

# 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 historique des comptes de la santé (les séries les plus longues commencent en 1950), représente la valeur totale de la consommation des biens et services consommés sur le territoire français 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, les soins de longue durée, la prévention institutionnelle, ainsi que les dépenses de gestion et de fonctionnement du système. Ces trois composantes sont comptabilisées avec la CSBM dans la dépense courante de santé au sens international (la DCSi). Elle exclut également des dépenses qui ne concourent pas directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, comme les majorations pour des chambres individuelles en établissement hospitalier. Les indemnités journalières de Sécurité sociale (qui sont des revenus de remplacement et non de la consommation de santé) ne sont également pas comptabilisées dans la DCSi.

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers des secteurs public et privé (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux consommés lors des séjours, y compris les cures thermales) ;
- la consommation de soins ambulatoires, qui caractérise les soins effectués en ville, dans une acception qui regroupe :
  - les soins en cabinet libéral : soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les dentistes ;
  - les soins en centre de santé ;
  - les activités techniques et auxiliaires : analyses et prélèvements en laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale en ville (en centre d'imagerie), transports sanitaires.
- la consommation de biens médicaux en ambulatoire comprenant les médicaments (qu'ils soient vendus en officine ou rétrocédés par des pharmacies hospitalières) et les dispositifs médicaux (optique médicale, véhicules pour personnes en situation de handicap, audioprothèses, prothèses et orthèses, divers matériels et consommables).

Cette ventilation par poste repose sur une décomposition de la dépense en fonction du fournisseur du soin : ainsi, les honoraires des praticiens exerçant en clinique sont comptés avec les dépenses de soins hospitaliers. En cela, les comptes de la santé s'écartent des concepts qui président à la construction de l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie, pour lesquels les honoraires en clinique sont assimilés aux honoraires en ville, car facturés de la même manière.

Les comptes de la santé sont également ventilés par financeur, correspondant à des secteurs institutionnels de la comptabilité nationale : l'État et les collectivités territoriales (S1311 et S1313), la Sécurité sociale (S1314), les organismes complémentaires (S12) et les ménages (S14).

## La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international (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 directement consommée par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif, les entreprises, etc. Son périmètre est défini par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du *System of Health Accounts*.

La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée. Elle est courante car elle exclut les dépenses d'investissement. Elle exclut également les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation. La DCSi est définie en théorie sur le champ de la consommation des résidents<sup>1</sup> sur le territoire national. 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

<sup>1</sup> 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.

(sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

La DCSi, selon les normes internationales en vigueur, se décompose selon trois dimensions : la fonction de la dépense (HC – *Health Care functions*), le fournisseur de la dépense (HP – *Health care Providers*) et le financeur (HF – *Health care Financing schemes*).

### L'axe HC : les dépenses de santé par fonction

L'axe HC correspond à la *fonction* de la dépense de santé. Il recouvre :

- Les soins curatifs (HC.1) : 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. ;
- Les soins de rééducation (HC.2) : 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 par exemple des soins médicaux et de réadaptation (ex-soins de suite et de réadaptation) en établissement de santé, des actes de rééducation ostéo-articulaire des kinésithérapeutes, des actes des orthophonistes ;
- Les soins de longue durée (HC.3) : cette catégorie recouvre les soins à visée palliative, qui 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. Ces soins concernent principalement les personnes en perte d'autonomie, âgées et/ou handicapées ;
- Les services auxiliaires (HC.4) : ce sont les activités techniques et auxiliaires de la CSBM (imagerie médicale, analyses et prélèvements de biologie médicale, transports sanitaires), qui, au sein d'un système coordonné de soins, fournissent des services d'aide au diagnostic et de surveillance, sans avoir d'objectif (curatif, de rééducation, ou palliatif) identifié ;
- Les biens médicaux (HC.5) : ils regroupent les médicaments et les dispositifs médicaux, qui se distinguent entre dispositifs médicaux consommables et dispositifs médicaux réutilisables (dont optique médicale et audioprothèses). Tous les médicaments et dispositifs médicaux sont concernés par cette catégorie, peu importe le lieu de dispensation ;
- Les dépenses de prévention (HC.6) : la prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. Cette catégorie n'inclut que les dépenses spécifiquement identifiées comme de la prévention. Elle exclut donc les dépenses de prévention réalisées à l'hôpital (séjours de sevrage alcoolique, par exemple) ou en ville (visites de surveillance chez le pédiatre par exemple), qui ne sont pas spécifiquement identifiées comme des actions de prévention envers le patient. Elle inclut cependant les consultations chez le médecin qui sont spécifiquement identifiées comme des examens de santé dans le cadre de bilans de routine. Cette catégorie inclut principalement des dépenses finançant des fonds ou des campagnes, nationaux ou territoriaux, publics ou privés (médecine scolaire, médecine du travail, subventions au Planning familial, etc.).
- Les coûts de gestion du système de santé (HC.7) : cette catégorie recouvre l'ensemble des services dédiés au système de santé, en complément des services liés aux soins. En France, il s'agit des frais de gestion du système de financement de la santé (les différents régimes de Sécurité sociale de l'Assurance maladie et organismes complémentaires au titre de leur activité en santé) ainsi que des budgets de fonctionnement des organismes contribuant au pilotage du système de santé. Ces derniers incluent les agences sanitaires et autres opérateurs publics du champ de la santé ainsi que les programmes budgétaires du ministère chargé de la santé, y compris celui des agences régionales de santé (ARS).

La CSBM est constitué de l'ensemble formé par les catégories HC.1, HC.2, HC.4 et HC.5. Regroupés ensemble, les soins curatifs et de rééducation forment les soins courants. Les soins courants ainsi que les soins de longue durée peuvent également être ventilés selon une nomenclature commune par mode de prise en charge : en établissement (hospitalisation/hébergement), de jour, en ambulatoire, à domicile.

### L'axe HP : les dépenses de santé par fournisseur

L'axe HP correspond à la *nature* du fournisseur de santé. Il recouvre :

- Les hôpitaux (HP.1) : cette catégorie désigne les établissements de santé, soumis à autorisation légale d'exercice, fournissant des services médicaux, des diagnostics et des traitements. Il s'agit ici de l'ensemble de l'activité des hôpitaux des secteurs public et privé, indépendamment de la nature des soins ;
- Les établissements résidentiels pour soins de longue durée (HP.2) : ce sont les établissements sanitaires hors hôpitaux fournissant des soins de longue durée, combinant une activité sanitaire avec 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 ;

## Annexe 1 > Les agrégats des comptes de la santé

- Les fournisseurs en ville (HP.3) : ce sont les lieux d'accueil des patients en ambulatoire sans hébergement. Ils regroupent les cabinets libéraux des professionnels de santé et les centres de santé ;
- Les fournisseurs de services auxiliaires (HP.4) : ce sont les laboratoires de biologie médicale, les centres d'imagerie, et les transports sanitaires, hors structures hospitalières ;
- Les fournisseurs de biens médicaux (HP.5) : ce sont les pharmacies, les opticiens, les audioprothésistes, et les fournisseurs de prothèses, orthèses, et autres ;
- Les fournisseurs de prévention (HP.6) : ce sont les institutions dont la mission est de mener des campagnes de prévention et de santé publique ;
- Les fournisseurs de gouvernance (HP.7) : ce sont les institutions dont la mission est la régulation et l'administration du système de santé ;
- Le reste de l'économie (HP.8) : cela désigne tous les fournisseurs de santé non classés ailleurs (les taxis assurant des transports sanitaires, les ménages fournissant des soins de longue durée, etc.).

### L'axe HF : les dépenses de santé par financeur

L'axe HF correspond aux *financeurs* de la dépense de santé. Il recouvre :

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

- L'État et les collectivités locales (HF.1.1) : en France, l'État compose presque exclusivement cette catégorie, les collectivités locales n'intervenant que dans le financement des soins de longue durée et des dépenses de prévention ;
- La Sécurité sociale (HF.1.2.1) : l'ensemble des dépenses des caisses d'Assurance maladie ;
- Les dépenses financées au titre des contrats collectifs des organismes complémentaires (HF.1.2.2) ;
- Les dépenses financées au titre des contrats individuels des organismes complémentaires (HF.2.1) ;
- Les dépenses financées par les sociétés non financières (HF.2.3) : la santé financée par les entreprises correspond quasi intégralement en France au financement de la médecine du travail ;
- Les dépenses à la charge des ménages (HF.3) : financées directement par les ménages, ces dépenses sont un reste à charge après Assurance maladie obligatoire et après Assurance maladie complémentaire.

### Les dépenses dans l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam)

La CSBM et la DCSi sont des agrégats proches mais différents conceptuellement de la mesure des dépenses de santé réalisée dans le cadre du suivi de l'Ondam.

L'Ondam est un objectif de dépenses de santé à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés, publics, et médico-sociaux. Créé par ordonnances du 24 avril 1996, il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Voté par le Parlement, il ne constitue pas un budget mais un indicateur de la maîtrise des dépenses de santé.

Les écarts entre la CSBM, la DCSi et l'Ondam sont de plusieurs ordres. La CSBM et la DCSi incluent toutes les dépenses de santé quel que soit le financeur, tandis que l'Ondam ne compte que les dépenses de l'Assurance maladie. L'Ondam inclut par contre les indemnités journalières, exclues des comptes de la santé.

Par ailleurs, le champ de l'Ondam n'inclut pas les dépenses du fonds d'intervention régionale (partiellement prises en compte dans les comptes de la santé).

Les remises conventionnelles et les soins hospitaliers publics sont concernés par des écarts d'enregistrement comptable entre l'Ondam et les comptes de la santé. Les remises conventionnelles globales calculées sur l'ensemble du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques sont incluses dans l'Ondam mais pas dans les comptes de la santé. Les dépenses de soins hospitaliers ne sont également pas évaluées identiquement : les comptes de la santé les comptabilisent à partir de leurs coûts de production, tandis qu'elles sont enregistrées à partir des financements versés à l'hôpital public dans l'Ondam.

Enfin, les comptes de la santé n'incluent pas toutes les dotations de l'Assurance maladie incluses dans l'Ondam : ils excluent notamment les dotations à l'Agence nationale de développement professionnel continu, considérées comme finançant de la formation et non de la santé, ainsi que les dotations aux Établissements ou services d'aide par le travail et aux Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle, considérées comme des dépenses d'insertion professionnelle et non de santé. Ils excluent également la dette du Centre national des soins à l'étranger et les remboursements directs, car les comptes de la santé français ne sont calculés que sur le seul territoire national ; ils excluent enfin les dépenses d'investissements comptées dans l'Ondam, qui ne sont pas des dépenses courantes de santé.