

Les révisions de l'édition 2024 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. On distingue trois types de révisions : **les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champ et les révisions méthodologiques.**

Cette édition a été réalisée avec deux changements majeurs par rapport aux éditions précédentes. Le principal changement est l'utilisation des données détaillées issues du Système national de données de santé (SNDS) pour les soins ambulatoires, les biens médicaux ainsi que les soins en cliniques privées. Ce changement de source permet un enrichissement des comptes : les bases de données du SNDS contiennent pour chaque prestation (consultation, acte technique, achat de médicaments, de pansements, rémunération des professionnels de santé par l'Assurance maladie) des informations détaillées sur le professionnel de santé fournissant la prestation, sur la décomposition du coût afférent (tarif de base de la Sécurité sociale, reste à charge dû au ticket modérateur ou à d'éventuels dépassements d'honoraires), son lieu d'exécution, etc. Le second changement est une amélioration de la qualité des données sur le champ des complémentaires santé, notamment grâce à un traitement optimisé de la non-réponse dans les remontées administratives fournies par ces organismes.

Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées à la production des comptes sur l'ensemble des chiffres présentés dans ce Panorama, c'est-à-dire pour les années 2013 à 2023. Pour les années 2021 à 2023, les comptes de la santé ont été produits à partir de la méthodologie révisée. Pour les années 2013 à 2020, ils ont été produits par rétropolation statistique des séries.

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 dépenses de soins ambulatoires, de biens médicaux et de soins en cliniques privées proviennent du SNDS mais sont calées sur les montants comptables des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC). Dans la méthodologie révisée comme dans l'ancienne méthodologie, les dépenses par poste des comptes de la santé sont ainsi celles des TCDC.
Les TCDC 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, la dernière année des TCDC (2023 dans la présente édition) intègre des corrections de dépenses ayant trait aux exercices des années précédentes. L'avant-dernière année est révisée (2022 dans la présente édition) car les dépenses réelles se substituent aux provisions. 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 première production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2022 et 2023 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2021 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 dépenses des organismes complémentaires sont construites à partir de remontées administratives considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2024 des comptes de la santé, les données 2023 sont provisoires, celles de 2022 et antérieures sont définitives.

Les révisions des dépenses de l'année 2022 liées à l'actualisation des données sont indiquées dans le tableau suivant. La révision globale sur la consommation de soins et de biens médicaux est de +60 millions d'euros, résultant d'une hausse de +214 millions d'euros pour les soins hospitaliers du secteur public et d'une baisse de -153 millions d'euros pour les soins ambulatoires, les biens médicaux et les soins hospitaliers du secteur privé.

Tableau 1 Révisions liées au caractère provisoire des données pour l'année 2022

En millions d'euros	
	Révisions
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur public	214
Soins hospitaliers du secteur privé	-33
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	7
Soins de médecins spécialistes	-10
Soins de sages-femmes	1
Soins infirmiers	-35
Soins des kinésithérapeutes	-30
Soins des orthophonistes	1
Soins des orthoptistes	4
Soins des pédicures-podologues	0
Soins dentaires	25
Activité des laboratoires de biologie médicale	-29
Transports sanitaires	-22
Soins en cures thermales	0
Médicaments en ambulatoire	-58
Optique médicale	9
Dispositifs médicaux hors optique	16
Consommation de soins et de biens médicaux	60

Source > DREES, comptes de la santé.

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 SHA¹, rédigé conjointement par l'OCDE et Eurostat. Afin de se conformer aux standards internationaux, une révision de champ a été intégrée à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2024 des comptes de la santé.

Cette révision de champ est rendue possible grâce au gain de précision lié à l'utilisation du SNDS comme source de données.

Il est désormais possible d'identifier les dépenses d'**aliments sans gluten** remboursés par l'Assurance maladie obligatoire aux personnes intolérantes au gluten. Les critères de SHA indiquent que ces aliments remplissent davantage une fonction d'alimentation qu'une fonction de santé, d'autant qu'ils peuvent être vendus dans des commerces non liés à la santé et qu'il n'y a pas forcément supervision d'un médecin. Ils ne font donc pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2021 et en 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent à 3 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Dispositifs médicaux hors optique*.

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

Il est désormais possible d'identifier, au sein des honoraires de soins des pharmaciens d'officine, l'**activité de vaccination**. Auparavant, seule l'activité de vaccination liée à la pandémie de Covid-19 était estimée. Cette activité ne fait pas partie du champ de la CSBM mais relève de la prévention, donc de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). En 2021 et en 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent respectivement à 40 et à 46 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Médicaments en ambulatoire*.

3) Révisions méthodologiques liées à l'utilisation du SNDS

Les révisions liées à l'utilisation du SNDS proviennent du gain de précision obtenu.

a) Meilleure estimation des dépassements

Le « dépassement » est la partie du coût d'un soin remboursable par l'Assurance maladie obligatoire qui dépasse la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Cette dernière correspond au montant reconnu par l'Assurance maladie obligatoire comme remboursable, sur lequel s'applique éventuellement un taux de remboursement. Il existe deux principaux dépassements : les dépassements d'honoraires et la part de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux et sur certains soins dentaires.

L'utilisation du SNDS a permis une meilleure estimation des dépassements dans les cas suivants, précédemment mal identifiés :

- soins en centre de santé, concernant en particulier les soins dentaires en centre dentaire ;
- soins dentaires aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), dont la partie de dépassement est prise en charge par des forfaits de remboursement avec une réglementation spécifique ;
- séjours en hôpitaux du secteur privé ;
- séjours et soins en établissements de cures thermales ;
- médicaments au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), médicaments non génériques dont la BRSS est alignée sur celle de leur générique.

L'utilisation du SNDS a également permis un gain de précision sur les dépassements d'honoraires des professionnels exerçant en cabinet libéral ou en établissements hospitaliers du secteur privé.

L'ensemble de ces révisions modifie le montant de la CSBM de +1 772 millions d'euros en 2022, soit une révision de +0,8 % de la CSBM (*tableau 2*).

Tableau 2 Révisions liées à la meilleure estimation des dépassements sur l'année 2022

En millions d'euros

	Centres de santé	Dentaire C2S	Séjours secteur privé	Cures thermales	Médicaments TFR	Libéral et étab. privés	Total
Soins hospitaliers							
Soins hospitaliers du secteur privé	0	0	260	0	0	53	313
Soins ambulatoires							
Soins de médecins généralistes	1	0	0	0	0	10	11
Soins de médecins spécialistes	3	0	0	0	0	49	52
Soins de sages-femmes	0	0	0	0	0	1	1
Soins des kinésithérapeutes	0	0	0	0	0	5	5
Soins des orthoptistes	0	0	0	0	0	1	1
Soins dentaires	754	584	0	0	0	0	1338
Activité des laboratoires de biologie	0	0	0	0	0	0	0
Soins en cures thermales	0	0	0	26	0	0	26
Médicaments en ambulatoire	0	0	0	0	25	0	25
Consommation de soins et de biens médicaux	758	584	260	26	25	119	1772

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Meilleure estimation des dépenses non remboursables

L'utilisation du SNDS a permis de gagner en fiabilité sur l'estimation des dépenses remboursables par l'Assurance maladie. La confrontation de ces dépenses avec des données disponibles sur le revenu des professionnels de santé a occasionné un ajustement de l'estimation de certaines dépenses non remboursables par l'Assurance maladie, même si elles sont hors champ du SNDS. Il s'agit donc d'un gain indirect de la nouvelle méthodologie.

Les dépenses de lentilles de contact, d'actes de pédicurie-podologie, de soins dentaires et de soins hospitaliers du secteur privé ont été ainsi révisées, modifiant la CSBM de -362 millions d'euros en 2022, soit une révision de -0,1 % de la CSBM (*tableau 3*).

Tableau 3 Révisions liées à la meilleure estimation des dépenses non remboursables par l'Assurance maladie obligatoire sur l'année 2022

En millions d'euros

	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	-228
Soins ambulatoires	
Soins dentaires	-496
Soins des pédicures-podologues	127
Optique médicale	235
Consommation de soins et de biens médicaux	-362

Source > DREES, comptes de la santé.

c) Meilleure estimation des dépenses versées directement aux professionnels de santé

Certaines dépenses de santé comptabilisées dans la CSBM sont versées directement à des professionnels, établissements et structures de santé par les administrations publiques. Elles incluent une grande variété de rémunérations et aides dans le cadre de politiques publiques, notamment les forfaits patientèle médecin traitant, les rémunérations sur objectifs de santé publique ou les indemnisations pour la permanence des soins.

La ventilation par profession des participations de l'assurance maladie obligatoire à certaines cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) est améliorée, grâce à un tableau comptable plus détaillé fourni par la Direction de la Sécurité sociale (DSS).

L'utilisation du SNDS permet de mieux connaître les autres versements directs de l'assurance maladie obligatoire et des agences régionales de santé aux professionnels et établissements. La principale amélioration concerne leur ventilation par profession et par lieu d'exécution. Cette ventilation n'est pas indiquée dans les TCDC, qui constituaient la principale source dans la précédente construction des comptes de la santé.

La révision globale sur la CSBM est limitée à +69 millions d'euros en 2022, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 4). Les soins hospitaliers du secteur privé et les soins des médecins généralistes et infirmiers sont révisés à la baisse, les soins dentaires et le transport sanitaire à la hausse.

Tableau 4 Révisions liées à la meilleure estimation des versements directs des administrations publiques sur l'année 2022

En millions d'euros

	Cotisations sociales PAM	Autres versements ARS et AMO	Révisions
Soins hospitaliers			
Soins hospitaliers du secteur privé	-83	-37	-120
Soins ambulatoires			
Soins de médecins généralistes	-81	-192	-273
Soins de médecins spécialistes	131	5	136
Soins de sages-femmes	-10	3	-7
Soins infirmiers	-88	15	-73
Soins des kinésithérapeutes	7	1	8
Soins des orthophonistes	1	7	8
Soins des orthoptistes	-1	1	0
Soins des pédicures-podologues	5	2	7
Soins dentaires	111	54	165
Activité des laboratoires de biologie médicale	1	3	4
Transports sanitaires	0	112	112
Soins en cures thermales	0	0	0
Médicaments en ambulatoire	0	87	87
Optique médicale	0	0	0
Dispositifs médicaux hors optique	0	15	15
Consommation de soins et de biens médicaux	-7	76	69

Source > DREES, comptes de la santé.

d) Affectation des médicaments aux professionnels de santé les dispensant

Le SNDS permet d'identifier les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses réalisées par des sages-femmes ou des médecins. Les dépenses afférentes, puisqu'elles relèvent de médicaments, étaient précédemment affectées aux pharmacies en l'absence de détail sur les médicaments dans les données mobilisées pour les comptes de la santé. Dans la nouvelle méthodologie, elles sont affectées à la profession réalisant l'acte (sages-femmes ou médecins) plutôt qu'aux pharmaciens.

La révision sur la CSBM est nulle, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 5). Le poste *Médicaments en ambulatoire* révisé à la baisse de 10 millions d'euros en 2022.

Tableau 5 Révisions liées à l'affectation des médicaments aux professions sur 2022

En millions d'euros	
	Total
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	3
Soins de médecins spécialistes	4
Soins de sages-femmes	3
Médicaments en ambulatoire	-10
Consommation de soins et de biens médicaux	0

Source > DREES, comptes de la santé.

e) Meilleure connaissance des lieux de réalisation des soins

L'activité des médecins, dentistes et auxiliaires médicaux peut être rattachée à trois principaux lieux d'affectation : les cabinets libéraux, les établissements privés et les centres de santé. La ventilation selon ces trois grands lieux était réalisée selon des clefs élaborées à partir de tableaux statistiques envoyés par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) à la DREES. Dans la nouvelle méthodologie, les lieux sont connus avec précision et de façon plus fine : on peut distinguer par exemple différents types d'établissements privés (établissements de psychiatrie, centres de radiothérapie, etc.). En montants, le principal effet de cette meilleure connaissance porte sur la répartition des honoraires de médecins spécialistes. La part de l'exercice en établissements privés est révisée à la hausse, passant pour l'année 2022 de 36,0 % à 37,5 %.

La révision sur la CSBM est nulle, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 6). Le poste *Soins de médecins spécialistes* révisé à la baisse de 180 millions d'euros en 2022 et le poste *Soins hospitaliers du secteur privé* à la hausse, du même montant.

Tableau 6 Révisions liées à la répartition des honoraires de spécialistes par lieu en 2022

En millions d'euros	
	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	+180
Soins ambulatoires	
Soins de médecins spécialistes	-180
Consommation de soins et de biens médicaux	0

Source > DREES, comptes de la santé.

f) Amélioration du calcul du ticket modérateur

L'estimation du ticket modérateur, pourcentage de la dépense remboursable restant à la charge des assurés, était construite selon des clefs élaborées à partir de tableaux statistiques envoyés par la CNAM à la DREES. Dans la nouvelle méthodologie, le montant de ticket modérateur est obtenu directement à partir des données du SNDS. Par exemple, le taux de ticket modérateur moyen des médicaments remboursables hors honoraires de dispensation était surévalué d'un point de pourcentage (14 % contre 13 % dans les données de détail). Les révisions les plus importantes concernent les montants de médicaments remboursables et de soins hospitaliers du secteur privé.

La révision sur la CSBM est de -240 millions d'euros en 2022, sur le poste *Médicaments en ambulatoire*.

Tableau 7 Révisions liées à la meilleure estimation du ticket modérateur en 2022

En millions d'euros

	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	479
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	-60
Soins de médecins spécialistes	-192
Soins de sages-femmes	0
Soins infirmiers	-46
Soins des kinésithérapeutes	-62
Soins des orthophonistes	8
Soins des orthoptistes	-1
Soins des pédicures-podologues	0
Soins dentaires	-100
Activité des laboratoires de biologie médicale	-77
Transports sanitaires	-1
Soins en cures thermales	-5
Médicaments en ambulatoire	-320
Optique médicale	0
Dispositifs médicaux hors optique	10
Consommation de soins et de biens médicaux	-367

Source > DREES, comptes de la santé.

4) Révisions méthodologiques par l'amélioration des données sur les organismes complémentaires

Les états comptables transmis chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) à la DREES constituent la principale source de données sur le financement des organismes complémentaires dans les comptes de la santé. Pour cette édition 2024, la ventilation des prestations santé entre postes de soins est améliorée. Premièrement, dans l'état FR.14.03, la méthodologie de correction et d'imputation des données en cas de non-réponse partielle ou d'erreur est révisée. Dans ce même état FR.14.03, le calage des dépenses par postes de soins intègre désormais les variations de provisions, en accord avec les principes de la comptabilité nationale. Enfin, les dépenses des organismes complémentaires au titre du forfait patientèle médecin traitant (FPMT) sont maintenant construites à partir de données de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), ce qui permet une meilleure identification que dans l'état FR.14.03.

Ces changements méthodologiques ne jouent pas sur les montants de CSBM : le montant de dépenses de chaque poste de soins reste inchangé. En revanche, ils provoquent une révision de la répartition du financement de cette dépense. En effet, une modification du montant financé par les organismes complémentaires se répercute sur les montants des autres financeurs, en premier lieu sur les ménages.

La nouvelle méthodologie provoque une révision importante sur le financement des soins hospitaliers du secteur public par les organismes complémentaires, à la baisse. Une partie des montants catégorisés comme des prises en charge de forfaits journaliers et de tickets modérateurs sur des séjours en CSBM est reclassée en frais d'hébergements en établissements de soins de longue durée (en DCSi mais hors CSBM) et en suppléments pour chambre particulière (hors DCSi). En 2022, le financement de la CSBM par les organismes complémentaires diminue ainsi de 1,2 milliard d'euros sur les soins hospitaliers du secteur public.

Sur les soins hospitaliers du secteur privé et sur les soins ambulatoires, la prise en charge des organismes complémentaires est revue à la hausse de +385 millions d'euros en 2022, du fait de l'intégration des variations de provisions, qui sont positives notamment pour les dépenses de contrats collectifs.

5) Bilan des révisions

Les tableaux suivants déclinent le montant global de révisions selon les postes de soins d'une part, selon les financeurs d'autre part. Les révisions de données provisoires, les modifications de champ et les changements méthodologiques conduisent à réviser à la hausse le niveau de la CSBM en 2021 et en 2022, de respectivement +684 millions d'euros et +971 millions d'euros (tableau 8).

Le principal facteur de cette révision à la hausse est la meilleure estimation des dépassements (*tableau 2*) pour +1 772 millions d'euros en 2022.

La rétropolation des séries conduit à réviser la CSBM à la hausse sur tout l'historique de 2010 à 2022.

Tableau 8 Synthèse des révisions de la CSBM par poste en 2021 et en 2022

En millions d'euros

	Révisions de la CSBM en 2021	Révisions de la CSBM en 2022
Soins hospitaliers	621	770
Soins hospitaliers du secteur public	104	214
Soins hospitaliers du secteur privé	517	555
Soins ambulatoires	200	196
Soins de médecins généralistes	-246	-260
Soins de médecins spécialistes	-293	-270
Soins de sages-femmes	-5	-8
Soins infirmiers	-115	-200
Soins des kinésithérapeutes	-103	-116
Soins des orthophonistes	-4	-3
Soins des orthoptistes	6	4
Soins des pédicures-podologues	155	134
Soins dentaires	794	876
Activité des laboratoires de biologie médicale	-46	-48
Transports sanitaires	66	96
Soins en cures thermales	-10	-9
Médicaments en ambulatoire	-262	-348
Optique médicale	255	251
Dispositifs médicaux hors optique	-129	102
Consommation de soins et de biens médicaux	684	971

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 684 millions d'euros pour l'année 2021 par rapport à l'édition 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 9 Synthèse des révisions de la CSBM par année

	Révisions en niveau (en millions d'euros)	Révisions relatives (en %)	Révisions en part du PIB (en points de PIB)	Révisions du taux d'évolution (en points de pourcentage)
2010	1 197	0,69	0,06	.
2011	1 144	0,64	0,06	-0,05
2012	1 274	0,7	0,06	+0,06
2013	1 421	0,77	0,07	+0,07
2014	1 279	0,67	0,06	-0,10
2015	1 325	0,69	0,06	+0,01
2016	1 190	0,60	0,05	-0,08
2017	1 096	0,55	0,05	-0,06
2018	1 257	0,62	0,05	+0,07
2019	1 008	0,49	0,04	-0,14
2020	796	0,38	0,03	-0,11
2021	684	0,30	0,03	-0,08
2022	971	0,41	0,04	+0,11

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 1 325 millions d'euros pour l'année 2015 par rapport à l'édition 2023, soit une révision de +0,69 %. Par rapport à l'édition 2023, le taux d'évolution de la CSBM entre 2024 et 2015 est révisé, de +0,01 point.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions de données provisoires, les modifications de champ et les changements méthodologiques conduisent à réviser le reste à charge pour les ménages en paiement direct : leur part de financement de la CSBM est révisée à la hausse de 0,6 point en 2021, et de 0,5 point en 2022. Cette révision à la hausse est principalement due aux révisions méthodologiques portant sur les données des organismes complémentaires (OC) ainsi qu'à la révision sur les dépassements (*tableau 2*), principalement financés par les ménages. Par ailleurs, la révision des données OC relatives à la prise en charge des soins hospitaliers a un effet sur la baisse tendancielle de la part financée par les ménages (*graphique 1*). En effet, cette révision conduit, au sein du reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) à l'hôpital, à abaisser la part financée par les OC. Le RAC AMO est financé par les OC et par les ménages ; comme il est déterminé par ailleurs, cette révision à la hausse des OC se traduit par une révision à la baisse des ménages par effet de vase communicant. Le RAC AMO des soins hospitaliers représentant une part moins importante de la CSBM en 2023 (3 %) qu'en 2010 (4 %), cette révision est plus faible sur les années récentes, ce qui explique le rapprochement des deux courbes du *graphique 1*.

Tableau 10 Synthèse des révisions de la CSBM par financeur en 2021 et en 2022

En millions d'euros et en points de pourcentage

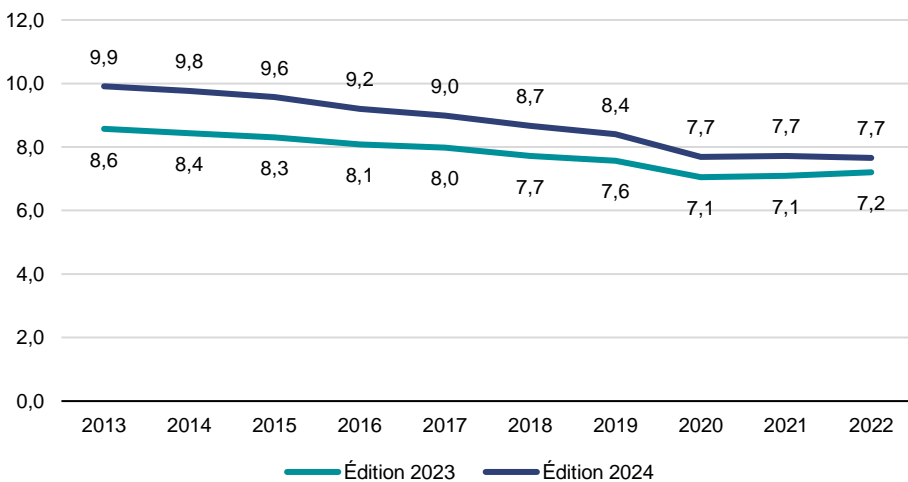
	Révisions CSBM en 2021	Révisions CSBM en 2022	Révisions part financée en 2021	Révisions part financée en 2022
Sécurité sociale	-115	699	-0,3	0,0
État	-144	-235	-0,1	-0,1
Organismes complémentaires	-544	-629	-0,3	-0,3
Ménages	1 487	1 137	+0,6	+0,5
Consommation de soins et de biens médicaux	684	971	0,0	0,0

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires a été révisée à la baisse de 0,3 point de pourcentage pour l'année 2022 par rapport à l'édition 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Révisions de la part financée par les ménages, de 2013 à 2022

En points de pourcentage



Source > DREES, comptes de la santé.