

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale d'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- 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) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques [VHP], matériels, aliments et pansements).

La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat global des comptes de la santé, la dépense courante de santé est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe - FBCF).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et indemnités journalières (maladie, maternité et AT/MP) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficulté sociale.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

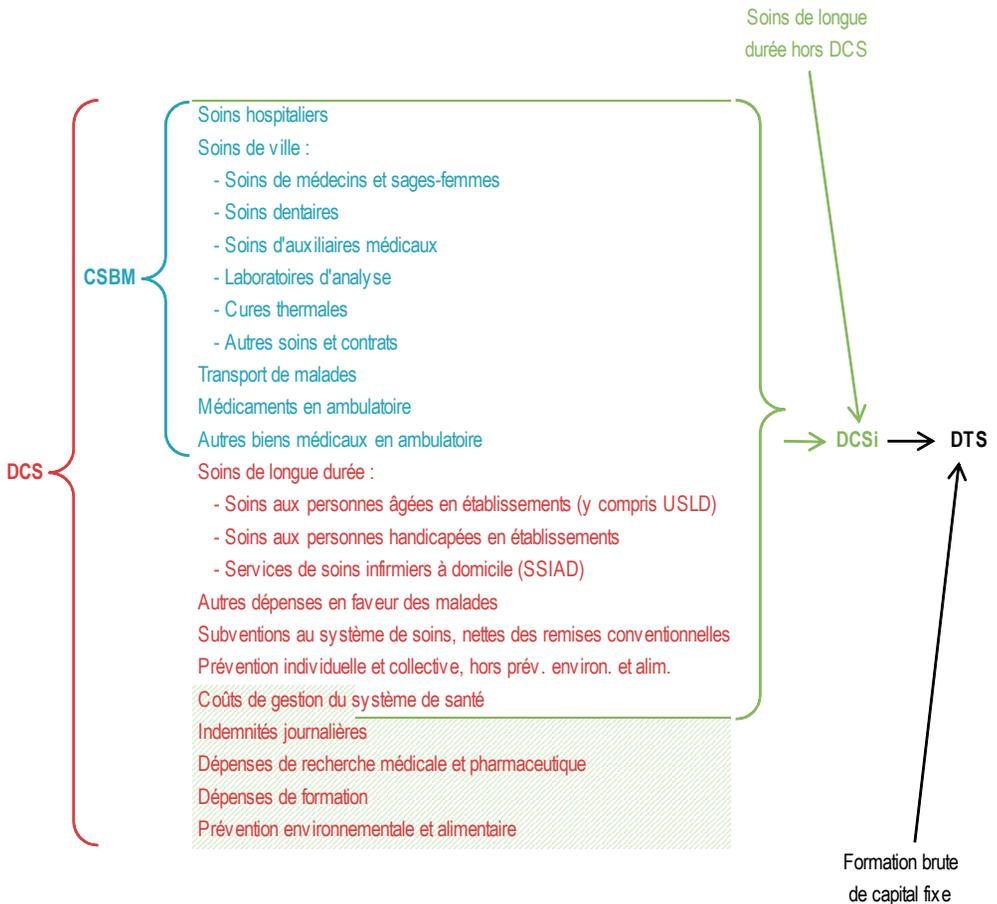
Les comptes de la santé servent de base à la réponse de la France au *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS au sens français diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale, et augmentée de certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, et à la prestation de compensation du handicap.

C'est le concept de DCSi qui prime désormais sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour effectuer des comparaisons internationales. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe - FBCF). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 236,9 milliards d'euros en 2014 : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 3,8 milliards au titre des soins de longue durée additionnels. La DTS, qui englobe la DCSi et la formation brute de capital fixe (13,8 milliards), atteint 250,7 milliards d'euros en 2014.

Schéma Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



Notes > Pour l'évaluation de la DCSi, les coûts de gestion sont réduits du montant des frais de gestion sur indemnités journalières (frais de gestion évalués conventionnellement à *minima*, faute de données plus précises, au prorata des dépenses correspondantes). Les soins de longue durée ajoutés à la DCS pour l'évaluation de la DCSi correspondent à une partie de l'APA (aide personnalisée pour l'autonomie) et à l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Les recouvrements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés en fiche 47.

Annexe 2

Les révisions de l'édition 2016 des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions méthodologiques sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision.

Les révisions opérées ont été appliquées sur l'ensemble de la période 2001-2014 pour disposer d'une série homogène. Pour l'année 2014, elles s'ajoutent aux révisions usuelles, liées à l'intégration des données définitives. Les révisions de nature méthodologique sont détaillées ci-dessous.

Rétropolation en base 2010 des années 2001 à 2005

Les comptes de la santé sont désormais calculés à méthodologie constante (en base 2010) depuis 2001 alors que cette base comptable n'était auparavant disponible que pour les années 2006 et suivantes.

Utilisation de taux moyens de remboursements du régime général finement adaptés à la nomenclature des comptes sur l'ensemble de la période

Pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable, les comptes de la santé utilisent des taux moyens de remboursement (TMR, cf. annexe 3) des trois principaux régimes. Les TMR du régime général sont désormais calculés à partir de la statistique mensuelle de la CNAM qui présente des séries particulièrement adaptées à la nomenclature des comptes de la santé. Les révisions sont concentrées sur les seuls médecins spécialistes pour les années 2011 à 2014, mais concernent un plus grand nombre de postes de dépenses pour les années 2006 à 2010.

Précisions apportées sur les contrats et rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires des professionnels de santé sont désormais distinguées entre le poste « autres soins et contrats » compris dans les soins de ville et le poste « rémunérations forfaitaires » comptabilisé avec les médicaments en ambulatoire. Ces deux postes retracent respectivement les dépenses suivantes.

Autres soins et contrats (soins de ville)	Rémunérations forfaitaires (médicaments en ambulatoire)
<ul style="list-style-type: none">- Honoraires des autres professions de santé ;- ROSP des médecins ;- Permanence des soins en ambulatoire ;- Rémunérations sur contrats des professionnels de santé.	<ul style="list-style-type: none">- Honoraires de dispensation ;- ROSP pharmacie ;- Permanence des pharmacies en ville ;- Intéressement au titre des CAQOS relatifs aux dépenses de médicaments.

Élargissement du champ de l'optique médicale retracé dans les comptes de la santé

Les dépenses d'optique présentées dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014 - édition 2015* n'incluaient pas les lentilles non remboursables. Ces dernières échappaient en effet au champ de la statistique publique faute de données pertinentes.

Les statistiques diffusées par GFK sur le marché de l'optique ont récemment permis d'élargir le champ couvert par les comptes de la santé. Une évaluation de la consommation de lentilles y est en effet présentée. Compte tenu de cet effet de champ, la dépense d'optique est désormais revue à la hausse de plus de 300 millions d'euros en 2014, pour atteindre 6,1 milliards d'euros. Les montants des années précédentes ont également été revus en cohérence avec le périmètre complété.

En termes de financement, les éléments ajoutés étant constitués de dépenses non remboursables par l'assurance maladie, la totalité de la révision se répercute à la hausse sur le reste à charge des ménages, le montant de la participation des autres financeurs demeurant inchangé.

Classement des produits d'origine humaine

Les produits d'origine humaine (POH) initialement classés avec les autres bien médicaux sont désormais conventionnellement retracés au sein des médicaments en ambulatoire.

Suivi des dépenses de formation

La méthodologie des comptes de la formation a été revue depuis les éditions précédentes des comptes de la santé. En particulier, seules les professions réalisant effectivement des soins (médecins, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, techniciens de laboratoire) sont désormais incluses dans les professions de santé. Les formations concernant

davantage les métiers de la santé publique ou de la recherche médicale, comme celles délivrées par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Institut Pasteur ne sont plus prises en compte. Par ailleurs, les frais d'inscription aux études de santé des ménages ont été évalués avec davantage de précision.

Enfin, la formation continue des professionnels de santé financée par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) et par le Fonds d'Assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) a été prise en compte cette année. Cependant, la formation continue des professionnels de santé financée par d'autres acteurs privés reste hors champ, car non mesurable avec précision.

Coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire

Les coûts de gestion de la Sécurité sociale pour les risques maladie et maternité sont désormais pris en compte dans leur totalité. Auparavant, les coûts de gestion relatifs aux indemnités journalières étaient retranchés, car ces dernières ne font pas partie de la CSBM. Les coûts de gestion de la Sécurité sociale sont ainsi rehaussés de près de 400 millions d'euros en 2014, les évolutions étant peu affectées.

En revanche, les coûts de gestion du risque accidents du travail-maladie professionnelles restent diminués de la part relative aux pensions et rentes, hors du champ de la dépense courante de santé.

Annexe 3

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 de soins ambulatoires, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

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 la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en EHPA[D]...) ne concourent pas au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé. Ils sont donc intégrés dans la dépense courante de santé (DCS), et non dans la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple, mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...), et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux, retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

Facteurs de production tirés des emplois

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

- Production vendue ou réutilisée

Ventes résiduelles
 Production pour emploi final propre
 Production non marchande de services non sanitaires et corrections

= Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics 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 (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les comptes de la santé reposent à l'origine sur les tableaux comptables de données centralisées (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI, MSA, et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les remboursements effectués par l'assurance maladie aux assurés, aux professionnels de santé, aux distributeurs de bien médicaux et aux établissements de santé. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA renseignant à la fois les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins et les autres professionnels de santé. Elles retracent également les honoraires des médecins non conventionnés.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont fournies par les entreprises du médicament (LEEM), et celles de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). Les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du SNIIR-AM.

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales par exemple) et réévalués périodiquement.

¹ Cf. Éclairage dans l'édition précédente de cet ouvrage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Annexe 4

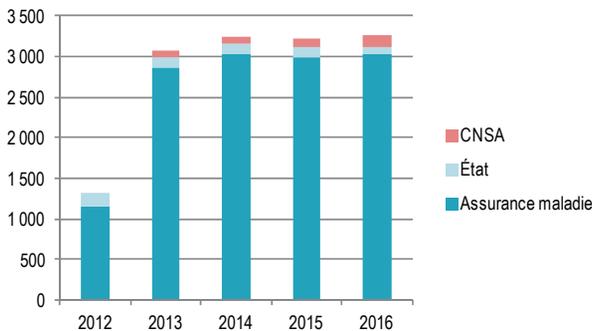
Le Fonds d'intervention régional

Le Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012, est un organe de financement du système de soins à l'échelon régional. Il regroupe, depuis 2012, différents crédits portant sur les domaines de la performance, de la continuité et de la qualité des soins et de la prévention. Ces crédits, auparavant dispersés en plusieurs entités, sont désormais regroupés dans une enveloppe unique par région, pour une plus grande souplesse de gestion (ceux-ci étant partiellement fongibles, au bénéfice de la prévention, et donc susceptibles d'être en partie réaffectés entre missions en fonction des priorités régionales).

En 2012, 1,3 milliard d'euros de dotations ont été attribuées au FIR (il s'agissait d'une année incomplète, le FIR ayant été créé au 1^{er} mars). Le périmètre du Fonds a été élargi en 2013 aux aides à la contractualisation et aux missions d'intérêt général des établissements de santé, aux groupes d'entraide mutuelle et aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)... L'enveloppe allouée au FIR atteint 3,2 milliards d'euros en 2015 et 3,3 milliards en 2016 (graphique 1),

Graphique 1 Crédits délégués aux agences régionales de santé au titre du FIR

En millions d'euros



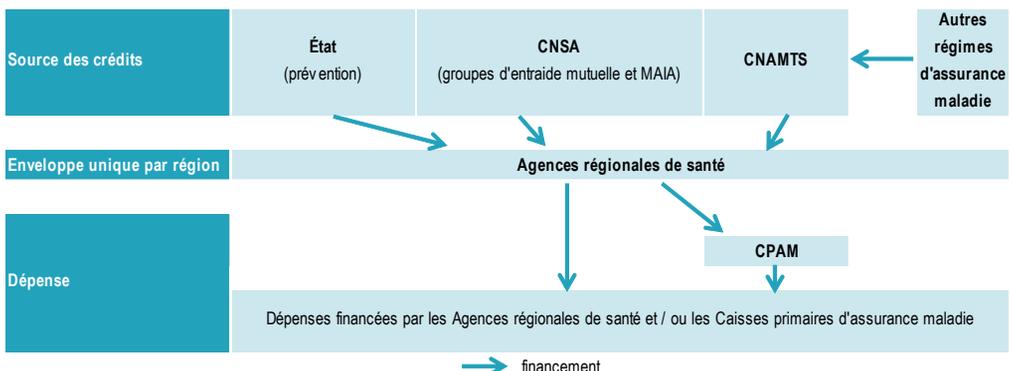
Note > Il s'agit ici des crédits alloués et non des dépenses réalisées.

Source > Arrêtés fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé (ARS) au titre du FIR (Légifrance).

Les crédits attribués au FIR proviennent de trois sources : à titre principal, de l'assurance maladie (93 % des crédits en 2015), mais aussi de l'État (au titre de la prévention, près de 4 % des crédits) et de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA, 4 % des crédits). Seuls les crédits de l'assurance maladie sont inclus dans le champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont ils constituent un sous-objectif spécifique depuis 2014.

Gérés par les agences régionales de santé (ARS), les crédits du FIR sont versés, selon les cas, par les ARS ou par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM, graphique 2).

Graphique 2 Le circuit des dépenses du FIR



→ financement

Source > Schéma réalisé d'après le rapport à la CCSS de juin 2014.

Dans le cadre de la LFSS pour 2015, les missions du FIR ont été réorganisées en cinq axes :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés, ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- le développement de la démocratie sanitaire.

Les missions 3 et 4 représentent à elles deux près des deux tiers des dépenses totales du FIR en 2015 (tableau). En effet, 0,9 milliard d'euros ont été alloués à la permanence des soins et près de 1,2 milliard d'euros ont été attribués à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales en 2015. Cette mission recouvre par exemple :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) : création de groupements d'achat ;
- le déploiement de la comptabilité analytique ;
- le déploiement et la généralisation du projet de facturation directe auprès des CPAM (FIDES).

On y trouve aussi, entre autres, l'accompagnement social des restructurations.

Tableau Répartition des dépenses réalisées du FIR par mission en 2015

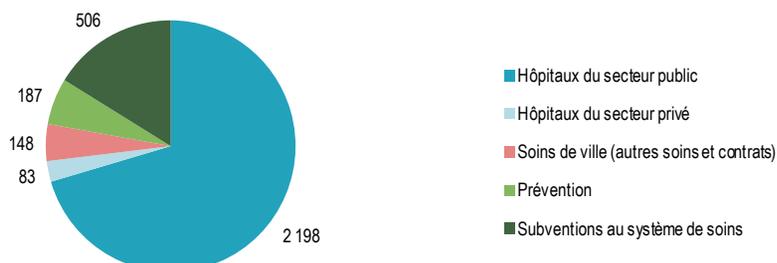
	Montant (millions €)	Répartition (%)
Mission 1 Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	440	13,3
Mission 2 Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	757	22,9
Mission 3 Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	903	27,3
Mission 4 Efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 188	35,9
Mission 5 Développement de la démocratie sanitaire	4	0,1
Mission 6 Autre	18	0,5
Total	3 309	100,0

Source > États financiers des ARS.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FIR sont retracées dans la consommation du soin concerné (graphique 3). Ainsi, en 2015, la consommation de soins en établissement hospitalier public est notamment financée par près de 2,3 milliards d'euros au titre du FIR, et la consommation de soins en hôpital privé par 83 millions d'euros. De même, le poste « autres soins et contrats » des soins de ville retrace les dépenses du FIR (148 millions d'euros en 2015), notamment au titre de la permanence des soins ambulatoires et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins des transporteurs sanitaires. Les autres dépenses du FIR (soit 19 % du total) ne font pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux, mais de celui de la dépense courante de santé. Il s'agit de dépenses au titre de la prévention et de subventions au système de soins (notamment soutien aux réseaux de santé et dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESP]).

Graphique 3 Répartition des actions du FIR financées par l'assurance maladie en 2015

En millions d'euros



Champ > Dépenses réalisées de l'assurance maladie au titre du FIR.

Source > CNAMTS, calculs DREES.

Annexe 5

Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

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 objets hétérogènes. Si l'on considère 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. C'est ce que l'on résume par l'équation : $Valeur^i = Quantité^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celle de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{p\grave{a}p}$) qui n'est autre que l'agrégation des produits valorisés aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des coûts à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de natures différentes. C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$Valeur = Volume_{p\grave{a}p} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année n-1). L'absence d'indexation renvoie à l'année n.

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et n-1 :

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît). Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens médicaux consommés.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

Cas particuliers

Dans certains cas, les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output).

Dans d'autres cas, les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas, on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

L'indice de volume des soins hospitaliers publics

L'indice de volume de la production est élaboré en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation 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 du court séjour fournies par l'ATIH. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements.

Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, 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 l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses).

Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins et de sages-femmes, 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 le forfait médecin traitant non facturé aux ménages et pris en charge par l'assurance maladie. Cette rémunération forfaitaire est dès lors implicitement incluse dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins et de sages-femmes libéraux, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (*i.e.* hors honoraires en cliniques privées).

Le prix des « autres soins et contrats »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « autres soins et contrats » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE, qui comptabilise tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament 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, on ne considère pas un médicament 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.

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 *Insee Première*, n° 1408, publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir 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 diabétiques...) pour 28 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 39 %, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAMTS¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

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)... 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.

¹ La décomposition effectuée par la CNAMTS couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

Annexe 6

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
AcBUS : accord de bon usage des soins
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
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)
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
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 **CATTC** : 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
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
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
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
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
CNSE : Centre national des soins à l'étranger
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : Comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
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
EJDS : établissement pour jeunes déficients sensoriels
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France)
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle (de la CNAMTS)
FAM : foyers d'accueil médicalisés
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
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
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
GIR : groupes iso ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

IEM : institut d'éducation motrice
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)
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)
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (INSEE)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : les entreprises du médicament
LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maisons d'accueil spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MECSS : mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : nomenclature générale des activités professionnelles

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.
OMAR : outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge
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
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)
PPA : parités de pouvoir d'achat
PQE : programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS)
PSCE : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES
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

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : services 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
SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

SPS : enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : service de santé des armées

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)

TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : ticket modérateur

U

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle

UFR : unité de formation et de recherche

USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique

VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 7

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin 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 objectif 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 est croissant 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 dénombrant 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.

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.

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.

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 temporaire de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : cf. annexe 1 et fiche 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, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des ISBLSM, donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

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.

Dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : cf. annexe 1.

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 à compter de 2012.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, 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 (20 ans).

Hospitalisation complète : séjours de plus d'un jour.

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

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.

NM 2004 : la moyenne NM 2004 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 Slovaquie.

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.

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

Parité de pouvoir d'achat : voir Standards de pouvoir d'achat.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : permet d'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.

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 des salariés versées 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 d'exploitation reçues.

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) : en comptabilité nationale, la formation du revenu des ménages fait l'objet d'une analyse en trois temps :

- 1) Le compte d'affectation des revenus primaires retrace les revenus liés à la participation des ménages au processus de production.
- 2) Le compte de distribution secondaire des revenus montre comment le solde des revenus primaires est modifié par les opérations de redistribution : impôts courants sur le revenu et le patrimoine, cotisations et prestations sociales en espèces, etc. Le solde de ce compte est le revenu disponible brut (RDB), qui représente ainsi le revenu courant après impôt pouvant être réparti par les ménages entre dépense de consommation finale et épargne.
- 3) Le compte et redistribution du revenu en nature retrace les prestations sociales en nature et les services collectifs individualisables (éducation, etc.). Son solde est le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, qui, contrairement au RDB, tient compte des transferts sociaux en nature.

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre 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 portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portent notamment sur la délivrance de médicaments génériques. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel 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 ADEL depuis novembre 2011.

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.

Système national des données de santé (SNDS) : son cadre est fixé par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Cette base de données médico-administratives en cours de construction est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAMTS (SNIIR-AM, PMSI), qui seront complétées par des bases de taille plus réduite (causes de décès, données sur le handicap et échantillon représentatif des données de l'assurance maladie complémentaire). Ces données sont réunies à des fins de connaissance, pour être mises à disposition de personnes autorisées à les traiter dans les conditions définies par la loi.

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 d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIR-AM) : 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.

Standards de pouvoir d'achat (SPA) : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services. Pour la procédure de calcul de la PPA, il est nécessaire de choisir une valeur de référence, usuellement une monnaie, dont la valeur est fixée à 1. L'Institut européen des statistiques, Eurostat, utilise le standard de pouvoir d'achat (SPA) comme unité monétaire fictive de référence.

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

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

Note :

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