

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

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

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

Écarts au cadre central des comptes nationaux

La définition de la valeur des biens et services retenue dans les comptes de la santé diffère de celle du cadre central des comptes nationaux.

Le cadre central évalue la consommation au prix facturé y compris les taxes et subventions sur produits, (y compris TVA par exemple). Les conventions internationales établies par l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts (SHA) retiennent ainsi une définition spécifique de la consommation, jugée plus adaptée à décrire les spécificités du secteur de la santé. Cette « consommation de soins ajustée » intègre les formes de subventions d'exploitation (subventions à la production) versées aux professionnels ou aux établissements de santé. Avec la crise sanitaire liée au Covid-19, le nombre de dispositifs d'aide s'est élargi, créant une divergence plus importante entre l'agrégat français, assis sur les concepts de la comptabilité nationale, et son pendant international. Pour cette raison, le champ de la CSBM a été modifié à l'occasion de l'édition 2022 des comptes de la santé : celui-ci est désormais calé sur les conventions SHA et intègre les subventions versées au secteur de la santé (notamment la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux notamment). À titre exceptionnel et conformément aux instructions d'Eurostat et de l'OCDE aux producteurs des données SHA, les subventions d'exploitation versées au secteur marchand dans le cadre de la crise sanitaire en 2021 et 2022 (compensation des pertes de revenus liées aux mesures sanitaires) ont également été intégrées au champ de la consommation de soins.

Le traitement des remises pharmaceutiques diffère également entre le cadre central des comptes nationaux et celui des comptes de la santé. Ces remises (appelées également remises conventionnelles) sont versées directement par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Les montants de ces remises sont encadrés par le code de la Sécurité sociale et définis par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS). Les définitions issues de SHA considèrent que ces 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 payées par l'Assurance maladie et contribuent ainsi à baisser le prix final payé sur certains médicaments et biens médicaux innovants. Ces remises sont versées directement à l'Assurance maladie et sont sans effet sur le prix en officine. Dans les comptes de la santé, la consommation de médicaments est donc valorisée au prix public net des remises conventionnelles. Sont exclues de ce montant les remises globales, calculées sur les plafonds de chiffres d'affaires des fabricants qui ne sont pas rattachables à un médicament ou un dispositif médical en

particulier et sont donc considérées comme un impôt versé par les laboratoires. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises dites ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts. Les remises conventionnelles constituent par ailleurs un pur effet prix intégré dans le calcul de l'indice de prix des biens associés.

Secteur des établissements hospitaliers

Dans les comptes de la santé, la méthodologie de calcul des dépenses de santé dépend notamment du secteur des établissements hospitaliers puisque les soins hospitaliers publics sont assimilés à une production non marchande.

Les établissements hospitaliers du secteur public sont composés :

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

La majorité des établissements de santé privés à but non lucratif sont financés selon la grille tarifaire ex-DG.

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

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

Les comptes de la santé détaillent à un niveau relativement fin les soins hospitaliers du secteur privé. Ces derniers comprennent les honoraires des professionnels de santé libéraux exerçant en clinique, les factures établies par les établissements privés (frais de séjour, hospitalisations à domicile, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus) et leurs rémunérations directes comme les dotations, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou les incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Ils incluent les soins en établissements privés sans capacité d'hébergement, notamment en centres d'imagerie, en centres de radiothérapie et en centres de dialyse.

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

Sources pour les biens et services marchands

Depuis cette édition, les comptes de la santé reposent sur les données détaillées du Système national de données de santé (SNDS) pour les soins ambulatoires, les biens médicaux ainsi que les soins en cliniques privées. Un document à paraître dans la collection *DREES Méthodes* détaille cette nouveauté méthodologique. L'annexe 3 de ce Panorama détaille les révisions des comptes de la santé induites.

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

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

Pour l'évaluation des dépenses de santé non remboursables par l'Assurance maladie, diverses sources sont utilisées, fournies notamment par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) pour les professionnels non conventionnés, par la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) pour les dépenses de médicaments non remboursables ou par l'association NèreS pour celles de dispositifs médicaux non remboursables et de médicaments achetés sans prescription (automédication).

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

Sources pour les biens et services non marchands

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

Les données mobilisées sont fournies par l'Insee à partir de remontées financières des établissements collectées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le secteur public hors hôpitaux militaires et par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour le secteur privé non lucratif. La dépense en hôpitaux militaires est évaluée, faute d'autres données, à partir du montant de leurs financements.

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

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

Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation ou l'hébergement. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire.

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

(1) Facteurs de production tirés des emplois

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

(2) Corrections - Hors champ

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

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

À la production des hôpitaux publics civils ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

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

Sources pour l'estimation du financement par les organismes complémentaires

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

Sources pour l'estimation du partage volume-prix

Les indices de prix sont, selon les soins ou biens médicaux, soit fournis par la CNAM soit par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).