,2 point de pourcentage.