

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

La base 2000 des Comptes de la santé :
Méthodologie

Annie FENINA, Yves GEFFROY

n° 99 – Juillet 2006

Sommaire

Avertissement	5
1. Concepts généraux	7
1.1 Les agrégats des Comptes de la santé.....	7
1.1.1 La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	7
1.1.2 Les dépenses de prévention.....	7
1.1.3 La consommation médicale totale (CMT)	7
1.1.4 Les autres dépenses pour les malades	9
1.1.5 Les dépenses en faveur du système de soins.....	9
1.1.6 La dépense courante de santé.....	9
1.1.7 La Dépense nationale de santé	9
1.2 L'insertion des Comptes de la santé dans la comptabilité nationale	10
1.2.1 Compte définitif de l'année n-3	10
1.2.2 Compte semi-définitif de l'année n-2	10
1.3 Le passage en base 2000 du Compte de la santé	11
1.3.1 Les modifications conceptuelles	12
1.3.2 La révision de certaines évaluations	12
1.3.3 Incidences des révisions.....	14
1.4 Les sources principales des Comptes de la santé	14
1.4.1 Les statistiques mensuelles du Régime général	14
1.4.2 Les dépenses des trois principaux régimes d'assurance maladie.....	16
1.4.3 Le Système national inter régimes (Snir).....	16
1.4.4 Les Comptes du commerce de l'Insee	16
1.4.5 Le partage volume prix	17
1.4.6 Le secteur marchand : mesure d'un indice de prix à la consommation	19
1.4.7 Les dépenses des Administrations publiques (APU)	19
1.4.8 La comptabilité publique	19
2. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).....	20
2.1 Les composantes de la CSBM.....	20
2.1.1 Le secteur hospitalier	20
2.1.2 Les soins ambulatoires	21
2.1.3 Les transports de malades	26
2.1.4 Les médicaments.....	26
2.1.5 Les autres biens médicaux	27
2.2 La structure de financement de la CSBM.....	28
2.3 CSBM et Comptes de la Nation	29
2.4. La consommation médicale totale	30
3. Les autres dépenses pour les malades.....	30
3.1 Les soins de longue durée en établissements pour les personnes âgées	30
3.2 Les indemnités journalières	31
3.3 Les cotisations des personnels et auxiliaires médicaux.....	31

4. Les dépenses de prévention	31
4.1 La nomenclature de la prévention en base 2000	32
4.1.1 La prévention individuelle	32
4.1.2 La prévention collective.....	32
4.2 Acteurs, financeurs et sources de la prévention	33
4.2.1 La prévention individuelle primaire.....	34
4.2.2 La prévention individuelle secondaire	35
4.2.3 La prévention collective en direction des comportements	36
4.2.4 La prévention collective à visée environnementale	36
5. Les dépenses en faveur du système de soins.....	38
5.1 Les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique.....	38
5.1.1 La formation des personnels médicaux et para médicaux.....	39
5.2 Les coûts de gestion de la santé.....	40
5.3 L'élimination du double compte entre « médicaments » et « recherche »	40
6. Index des sigles	41
7. Glossaire.....	43

Avertissement

Pour les Comptes de la santé, le passage à la « base 2000 » des Comptes nationaux n'entraîne pas de changement conceptuels et méthodologiques majeurs par rapport à la « base 1995 » précédente. En revanche, cette dernière avait marqué des révisions importantes par rapport à la « base 1980 », à laquelle elle avait succédé. Il paraît utile, à l'occasion du dernier changement de base, de récapituler les définitions et les méthodes désormais utilisées dans la production des Comptes de la santé.

1. Concepts généraux

1.1 Les agrégats des Comptes de la santé

Les Comptes de la santé articulent plusieurs agrégats. Leur importance et leur agencement suggèrent l'ossature du plan du rapport sur les Comptes de la santé.

1.1.1 La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM est l'agrégat central des Comptes de la santé. Elle regroupe les consommations de soins hospitaliers publics et privés, de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux), de transports de malades, de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses et VHP, petits matériels et pansements).

La CSBM représente donc la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris les DOM) par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels. La valeur de la CSBM est égale aux dépenses d'origine publique ou privée qui en assurent le financement.

En 2004, la CSBM s'élève à 144,8 milliards d'euros, soit 8,8 % du PIB et 78,9 % de la dépense courante de santé.

La présentation des différentes fonctions de soins composant la CSBM s'accompagne de l'analyse de leur production (intégrée aux Comptes de la Nation) et de la structure de leur financement (sont étudiés la part respective de la Sécurité Sociale, de l'État, des organismes complémentaires et des ménages).

1.1.2 Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention individuelles peuvent être primaires (éviter les maladies) ou secondaires (dépistage). Ces dépenses sont dites « individualisables » parce qu'elles peuvent être rattachées à des individus.

Il n'en est pas de même des dépenses de prévention collective qu'elles soient menées en direction des comportements ou qu'elles aient une visée environnementale.

Les dépenses de prévention en 2004 se montent à 5 milliards d'euros et forment 2,7 % de la dépense courante de santé.

1.1.3 La consommation médicale totale (CMT)

Elle regroupe la CSBM et les dépenses de prévention individualisables (imputables à des individus).

Dépenses courantes de santé
1995 - 2004

	1 995	1 996	1 997	1 998	1 999	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004
11. CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
• Soins aux particuliers	75 857	77 753	78 754	80 937	82 871	85 777	89 792	95 689	101 730	106 533
- soins hospitaliers	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 323	64 279
publics	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 612	49 862
privés	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 711	14 417
dont honoraires médecins-analyses-prothèses...	4 117	4 211	4 148	4 340	4 236	4 218	4 220	4 451	4 593	4 720
- soins ambulatoires	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 617
- transports de malades	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 637
• Médicaments	18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 645	30 279
• Autres biens médicaux	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 426	8 010
12. SOINS AUX PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENTS	2 270	2 381	2 476	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 732	4 118
13. AIDE AUX MALADES (Indemnités Journalières)	6 651	6 694	6 649	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 311	10 360
14. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS (aide indirecte aux malades)	1 465	1 415	1 481	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 871	1 873
1. SOUS-TOTAL - DÉPENSES POUR LES MALADES	108 418	110 908	112 814	117 128	121 656	127 828	135 237	144 300	153 715	161 173
21 - Prévention individuelle	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 680	2 798
- Prévention primaire	1702	1758	1785	1842	1887	1947	2019	2121	2242	2339
- Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	438	458
22 - Prévention collective	1 482	1 511	1 557	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 367	2 171
2. SOUS-TOTAL - DÉPENSES DE PRÉVENTION	3 456	3 560	3 650	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	5 047	4 969
31. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	4 092	4 125	4 121	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 436	6 667
32. DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	994	1 014
3. SOUS-TOTAL DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	4 779	4 826	4 845	5 000	5 765	6 239	6 599	7 170	7 430	7 681
4. TOTAL - COUT DE GESTION DE LA SANTE	9 616	9 922	10 152	10 435	10 912	11 372	11 736	12 108	12 734	13 075
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-1 967	-1 982	-1 975	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 282	-3 440
TOTAL GÉNÉRAL - DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ -	124301	127234	129487	134316	139791	146893	155025	165214	175644	183458

1.1.4 Les autres dépenses pour les malades

Elles regroupent les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières maladies et les subventions au système de soins. Au total les autres dépenses pour les malades représentent 16,4 milliards d'euros en 2004, soit 8,9 % de la dépense courante de santé.

Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement concernent les personnes âgées hospitalisées en services de soins de longue durée et des personnes qui sont placées en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA ou EHPAD). Dans la base 2000 des Comptes nationaux, les soins de long séjour aux personnes âgées en établissement quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur d'action sociale. Ces dépenses restent toutefois incluses dans la Dépense courante de santé des Comptes afin, outre leur intérêt intrinsèque en tant que dépenses de santé (perturbation durable de l'état de santé), de conserver un concept homogène par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE (la dépense nationale de santé).

1.1.5 Les dépenses en faveur du système de soins

Elles comprennent d'abord les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique et les dépenses de formation des personnels de santé. Ces dépenses se montent à 7,7 milliards d'euros en 2004 soit 4,2 % de la dépense courante de santé.

Les coûts de gestion de la santé représentent l'ensemble des coûts des organismes de base et complémentaires qui interviennent dans le domaine de la santé : ministère de la Santé, organismes de base de la Sécurité sociale, organismes complémentaires, Institutions privées caritatives (ISBLM). Le total de ces coûts est de 13,1 milliards d'euros en 2004 soit 7,1 % de la dépense courante de santé.

La prise en compte des dépenses de recherche pharmaceutique induit un double compte avec le poste médicament de la CSBM où les dépenses de recherche sont financées par le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique et incorporées au montant de la consommation de médicaments. Une ligne double compte, dans le calcul de la dépense courante de santé, vient éliminer cet effet.

1.1.6 La dépense courante de santé

C'est l'agrégat d'ensemble des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les autres agrégats et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Les premières livraisons des Comptes dans les années soixante-dix utilisaient d'ailleurs les termes non équivoques de « vépense totale de santé ».

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les autres dépenses pour les malades, les dépenses de prévention (qu'elles soient individuelle ou collective), et les dépenses en faveur du système de soins.

En 2004, la dépense courante de santé se monte à 183,5 milliards d'euros, soit 11,1 % du PIB.

1.1.7 La dépense nationale de santé

L'OCDE utilise pour les comparaisons entre ses États membres un concept proche de la dépense courante de santé : la dépense nationale de santé. Chaque livraison des Comptes présente le ratio dépense nationale / PIB, calculé par l'OCDE pour une trentaine d'États membres.

La dépense nationale de santé retranche de la dépense courante de santé les indemnités journalières, les dépenses de formation et de recherche médicales et y ajoute la formation brute de

capital fixe des hôpitaux publics. Autrement dit, elle comprend la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, les subventions au système de soins, les dépenses de prévention, les coûts de gestion de la santé et la formation brute de capital fixe des hôpitaux.

En 2004, la dépense nationale de santé de la France s'élève à 173,9 milliards d'euros et représente 10,4 % du PIB.

1.2 L'insertion des Comptes de la santé dans la comptabilité nationale

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année *n*, la DREES présente à la Commission des Comptes de la santé un compte définitif de l'année *n-3*, un compte semi-définitif de l'année *n-2* et un compte provisoire de l'année *n-1*.

Ces comptes sont préalablement établis, en collaboration avec l'INSEE, dans le cadre de la campagne des Comptes nationaux, en fonction du calendrier suivant :

1.2.1 Compte définitif de l'année n-3

Fourniture par la DREES à l'INSEE en octobre de l'année *n-1* d'informations actualisées sur la santé marchande de l'année *n-3* (cliniques privées, médecins et dentistes en activité libérale...), tant au niveau de la consommation de santé des ménages qu'au niveau des dépenses des administrations publiques (essentiellement les dépenses de la Sécurité Sociale).

Harmonisation avec l'INSEE et élaboration des Comptes de la santé marchande et non marchande en novembre de l'année *n-1*.

1.2.2 Compte semi-définitif de l'année n-2

Fourniture par la DREES à l'INSEE en janvier *n* d'informations actualisées sur la santé marchande de l'année *n-2* (autre que le secteur public hospitalier), tant au niveau de la consommation de santé des ménages qu'au niveau des dépenses des administrations publiques (essentiellement les dépenses de la Sécurité Sociale).

Harmonisation avec l'INSEE et élaboration des Comptes de la santé marchande et non marchande en février de l'année *n*.

Compte provisoire de l'année n-1

Transmission par la DREES à la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) fin janvier de l'année *n* d'informations sur la dotation globale hospitalière permettant à l'INSEE d'élaborer le compte provisoire de l'année *n-1* du secteur public hospitalier (santé non marchande).

Fourniture en mars à l'INSEE des montants (en date de remboursement) des différents postes de la santé marchande (cliniques privées, médecins et dentistes en activité libérale...) et harmonisation avec l'INSEE pour élaborer le compte provisoire complet marchand et non marchand fin mars de l'année *n*.

Le rapport à la Commission des Comptes de la santé du mois de juillet de l'année n présente des résultats harmonisés avec les Comptes nationaux de l'INSEE pour le compte définitif de l'année n-3, et des comptes semi-définitif et provisoire qui sont revus par rapport à ceux fournis à l'INSEE afin de prendre en compte les dernières données disponibles en dates de soins.

La répartition de la consommation de soins et biens médicaux par rubrique se fait sous un angle différent selon les Comptes nationaux et les Comptes de la santé :

L'INSEE adopte le point de vue des « producteurs de soins et de biens médicaux ». La présentation de la consommation des ménages se fait alors en fonction du lieu de production de la prestation ou du lieu de fabrication des biens médicaux.

La DREES a principalement adopté jusqu'à présent l'optique « fonction de soins ». La présentation de la consommation de soins des malades se fait alors en fonction du lieu de soins de la prestation ou du lieu d'utilisation des biens médicaux par le bénéficiaire (ville ou hôpital). On évalue alors les différentes fonctions de soins qui concourent à cet objectif : soins de médecins en ambulatoire, soins reçus dans le cadre d'un séjour complet à l'hôpital, médicaments et autres biens médicaux consommés en ambulatoire...

Le contenu des postes de la CSBM diffère donc entre la DREES et l'INSEE. Le traitement des consultations externes des hôpitaux publics permet d'illustrer cette différence. Ces consultations effectuées par des médecins salariés sont accessibles aux personnes non hospitalisées. Elles font partie des soins ambulatoires des médecins dans l'optique « fonction de soins » (DREES) ; en revanche, du point de vue du « producteur de soins » (INSEE), les consultations externes sont classées dans la rubrique « hôpitaux publics ». Les médicaments constituent une seconde illustration : dans l'optique « producteur » retenue par l'INSEE, la production de médicaments est affectée à l'industrie pharmaceutique. À l'inverse, dans l'optique « fonction de soins » de la DREES, c'est au niveau du bénéficiaire que la consommation de médicaments et de biens médicaux est comptabilisée ; la consommation de médicaments en ambulatoire comprend donc les ventes des officines pharmaceutiques et la rétrocession hospitalière.

1.3 Le passage en base 2000 du Compte de la santé

Périodiquement l'INSEE change de base pour élaborer les Comptes nationaux. L'exercice de changement de base corrige les erreurs éventuelles intervenues lors de l'élaboration de la base précédente et intègre les sources d'informations les plus récentes. À l'occasion de la nouvelle base dite « base 2000 », une révision générale de la base précédente, dénommée « base 1995 », a été menée, destinée à revoir les concepts, la méthodologie et l'évaluation des séries. L'année de référence pour le passage d'un système à l'autre a été l'année 2000. Les apports de la base 1995 ont été conservés, notamment l'extension du champ géographique aux départements d'Outre-mer et la comptabilisation des opérations en droits constatés : l'évaluation des opérations à la date du fait générateur, plutôt qu'à la date de remboursement, fournit une estimation plus précise de la consommation annuelle de soins, notamment quand surviennent en fin d'année des événements qui perturbent le processus de remboursement : épidémies de grippe, grèves, etc. Des modifications de champ et de nomenclature ont également été opérées : les services de soins à domicile et le poste « petits matériels et pansements » ont été intégrés ; les consultations externes des hôpitaux publics ont été classées en soins ambulatoires.

À l'occasion du passage en « base 2000 », l'ensemble des révisions de la nouvelle base des Comptes de la santé a été intégré dans le cadre central de la Comptabilité nationale. Les comptes des années 2000 à 2002 sont donc identiques dans leurs totalisations à ceux figurant dans les publications de l'INSEE, tant dans le secteur non marchand que dans le secteur marchand. Il existe cependant une

différence de présentation des séries : comme cela a été explicité précédemment, les Comptes de la santé analysent les dépenses selon la « fonction de soins » (soins en hôpital, soins ambulatoires, consommation de médicaments, etc.), alors que les Comptes nationaux privilégient la « fonction producteurs de soins » (hôpitaux, praticiens libéraux, laboratoires pharmaceutiques...).

Il en résulte deux conséquences :

- dans le secteur marchand des Comptes nationaux élaborés par l'INSEE, les services de transports des malades par taxi ou train ne font pas partie du domaine de la consommation de santé des ménages. À l'inverse, ils sont inclus dans la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) du rapport présenté à la Commission des Comptes de la santé,
- dans le secteur non marchand défini par l'INSEE, la production de soins des hôpitaux militaires n'a pas été prise en compte tant que ces établissements n'étaient pas placés sous le régime de la dotation globale hospitalière. En revanche, le rapport sur les Comptes de la santé a toujours intégré à la consommation de soins des ménages celle dispensée par les hôpitaux militaires.

1.3.1 Les modifications conceptuelles

Les principales modifications induites par le changement de base sont liées à une modification du périmètre de la santé non marchande dans la Comptabilité nationale. Désormais les soins de longue durée à l'hôpital ou en établissement pour personnes âgées, qui correspondent à des perturbations durables, sinon définitives, de l'état de santé des malades, quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. C'est donc l'ensemble des soins de longue durée en établissement qui sort du champ de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé pour rejoindre le domaine de l'action sociale, comme c'était déjà le cas pour les soins dispensés à l'enfance inadaptée et aux adultes handicapés.

Les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public

Ces soins, dispensés pour l'essentiel à des personnes âgées, sont désormais retranchés de la consommation de soins et biens médicaux. Cependant, les soins de longue durée des hôpitaux du secteur public restent intégrés à la dépense courante de santé qui permet une évaluation de la dépense nationale de santé, concept utilisé par l'OCDE pour établir des comparaisons entre les pays membres.

Les soins dispensés dans les maisons de retraite

Les maisons de retraite sont dénommées également « Établissements pour personnes âgées » (EHPA), éventuellement « dépendantes » (EHPAD), (ou « sections médicalisées » selon une appellation antérieure). Les forfaits afférents aux soins qui y sont dispensés et qui sont à la charge de l'assurance maladie quittent le domaine de la santé pour rejoindre celui de l'action sociale. Ce transfert concerne aussi bien les maisons de retraite privées que publiques.

Les montants correspondants figurent désormais dans le rapport sur les Comptes dans les mêmes conditions que celles concernant les soins de longue durée, c'est-à-dire exclus de la CSBM mais inclus dans la dépense courante de santé.

1.3.2 La révision de certaines évaluations

Les changements de base sont également l'occasion de prendre en compte les améliorations apportées aux sources statistiques et de modifier certaines estimations qui avaient été faites antérieurement.

L'élargissement du champ du SNIR

Le Système national inter-régimes (SNIR) présenté par la Cnamts intègre depuis l'année 2000 la totalité des régimes d'assurance maladie et inclut les données des quatre départements d'outre-mer. Ces progrès contribuent à fiabiliser les résultats présentés dans les Comptes mais ils ne modifient sensiblement ni le niveau, ni le profil des séries déjà élargies auparavant, par estimation, à l'ensemble des régimes et aux DOM.

Le calage du poste « médicaments »

Le calage du montant du poste « médicaments » avec les données sur la fabrication de médicaments fournies par l'INSEE introduit, à l'occasion du passage en base 2000, une nouvelle évaluation de la consommation de ces biens médicaux (diminution de plus d'un milliard d'euros). En outre, un nouveau partage entre consommation en ambulatoire et consommation lors d'une hospitalisation en cliniques privées attribue à ces dernières un surcroît de 300 millions d'euros de consommation intermédiaire en base 2000.

La ventilation du poste « prothèses »

Avant la base 2000, la totalité des prothèses internes était comptabilisée dans les soins ambulatoires (1,8 % de la CSBM). La tarification à l'activité des hôpitaux privés a induit une prise en compte dans ces établissements de la moitié du poste « prothèses ».

L'hébergement des personnes fréquentant les établissements thermaux

Selon la base 95, les forfaits soins des cures thermales n'intervenaient que pour un tiers (300 millions d'euros) dans les dépenses de thermalisme ; le solde, environ 600 millions d'euros, concernait l'hôtellerie. Ce montant était une estimation basée sur le nombre de curistes, la durée moyenne des cures et un prix « moyen » de la demi-pension dans les hôtels. Le Compte de la santé marchande établi par la DREES pour les Comptes nationaux de l'INSEE n'a jamais retenu ces dépenses d'hébergement liées aux cures.

Pour une meilleure harmonisation avec les Comptes nationaux, les dépenses d'hébergement des curistes ne sont plus considérées comme des dépenses de santé et ne font plus partie de la CSBM.

La révision de la consommation de services de prévention

L'évaluation des dépenses de prévention n'avait pas été revue depuis la base 80. Le champ de la prévention s'étant élargi depuis une vingtaine d'années, de nouveaux opérateurs [Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) par exemple] et de nouveaux types de dépenses, telles celles liées à la sécurité sanitaire de l'alimentation, sont venus s'ajouter à la nomenclature. Les séries existantes ont également été modifiées tant en niveau qu'en évolution.

Pour l'année 2003 commune aux deux bases, le solde des modifications intervenues entre la base 95 et la base 2000 augmente la consommation de services de prévention de 30,1 % soit 1,2 milliard d'euros.

Le coût de gestion de la santé

Dans la base 95, les coûts de gestion de la santé n'incluaient pas ceux des institutions de prévoyance, des assurances ni ceux des régimes de base de l'assurance maladie. Dans la base « 2000 » les frais de gestion des institutions de prévoyance, disponibles dans les Comptes de la protection sociale sont désormais inclus dans l'ensemble des frais de gestion, de même que ceux des régimes

d'assurance maladie, pour les risques retenus dans les Comptes de la santé (maladie, maternité, accidents du travail). Pour les assurances, une estimation a été réalisée.

L'introduction des coûts de gestion des régimes de base, des institutions de prévoyance et des assurances multiplie le poste « Coût de gestion de la santé » par cinq. Sa part dans la structure de la dépense courante de santé évolue pour l'année 2003 de 1,7 % en base 95 à 7,1 % en base 2000.

1.3.3 Incidences des révisions

Ces modifications de concepts et de niveau de certaines séries se traduisent par deux évolutions contraires :

- une diminution de 5,8 %, en 2003, de la consommation de soins et de biens médicaux en base 2000 par rapport à la base 95. Cette baisse est imputable principalement aux nouveaux traitements statistiques ou comptables des soins de longue durée en établissement, de l'hébergement des curistes et de certains biens médicaux. Ces modifications de concepts et de niveaux ont toutefois peu d'influence sur le profil d'évolution des consommations entre 1995 et 2003 dans chacune des deux bases dans le secteur marchand,
- une hausse de la dépense courante de santé (dépense totale du secteur santé) et de la dépense nationale de santé (utilisée pour les comparaisons internationales), qui fait passer la première de 10,8 % à 11,1 % du PIB et la seconde de 10,1 % à 10,4 % du PIB en 2003. Cette augmentation de la dépense courante de santé résulte de la nouvelle évaluation des dépenses de prévention et de la prise en compte des coûts de gestion de l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la santé,
- comme les variations des agrégats des dépenses de santé d'une base à l'autre affectent surtout les dépenses non remboursées par les régimes d'assurance maladie, ces changements entraînent, entre les deux bases, une modification du taux de couverture de la Sécurité Sociale, majoré d'un point pour la CSBM et minoré d'un point pour la dépense courante de santé.

1.4 Les sources principales des Comptes de la santé

De nombreuses sources sont utilisées pour réunir les données nécessaires à la production des Comptes de la santé. Certaines sont communes à la totalité des postes de tel ou tel agrégat ou sous ensemble d'agrégats : les statistiques mensuelles du Régime général concernent ainsi toutes les composantes de la CSBM. D'autres ne relèvent que d'un seul poste : par exemple, les données sur la médecine scolaire fournies par les services statistiques du ministère de l'Éducation ne renseignent que ce seul poste.

1.4.1 Les statistiques mensuelles du Régime général

Elles sont élaborées par la Cnamts. Chaque année, au mois de février, la livraison mensuelle fournit les « résultats à fin décembre » de l'année précédente. Ces résultats en cumulent les douze derniers mois. Les trois risques repris dans les Comptes de la santé (maladie, maternité et accidents du travail) sont présentés successivement. Les Comptes laissent hors champ les risques « invalidité » et « décès » fournis également par la statistique mensuelle.

La nomenclature des actes est similaire pour les trois risques. Pour les risques maladie, maternité et accidents du travail, la statistique mensuelle distingue :

- les honoraires des médecins (consultations, visites, actes chirurgicaux, actes de radiologie, de stomatologie...),
- les honoraires des chirurgiens dentistes,
- les dépenses de médicaments. Depuis 2002, ce poste est divisé en deux : d'une part, ceux vendus en ville dans les officines et, d'autre part, ceux vendus par les pharmacies hospitalières aux personnes qui ne sont pas hospitalisées (cette distribution est appelée « rétrocession »),
- les autres prescriptions, qui sont détaillées en auxiliaires médicaux, analyses et prélèvements, dispositifs médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, appareils matériels de traitements et pansements), forfaits thermaux et les frais de déplacement des malades.

Pour chaque ligne de la nomenclature on dispose du montant remboursé (la prestation versée au bénéficiaire) et du taux moyen de remboursement découlant de la prise en compte du ticket modérateur et de ses exceptions (pathologies ou malades ayant une « affection de longue durée – ALD » et remboursés de ce fait à 100 %). Le taux moyen de remboursement appliqué au montant remboursé fournit la valeur du montant remboursable, également dénommé « dépense reconnue ». Les consultations des médecins sont majorées de deux façons. Depuis 2005, une participation forfaitaire d'un euro s'applique à toutes les consultations et le remboursement des consultations « hors parcours de soins » est minoré. Ces éléments modifient le taux moyen de remboursement des prestations mais seule l'incidence en valeur de l'application du forfait « un euro » est explicitement indiquée dans la statistique mensuelle.

Les versements aux établissements sanitaires des secteurs publics et privés sont également détaillés. Avant 2005 les hôpitaux publics et PSPH percevaient essentiellement une dotation globale hospitalière.

Pour retracer les dépenses d'hospitalisation privées, deux grandes catégories étaient distinguées jusqu'au mois de mai 2005 : les frais de séjour et les dépenses forfaitaires (dialyse, chimiothérapie...). Depuis juin 2005, la nomenclature des dépenses d'hospitalisation privée est modifiée pour tenir compte de la nouvelle Tarification à l'activité (T2A), qui concerne les séjours en médecine, chirurgie et obstétrique. Les soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie relèvent toujours d'un objectif quantifié national et d'un prix de journée. Les honoraires du personnel médical perçus à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur privé sont traités à part depuis 1993. Tout au long de la nomenclature, qui présente, ligne après ligne les honoraires et prescriptions de ville, ils sont regroupés dans une colonne spécifique dénommée « prestations avec hospitalisation (complète) ».

Les montants de la statistique mensuelle sont principalement fournis en date de remboursement. Cela signifie qu'ils sont comptabilisés au moment où le mouvement de fonds qui va créditer le bénéficiaire du remboursement est initialisé. Ce décaissement peut intervenir plus ou moins rapidement suivant la diligence du bénéficiaire à demander son remboursement et suivant la durée d'instruction et de liquidation du paiement par la caisse primaire. Le délai de liquidation peut être affecté par divers incidents (épidémies, mouvements sociaux, difficultés techniques ponctuelles). Il existe donc un décalage plus ou moins important entre la date de l'acte de soins et la date de son remboursement. En début et en fin d'année des stocks de soins qui ne relèvent pas de l'année considérée viennent troubler la mesure de la consommation annuelle. Ceci est dommageable pour la véracité des Comptes de la santé qui entendent précisément retracer cette consommation annuelle de soins en date de soins.

Depuis janvier 1994, la Cnamts publie également des statistiques mensuelles en date de soins. Leur présentation est similaire à celle de la statistique mensuelle en date de remboursement. Les dépenses y sont comptabilisées à la date du fait générateur (consultation, visite, actes divers...). Cette statistique permet de s'affranchir des aléas dus aux délais de remboursement. Cependant, pour disposer d'un mois de soins donné, il faut attendre au minimum quatre mois (dont le mois considéré).

Au bout de ce laps de temps, on dispose de 95 % des données relatives à ce mois de soins. Ceci permet d'établir une statistique provisoire qui peut être publiée. Ainsi, pour le mois de décembre qui clôt l'année observée dans les comptes, il faudra, pour disposer des résultats en date de soins, attendre que le mois de mars soit échu. La statistique provisoire, en date de soins, d'une année donnée sera donc disponible à la fin du mois d'avril suivant. Le passage en T2A a allongé d'un mois au moins les délais permettant de disposer de données fiables en dates de soins, surtout pour les dépenses en cliniques et les honoraires de spécialistes.

1.4.2 Les dépenses des trois principaux régimes d'assurance maladie

Ces statistiques, en date de remboursement, regroupent le Régime général (Cnamts), le régime agricole (MSA) et celui des professions indépendantes (AMPI ou Canam). Elles sont mises à disposition par la Cnamts fin février et concernent l'année précédente. Elles fournissent les montants remboursables et remboursés et leurs évolutions d'une année à l'autre. Les trois principaux régimes représentent en moyenne 96 % du total des 19 régimes d'assurance maladie. Cette source est utilisée pour l'élaboration du compte provisoire qui est livré à l'Insee courant mars et pour l'élaboration d'un coefficient d'équivalence aux 19 régimes qui sera validé avec les résultats du SNIR.

1.4.3 Le Système national inter régimes (SNIR)

Au cours du mois de juin, la Cnamts communique les données du Système national inter régimes (SNIR) de l'année précédente, qui sont provisoires. Une version définitive est disponible au cours du dernier trimestre de l'année.

Pour chaque profession dispensant des soins ambulatoires en exercice libéral, le SNIR fournit les effectifs et le montant des honoraires, des frais de déplacement, des dépassements et du total des honoraires perçus.

Ces résultats sont présentés depuis 1977 pour la France métropolitaine. À partir de l'année 2000, le SNIR est étendu aux quatre départements d'outre mer. Il est également réputé « tous régimes » : seule la Caisse des français à l'étranger, dont le nombre d'affiliés est minime, n'est pas répertoriée.

C'est donc avec les données du SNIR (s'il est disponible avant le 15 juin), confrontées à la statistique mensuelle, que sont précisées les consommations de soins des professionnels libéraux de santé présentées début juillet à la Commission des Comptes de la santé.

1.4.4 Les Comptes du commerce de l'INSEE

Les informations en provenance de la Division commerce de l'INSEE permettent, comme celles du SNIR, mais pour les services (transport des malades) et les biens médicaux (médicaments, optique médicale, prothèses, petits matériels et pansements) de comparer les données avec celles de l'assurance maladie. Les chiffres fournis permettent d'ajuster les données exprimées en montants remboursables tous régimes (dépenses reconnues), aux chiffres du commerce représentant la consommation de biens et services sur le territoire national. Les coefficients de passage sont très variables d'une rubrique à l'autre. Lorsqu'il y a une bonne adéquation entre les montants calculés grâce aux données de l'assurance maladie et ceux du commerce national, les coefficients de passage sont proches ou égaux à 1. En revanche, dans le cas de l'optique médicale, le coefficient de passage est supérieur à dix, ce qui indique l'ampleur de la consommation non remboursée par la Sécurité Sociale.

1.4.5 Le partage volume prix

En base 2000, le partage entre volume et prix se fait de manière différente entre secteur non marchand et secteur marchand.

Le secteur non marchand ou secteur public hospitalier : mesure d'un indice de volume

En comptabilité nationale, l'activité de la sphère non marchande de l'économie est évaluée conventionnellement par la somme des coûts de production, principalement des salaires et consommations intermédiaires. Si cette règle comptable permet de définir sans ambiguïté la production de service non marchand en valeur (au prix de l'année courante), l'évaluation de son volume (la production au prix de l'année précédente) est plus délicate. Traditionnellement, on distingue deux types de méthodes permettant de faire le partage volume-prix de la production de services non marchands. Les premiers types de méthodes sont qualifiés de méthodes de type « input » : le partage volume prix de la production est obtenu par estimation du volume des facteurs de production. En particulier, ces méthodes ne permettent pas de faire intervenir une évolution de la productivité des facteurs. Les autres méthodes sont de type « output » : le partage volume/prix est effectué à partir d'indicateurs directs d'activité. Une décision de la Commission européenne du 17 décembre 2002 a enjoint aux États membres de l'Union européenne de mesurer dans leurs Comptes nationaux le volume de la production suivant des méthodes standardisées avant la mi 2006, en proscrivant les méthodes « input » au profit de méthodes « output » pour les services non marchands d'éducation et de santé.

Jusqu'alors estimées selon une méthode de type « input », les séries de volume de production de santé non marchande ont donc été revues par application d'une méthode de type « output ». Ces nouvelles séries sont pour la première fois diffusées dans le cadre de la publication de la campagne de comptes 2006. En accord avec l'INSEE, la nouvelle méthode de type « output » a été définie et réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des solidarités. Cette méthode sera désormais utilisée conjointement dans le cadre central des Comptes nationaux et dans le Compte satellite de la santé.

La nouvelle approche « output » consiste à élaborer un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des trois grands postes de la production non marchande de santé : les soins de court séjour (ou MCO pour médecine, chirurgie, obstétrique), les Soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie (PSY). Les indices pour chaque poste sont calculés à partir des informations tirées de deux sources :

- l'enquête Statistiques annuelles des établissements (SAE), qui donne des indicateurs de quantité (entrées en hospitalisation complète ou venues en hospitalisation partielle, journées, séances...) pour le court séjour, les soins de suite et de réadaptation et les soins en psychiatrie,
- le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui, de 1997 à 2003, fournit pour les activités MCO des indicateurs de quantité pour environ 600 GHM, tant en journées qu'en séjours ou en nombre de séances.

Les évaluations sont faites en deux temps :

- pour le court séjour, les données PMSI, confrontées aux données SAE, permettent de présenter des données redressées pour chacun des 600 GHM regroupés en 27 Catégories majeures de diagnostics (CMD). Un indice de volume est alors calculé en pondérant les indices de quantité de chacun de ces 600 GHM par les coûts relatifs 2002,
- pour les soins de suite et de réadaptation, comme la psychiatrie, le PMSI n'est pas disponible ; les indicateurs de quantité retenus pour chacun de ces deux types de séjour seront donc le nombre

d'entrées en hospitalisation complète et le nombre de venues en hospitalisation partielle, issus de l'enquête SAE.

Ces trois indices sont pondérés par les coûts relatifs de ces trois types de séjour, dont la structure varie chaque année. En 2002, la structure est de 77,7 % pour le court séjour (MCO), de 14,4 % pour la psychiatrie et de 7,9 % les soins de suite et de réadaptation. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Indices de volume de la production de santé non marchande de 1998 à 2003

TYPES DE SEJOUR	Structure 2002 du montant des dépenses	INDICES de VOLUME					
		1998	1999	2000	2001	2002	2003
MCO	77.7%	1.035	1.002	1.010	1.013	1.016	1.014
<i>dont MCO sans CMD 24</i>	63.5%	1.025	0.995	1.002	1.001	1.009	1.005
<i>dont CMD 24</i>	14.2%	1.094	1.041	1.056	1.070	1.047	1.054
PSY	14.4%	1.010	1.005	0.983	0.986	0.991	0.980
SSR	7.9%	1.037	1.047	0.990	1.005	1.030	1.039
ENSEMBLE	100.0%	1.031	1.006	1.005	1.008	1.013	1.011

Note : CMD 24 : catégorie majeure de diagnostic regroupant l'ensemble des séances et séjours de moins de 24 heures.

Les résultats obtenus par cette méthode « output » peuvent être comparés à ceux obtenus par la méthode « input » (ou prix des facteurs de production) utilisée précédemment par la DREES. Selon cette seconde méthode, le coût des facteurs de production, utilisé comme indice des prix, est confronté à l'évolution en valeur, ce qui permet d'en déduire un indice de volume. Le tableau suivant montre que, sur la période 1997-2003, l'indice de volume de la production de santé non marchande (méthode « output ») est proche chaque année de celui calculé à partir du coût des facteurs de production (méthode « input »). En revanche, il faut signaler que les résultats obtenus par la méthode « output » s'écartent assez sensiblement de ceux obtenus par la méthode « input » utilisée jusqu'à présent par l'INSEE¹.

Comparaison des indices de volume obtenus par les méthodes « input » et « output »

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Méthode "output"	1.0311	1.0058	1.0046	1.0080	1.0131	1.0111
Méthode "input"	1.0327	1.0053	1.0045	1.0082	1.0134	1.0099
Ecart entre "output" et "input"	-0.0016	0.0006	0.0000	-0.0002	-0.0004	0.0013

Remarque : l'indice de volume de +3,1 % pour les produits de santé non marchande sur l'année 1998 s'explique par le transfert de 300 hôpitaux (antérieurement à prix de journée préfectoral) du secteur marchand en 1997 au secteur non marchand en 1998.

La méthode présentée ici a été mise en œuvre depuis 1998 jusqu'au compte définitif de l'année 2003. Les données qu'elle utilise ne sont en effet pas encore disponibles pour l'établissement des

¹ Voir la note « Principales révisions intervenues sur les Comptes de la nation en 2003 et 2004 » publiée sur le site de l'Insee à l'adresse suivante : http://www.insee.fr/fr/indicateur/cnat_annu/base_2000/documentation/publications/revision_comptes_nationaux.pdf

comptes semi-définitif 2004 et définitif 2005. À l'avenir, elle sera appliquée à l'occasion de chaque compte annuel définitif. En dehors de la période 1998-2003, faute d'alternative possible, ce sont des méthodes de type « input » qui restent utilisées. Plus précisément :

- en 1978 et 1979, l'indice de prix retenu est celui du prix de journée hospitalier,
- de 1980 à 1997, les indices des prix à la consommation et de traitement brut hospitalier ont été utilisés pour déflater respectivement les consommations intermédiaires et les salaires,
- en 2004 et 2005, chaque coût de production a été déflaté séparément de façon fine ; les estimations ainsi obtenues restent provisoires et seront remplacées par la mise en œuvre de la méthode « output » à mesure que les données d'activité deviendront disponibles.

1.4.6 Le secteur marchand : mesure d'un indice de prix à la consommation

Le partage entre variation de volume et variation de prix des postes de la CSBM correspondant au secteur marchand s'effectue à l'aide des indices de prix relatifs à la santé. Ces indices sont diffusés tous les mois par l'INSEE comme composantes de l'Indice des prix à la consommation (IPC). Dès le mois de février, les indices portant sur l'ensemble de l'année écoulée sont disponibles.

Les indices de prix à la consommation ont des caractéristiques communes à celles de la consommation de soins et de biens médicaux évaluée dans les Comptes de la santé. Ils portent sur des relevés de prix globaux qui incluent les mêmes composantes que les Comptes : dépenses reconnues, dépassements éventuels et autres éléments. Ils sont par définition différents des indices de tarifs qui sont plus aptes à effectuer le partage entre volume et prix des prestations remboursées par l'assurance maladie.

Les échantillons constitués par l'INSEE pour la construction des indices de prix à la consommation sont suffisamment importants pour que les indices élémentaires suivent toutes les composantes influant sur la formation du prix (indemnités kilométriques, majorations...).

Les relevés s'effectuent tous les mois et, pour certains postes, toutes les semaines. Cette périodicité s'accorde aux évaluations en date de soins des Comptes de la santé.

1.4.7 Les dépenses des Administrations publiques (APU)

Les informations en provenance de l'INSEE, via la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP), permettent de confronter les dépenses remboursées par la Sécurité Sociale et l'État avec les dépenses individuelles de santé figurant dans les comptes des administrations publiques.

1.4.8 La comptabilité publique

La Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) constitue la principale source d'informations concernant le secteur public hospitalier. La DGCP exploite l'ensemble des comptes de gestion des hôpitaux publics, élaborés par les Trésoriers payeurs généraux (TPG), pour construire le compte du secteur public hospitalier, après confrontation du compte 70621 « Dotation globale hospitalière (DGH) » avec des informations en provenance de la Cnamts sur la DGH en droits constatés.

2. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM est l'agrégat le plus important de la dépense courante de santé. Avec 144,8 milliards d'euros en 2004, il en forme 74,9 %.

Rappelons qu'à l'occasion de la campagne courante des comptes en comptabilité nationale, la CSBM est étudiée pour l'INSEE sous l'angle des producteurs de soins et biens médicaux, alors que dans le rapport des Comptes de la santé, la CSBM est analysée sous l'angle des fonctions de soins, puis sous l'angle du financement.

2.1 Les composantes de la CSBM

La CSBM peut se décomposer en quatre sous ensembles :

- les soins hospitaliers,
- les soins ambulatoires,
- les transports de malades,
- les biens médicaux.

2.1.1 Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier comprend un secteur public, composé lui-même de près de 1 600 hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), et d'un secteur privé, composé d'environ 1 400 cliniques et hôpitaux, qui sont étudiés à la fois sous l'angle des producteurs de soins et des fonctions de soins.

Le secteur hospitalier public

Les 1 000 établissements publics de santé (EPS) et près de 560 établissements PSPH fournissent une offre de soins de 51 milliards d'euros en 2004 qui se compose de soins en hospitalisation complète, en hospitalisation partielle et en ambulatoire (le patient ne séjourne pas à l'hôpital).

En base 2000, comme en base 80 et 95, le secteur public hospitalier est considéré comme un secteur non marchand. La valeur de sa production non marchande est, dans la comptabilité nationale et par convention, égale à la somme des coûts de production (coût du travail, coût des consommations intermédiaires, coût de la consommation de capital fixe et des impôts liés à la production), desquels on déduit les subventions et les autres recettes de production (ventes résiduelles). Ces coûts sont évalués par la DGCP qui fait remonter au niveau central les comptes de gestion des 1 000 EPS. Pour les PSPH, le compte est estimé à partir de leur DGH et d'une enquête de la DREES qui permet d'établir la structure des recettes et des charges sur échantillon.

Le secteur hospitalier privé

Les 1 400 établissements de santé privés fournissent une offre de soins de 9,9 milliards d'euros. À l'occasion d'une hospitalisation complète, s'y ajoutent l'offre de soins des médecins libéraux, des auxiliaires et des laboratoires d'analyses (3,1 milliards d'euros) et la consommation de 1,5 milliard d'euros de médicaments et prothèses.

En 2004, avant la réforme introduite par la tarification à l'activité, les soins dispensés dans les hôpitaux privés aux malades hospitalisés représentent 14,4 milliards d'euros soit 7,9 % de la dépense

courante de santé. Ils se composent, d'une part, de frais de séjour et dépenses forfaitaires (9,7 milliards d'euros, soit 5,3 % de la dépense courante de santé) et, d'autre part, « d'honoraires de médecins, d'analyses, prothèses, pharmacie » (4,7 milliards d'euros, soit 2,6 % de la dépense courante de santé), exercés ou prescrits pendant une hospitalisation complète.

Les dépenses propres aux cliniques et autres hôpitaux privés hors DGH

Les statistiques du Régime général, qui pourraient ultérieurement être confrontées aux résultats du Système national interrégimes des établissements privés (SNIREP), fournissent pour le secteur hospitalier privé les dépenses en cours, moyen et long séjour ainsi que celles liées à la lutte contre les maladies mentales et les toxicomanies. Elles mettent également à disposition les dépenses de dialyse, radiothérapie, chimiothérapie, IRMN, scanner... Comme pour toutes les informations en provenance de la CNAMTS, ces dépenses sont exprimées d'abord en date de remboursement, dès la fin janvier, puis mis à disposition en date de soins à fin avril. L'écart entre les deux séries de données est calculé chaque année en valeur absolue et en valeur relative.

Pour le provisoire « INSEE », à l'aide des taux moyens de remboursement fournis également par la statistique mensuelle, on passe des montants de prestations à ceux exprimés en « dépenses reconnues ».

À l'aide d'un coefficient (estimé à 1,22 en 2004) on élargit les données du Régime général à l'ensemble des régimes. On dispose ainsi de « dépenses reconnues tous régimes » exprimées en date de soins.

Il convient d'y ajouter la valeur des forfaits journaliers à la charge des personnes hospitalisées (ou de leur organisme de protection complémentaire).

La comparaison, pour un échantillon d'établissements, des données de la statistique mensuelle et d'autres sources comme les données fiscales ou les données du SNIREP, amènent à constater un écart qui nécessite l'application d'un coefficient d'ajustement entre chiffres de la statistique mensuelle étendus à tous régimes et chiffre des comptes. Ce coefficient devra être revu avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Les honoraires des médecins et autres dépenses d'hospitalisation complète

Comme indiqué précédemment, il faut tenir compte des honoraires des médecins, dentistes et auxiliaires médicaux et des dépenses d'analyses, prothèses et pharmacie, ainsi que des frais de transport des malades consommés à l'occasion d'un séjour à l'hôpital privé.

Pour chaque poste de la CSBM, on défalque du montant des honoraires et des biens et services médicaux ceux qui sont consommés à l'occasion d'une hospitalisation complète dans un établissement de soins privé. Les dépenses correspondantes, exprimées en date de soins, sont comptabilisées dans le cadre de la « fonction soins » dans ce poste de dépenses des « cliniques privées ».

2.1.2 Les soins ambulatoires

Les traitements communs aux différents soins ambulatoires

Avec 39,6 milliards d'euros en 2004, la consommation de soins ambulatoires représente 21,6 % de la dépense courante de santé.

Les soins ambulatoires comprennent les soins des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), les analyses biologiques et les soins dispensés en cures thermales qui ont lieu hors d'un séjour hospitalier.

Traitement commun à partir des données du Régime général

Données pour le Compte provisoire de l'INSEE

À la mi-février, la Cnamts met à disposition la récapitulation annuelle de « la statistique mensuelle » du Régime général, accompagnée de résultats agrégés pour les trois principaux régimes d'assurance maladie : Régime général (CNAMTS), agricole (MSA), régime des indépendants (CANAM). Le Régime général des salariés représente 85 % de la totalité des remboursements effectués par les dix neuf régimes de l'assurance maladie. Les trois principaux régimes en représentent 96 %.

La statistique mensuelle du Régime général présente, à la date du remboursement, pour chaque lettre-clé, les montants remboursés. Ceux-ci sont accompagnés de taux moyens de remboursement qui permettent de calculer les montants remboursables (ou dépense « reconnue »).

Grâce à des modèles construits sur un historique de données détaillées par poste de dépenses, on applique aux données concernant le Régime général un coefficient « tous régimes » et on estime par ailleurs le montant des « dépassements » propre à chaque profession de santé.

À ce stade d'élaboration il convient d'intégrer les données en provenance des DOM. Seul le Régime général fournit ces chiffres, qu'il faut également extrapoler à l'ensemble des régimes. Pour les DOM., le coefficient d'extension à l'ensemble des régimes est le résultat du quotient de la population recensée par l'INSEE par le nombre de bénéficiaires du Régime général.

Les éléments principaux de la consommation de soins ambulatoires sont ainsi réunis pour chaque profession de santé.

Ce travail permet de fournir à l'INSEE, avant le 15 mars, les dépenses en santé marchande du compte provisoire de l'année précédente.

Données pour les Comptes de la santé de la DREES

À fin avril, la Cnamts présente ces mêmes données en « date de soins ». Pour chaque type de soins on dispose, chaque année, de coefficients de passage entre dates de remboursement et dates de soins. L'effet de ces coefficients sur les montants remboursés ou remboursables peut être important (épidémie, mouvements sociaux, changements informatiques...). Mais la télétransmission entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie réduit les écarts entre la date des soins et la date des remboursements. En revanche, des changements de nomenclatures ou de tarification peuvent induire, l'année de leur mise en œuvre, un effet « dates de soins » nettement plus important qu'une année courante. Ainsi, en 2005 et 2006, les fluctuations des facturations des cliniques privées, liées au passage à la T2A et à l'application de la CCAM peuvent induire un effet « date de soins » dépassant 2 %.

La « statistique mensuelle » de la Cnamts permet l'estimation des honoraires perçus par les professionnels de santé libéraux (médecins, dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes, analyses médicales) à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur privé. Elle isole tous les frais réalisés à cette occasion. Ceux-ci sont étendus à l'ensemble des régimes et estimés en date de soins.

Ces montants sont défalqués des honoraires des professions libérales concernées et regroupés avec les médicaments et autres bien médicaux consommés en hospitalisation complète privée.

Dans l'optique « fonction de soins », l'ensemble de ces montants figure dans les comptes à la rubrique « soins hospitaliers privés » composée des « frais de séjour » et des « honoraires des médecins et consommation de pharmacie et prothèses ».

Traitement commun à partir des données du SNIR

Début juin, la Cnamts communique les données du Système national inter-régimes (SNIR).

Pour chaque profession dispensant des soins en exercice libéral, le SNIR fournit les effectifs, l'activité et le montant des honoraires, des frais de déplacement, des dépassements et du total des honoraires perçus.

Ces résultats sont présentés pour la France métropolitaine et pour les quatre départements d'outre mer. Depuis l'année 2000, les résultats du SNIR sont réputés « tous régimes », seule la Caisse des français à l'étranger en étant exclue. Le SNIR étant fourni en « date de remboursement » on applique aux résultats les coefficients de passage en dates de soins. Les données du SNIR permettent donc d'affiner les estimations faites avec les chiffres de la statistique mensuelle concernant les extensions « tous régimes » et les dépassements d'honoraires.

La parution du SNIR contribue à l'estimation, par profession, des montants relatifs aux actes effectués dans les dispensaires. En effet, la statistique mensuelle (étendue à l'ensemble des régimes) concerne les actes en activité libérale et les actes de professions salariées dans les dispensaires ou centres de santé, alors que le SNIR ne comprend que les actes des praticiens lors de leur activité libérale. La différence entre les deux sources d'informations permet d'estimer l'activité salariée tous régimes dans les dispensaires, par catégories professionnelles, et de les confronter avec les chiffres du Régime général.

C'est donc avec les données du SNIR (si elles sont disponibles avant le 15 juin) que sont affinés les montants des consommations de soins présentés à la Commission des Comptes de la santé début juillet. Toutefois, le SNIR disponible au mois de juin est « provisoire ». C'est en automne qu'une version « définitive » est diffusée.

Les autres traitements communs

En 1998, l'IRDES, au cours de l'enquête « Santé et protection sociale », a interrogé 15 000 personnes pour connaître les taux de non présentation au remboursement des frais de maladie. À partir de ces données, un pourcentage a pu être estimé pour chaque type de soins et de biens médicaux. Ces pourcentages ont été appliqués directement au total des honoraires des médecins et dentistes libéraux, les montants n'étant pas significatifs pour les autres professions de santé. Faute d'actualisation de ces données d'enquête et d'indications qui inciteraient à les faire croître ou décroître, ces pourcentages ont été reconduits en base 2000. Ces honoraires, non présentés au remboursement, ne forment qu'une faible part de la consommation de soins résultant de l'activité des professionnels libéraux de santé : 1,1 % pour les médecins et 0,2 % pour les dentistes.

Le dernier élément commun à tous les postes de la CSBM est constitué par l'Aide médicale d'État (AME) mise en place en 1999. Celle-ci concerne les ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français. Sous certaines conditions, ceux-ci peuvent bénéficier des prestations de droit commun. Le montant de l'AME en 2004 s'est élevé à 422 millions d'euros soit 0,2 % de la dépense courante de santé. L'État rembourse chaque année sur crédits du ministère de la Santé (Chapitre 46-82, article 20) les montants engagés par la Cnamts au titre de l'AME. Les services comptables de la

Cnamts fournissent donc les montants des prestations qui seront liquidées dans des délais pouvant atteindre, selon le type de soins ou biens médicaux, jusqu'à quatre années. La ventilation des montants remboursés par année de soins, opérée par la comptabilité de la Cnamts, permet d'estimer les montants afférents à chaque année en dates de soins.

Enfin, lors de l'élaboration de la base 95, la valeur de la consommation de soins de santé dispensée par les professions libérales et les laboratoires, et obtenue à partir des sources indiquées ci-dessus, a été comparée à des données fiscales, ce qui a conduit à établir un « coefficient d'ajustement » par profession. Dans la majorité des cas, les deux sources sont concordantes. Ces coefficients seront revus à l'occasion de la mise en place de la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le partage entre volume et prix

Pour les différents soins ambulatoires l'indice de prix retenu est celui en provenance de l'INSEE. Son recueil et son calcul correspondent bien à la notion de consommation à la date des soins prévalant dans les Comptes de la santé : vaste échantillon aux nombreuses strates interrogé mensuellement.

Ces indices de prix de la consommation de soins ambulatoires sont différents de ceux de la Cnamts qui visent les seules prestations (les remboursements) des régimes d'assurance maladie.

Les indices de volume correspondants sont calculés par quotient de l'indice de valeur par l'indice de prix.

Les traitements spécifiques aux différents soins ambulatoires

Les soins des médecins

Les soins de médecins représentent 10,1 % de la dépense courante de santé (18,5 milliards d'euros en 2004).

Aux éléments constitutifs de la consommation de soins ambulatoires recensés ci-dessus s'ajoutent les points suivants propres aux médecins :

- les honoraires des médecins non conventionnés : pour évaluer ces honoraires, on multiplie les honoraires moyens (y compris dépassements, calculés à partir des données du SNIR concernant les médecins ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année) des généralistes, des médecins ayant un Mode d'exercice particulier (MEP) et des spécialistes du secteur II (conventionnés honoraires libres) par les effectifs correspondants de médecins non conventionnés fournis par le SNIR. La somme de ces honoraires fournit une estimation de la consommation de soins de médecins non conventionnés,
- les consultations externes des hôpitaux publics. Ces consultations externes forment le poste le plus important de ces éléments spécifiques aux médecins. Les montants sont estimés à partir de données fournies par la comptabilité publique (Comptes 706 511 et 512 des Comptes des établissements publics de santé),
- la médecine de caisse. Elle concerne la médecine salariée dispensée dans certaines entreprises publiques aux agents et ayants droits : SNCF, RATP, Mines... La part la plus importante des montants concerne la prévention, le solde étant constitué par les soins proprement dits. La part de la médecine de caisse est évaluée à partir de données fournies par la Cnamts.

Du montant total des soins de médecins ainsi obtenu, on défalque :

- les honoraires des praticiens perçus à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur privé,
- les honoraires perçus en cure thermale qui seront regroupés avec les forfaits des établissements thermaux dans le poste « cures » des Comptes. Ces honoraires sont évalués en étendant à tous les régimes les données du Régime général,
- les honoraires des médecins anatomo-cytopathologistes qui seront agrégés aux honoraires perçus par les laboratoires d'analyses médicales.

Les soins des dentistes

En 2004, les soins des dentistes s'élèvent à 8,6 milliards d'euros soit 4,7 % de la dépense courante de santé.

Les traitements de la statistique mensuelle en dates de remboursement et en date de soins ainsi que celui du SNIR sont identiques pour les dentistes à ceux mis en œuvre pour les médecins. L'estimation des dépassements des dentistes revêt toutefois une importance toute particulière, en particulier pour le compte provisoire remis début mars à l'INSEE. Ceux-ci ne sont connus que début juin lors de la mise à disposition du SNIR. En effet, les dépassements des dentistes, en constante progression, représentent 48 % des honoraires totaux en 2004 (contre 11 % dans le cas des médecins, secteurs I et II confondus). Cependant un événement ponctuel comme l'enrichissement de la nomenclature par de nouveaux actes peut inverser provisoirement la tendance à l'augmentation de la part des dépassements. Ce fut le cas en 2001, et de manière moindre en 2002, où une large diffusion de l'inlay-core² généra une très forte progression des volumes de consommation et une diminution des dépassements.

Les soins des auxiliaires médicaux

Dans leur ensemble, ces soins représentent 8,4 milliards d'euros soit 4,6 % de la dépense courante de santé.

Les soins des infirmiers

- Avec 4,3 milliards d'euros en 2004 ils forment 2,3 % de la dépense courante de santé.
- Le calcul du montant des soins infirmiers se distingue de celui des autres auxiliaires médicaux dans la mesure où s'y ajoutent les forfaits des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) destinés essentiellement aux personnes âgées à domicile. Ce montant est fourni pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la Commission nationale de répartition réunie sous l'égide de la Cnamts.

Les soins des kinésithérapeutes

- *Ils s'élèvent à 3,4 milliards d'euros et représentent 1,9 % de la dépense courante de santé.*
- Ils ne présentent pas de particularité dans leur traitement par rapport aux autres postes de soins ambulatoires.

Les soins des orthophonistes et des orthoptistes.

² Un inlay-core est une reconstitution coronaire. Il est destiné à servir d'infrastructure à une couronne prothétique qui vient le coiffer.

Une fois regroupés, ces deux types de soins ambulatoires représentent 0,4 % de la dépense courante de santé (0,7 milliard d'euros en 2004).

La valeur des soins d'orthoptistes est huit fois moindre que celle des orthophonistes. Le traitement de ces postes est identique aux précédents.

Les analyses des laboratoires

Les analyses de laboratoire s'élèvent en 2004 à 3,8 milliards d'euros et représentent 2,1 % de la dépense courante de santé.

Les services rendus par les laboratoires d'analyses médicales sont valorisés grâce à la statistique mensuelle puis avec le SNIR. On y ajoute les honoraires des médecins anatomo-cytopathologistes retranchés au préalable du poste médecin.

Les soins en cures thermales

Les soins en cure thermale se montent à 0,3 milliard d'euros et représentent moins de 0,2 % de la dépense courante de santé.

La base 2000 des Comptes de la santé, par souci d'homogénéité avec les Comptes de la Nation, a exclu du poste « cures thermales » les montants estimés pour l'hébergement des curistes. Ceux-ci représentaient les deux tiers du poste qui ne retrace désormais que les montants des forfaits soins et des pratiques complémentaires en K (actes médicaux dispensés en sus du forfait) fournis par le Régime général et étendus à tous les régimes.

2.1.3 Les transports de malades

En 2004, les transports de malades saisis dans les Comptes de la santé ne représentent que 1,4 % de la dépense courante de santé (2,6 milliards d'euros).

En effet ces transports ne concernent que les transports de « ville » : ambulance, Véhicules de soins légers (VSL), taxis et transports collectifs. Tous les transports effectués par les Services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR), grâce notamment aux centres 15 et au SAMU, relèvent des hôpitaux publics. Les crédits consommés par ces transports hospitaliers, fondus dans la dotation globale hospitalière, ne sont plus isolés depuis 1993.

Les sources et le traitement des transports de malades sont identiques à ceux des autres postes de la CSBM.

L'indice de prix de la consommation de transport résulte de la pondération par leur valeur annuelle respective des indices spécifiques des transports par ambulance ou VSL d'une part et en taxi d'autre part. On en déduit l'indice de volume correspondant.

2.1.4 Les médicaments

En 2004, avec 30,3 milliards d'euros les médicaments représentent 16,5 % de la dépense courante de santé.

a) La nomenclature des médicaments dans les comptes de la santé

Dans la « Statistique mensuelle de la Cnamts », la nomenclature du poste « médicaments » découle du taux de remboursement par type de produit : 35 %, 65 % et 100 %.

Ces taux affichés ne doivent pas être confondus avec les taux moyens de remboursement. Ces derniers leur sont supérieurs puisque les produits peuvent figurer sur des ordonnances ALD où tous les médicaments sont remboursés à 100 %.

Ainsi, les valeurs présentées dans la statistique mensuelle et reprises dans les Comptes correspondent aux produits qui ont été vendus suivant les taux de remboursement de 35 à 100 %. Les taux affichés sont donc préférés aux taux moyens pour passer des dépenses remboursées aux dépenses reconnues.

Aux médicaments distribués en ville s'ajoutent ceux vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés (rétrocession, source Cnamts).

Les médicaments d'exception sont regroupés dans une autre rubrique. Il s'agit, par exemple, des médicaments antirétroviraux ou des hormones de croissance.

Enfin, les Comptes de la santé agrègent aux médicaments les Produits d'origine humaine (POH) qui sont pour l'essentiel des produits sanguins.

b) Le traitement des médicaments dans les Comptes de la santé

Le traitement en date de soins, l'extension à tous les régimes et à la France entière, le transfert du montant des médicaments consommés au cours d'une hospitalisation privée complète vers le poste « hospitalisation privée », et la prise en compte des prescriptions non présentées au remboursement ou de l'Aide médicale d'État (AME), ne diffèrent pas des autres postes de la CSBM.

Au montant obtenu, on ajoute la valeur des médicaments « non remboursables ». Celle-ci est communiquée par le LEEM (les entreprises du médicament) qui est le syndicat professionnel de l'industrie pharmaceutique.

L'estimation du montant des médicaments produits par les laboratoires pharmaceutiques est comparée aux données fournies par la division « Commerce » de l'INSEE et donne lieu à un ajustement définitif.

L'INSEE publie séparément l'indice de prix des spécialités remboursables et des spécialités non remboursables. L'indice de prix de l'ensemble permet de calculer un indice de volume du poste médicament.

2.1.5 Les autres biens médicaux

L'appellation « autres biens médicaux » regroupe l'optique médicale, les prothèses dont les orthèses et Véhicules pour handicapés physiques (VHP) ainsi que les « petits matériels et pansements ».

En 2004, la consommation de ces biens médicaux s'élève à 8,0 milliards d'euros et représente 4,4 % de la dépense courante de santé. L'optique forme 2,2 % de la dépense courante de santé avec 4,1 milliards d'euros, les prothèses 0,7 % avec 1,2 milliard d'euros et les « petits matériels et pansements » 1,5 % avec 2,7 milliards d'euros.

Les « autres biens médicaux » sont énumérés dans une « Liste de produits et prestations (LPP) » comportant 5 000 références regroupées en titres et chapitres. Le traitement de ce poste diffère peu de celui des médicaments : saisie des données en date de remboursement puis en date de soins, extension « tous régimes » et à la France entière, transfert du montant des prothèses consommées au cours d'une hospitalisation privée complète vers le poste « hospitalisation privée », et prise en compte de l'AME.

Enfin, les données ainsi obtenues, vues sous l'angle de la production, sont confrontées à celles de la Division « Commerce » de l'INSEE, ce qui donne lieu à un ajustement définitif.

Cette dernière opération est particulièrement nécessaire pour le poste « optique », étant donné la modicité des remboursements de l'assurance maladie. Étant donné la stabilité sur longue période des remboursements (l'effet prix des prestations est supposé nul), leur variation en valeur est en fait une variation de volume. En multipliant cet indice de volume par l'indice des prix à la consommation fourni par l'INSEE, on obtient un indice de valeur pour la consommation en optique remboursable. Le montant retenu est comparé au montant de production de l'optique médicale communiqué par la division commerce : le coefficient multiplicateur obtenu pour estimer le montant de consommation en optique médicale à partir des dépenses reconnues de l'assurance maladie est supérieur à 10.

L'INSEE fournit des indices de prix pour les pansements, les véhicules pour invalides et les appareils médico-chirurgicaux (prothèses, orthèses...).

Le caractère multiple et composite du poste « petits matériels et pansements » ne permet pas l'élaboration d'un indice spécifique. La solution retenue pondère les indices de prix de l'INSEE par les parts respectives des pansements, VHP et prothèses.

2.2 La structure de financement de la CSBM

La structure de financement de la CSBM (optique financeur direct) est un élément important du rapport sur les Comptes de la santé. Elle évalue la part de chaque contributeur (Sécurité Sociale, État, organismes complémentaires et ménages) et son évolution dans le temps. Elle permet ainsi d'apprécier tant le « taux de couverture » de la Sécurité Sociale que le « reste à charge des ménages » dans la dépense de soins et de biens médicaux. L'évolution de ces grandeurs rend compte du degré de socialisation des dépenses de santé.

La structure de financement est aussi présentée pour les principales composantes de la CSBM : l'hôpital, les prestataires de soins ambulatoires et les distributeurs de biens médicaux.

Les sources nécessaires au calcul de la structure du financement de la CSBM ou de ses principales composantes sont liées aux différents financeurs de la CSBM. La Sécurité Sociale fournit dans la statistique mensuelle les remboursements des prestations de l'Assurance-maladie. L'État intervient pour la CMU complémentaire (Rapport du fond CMU) et l'aide médicale d'État (sources budgétaires). Les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances financent tout ou partie des tickets modérateurs, des dépassements et forfaits journaliers et fournissent les données à l'aide de questionnaires spécifiques en voie d'harmonisation. Enfin le « reste à charge » des ménages est calculé par solde (total des dépenses de consommation défalqué de la somme des apports des autres contributeurs)

2.3 CSBM et Comptes de la Nation

Les Comptes de la santé sont un compte satellite de la Comptabilité nationale (cf. partie « Principaux concepts » § 2).

Ils sont incorporés à la Comptabilité nationale avec une approche complémentaire de celle des Comptes de la santé, qui est celle du bénéficiaire des soins. Parmi les agrégats formant la dépense courante de santé c'est la CSBM qui est intégrée aux Comptes nationaux dans le cadre de la consommation des ménages.

L'INSEE adopte le point de vue « producteurs de soins » ou plus précisément, d'une part « prestataires de soins » (secteur hospitalier et professions de santé) et d'autre part « producteurs de biens médicaux » (laboratoires pharmaceutiques et fabricants d'autres biens médicaux). Dans l'ensemble, le montant de la consommation effective des ménages en services et biens médicaux est identique au total de la CSBM du Compte satellite de la Santé, aux dépenses de taxis et trains près, qui sont intégrées dans les Comptes de la Nation à la rubrique « transporteurs ».

L'adoption de ces points de vue différents amène à modifier les nomenclatures, regrouper certains libellés, en éclater d'autres.

Les différences concernent les rubriques suivantes :

- les salaires des praticiens et auxiliaires médicaux quand ils exercent dans les dispensaires et les hôpitaux publics (consultations externes).

Dans la CSBM des Comptes de la santé, les dispensaires sont fondus dans la consommation de chaque poste : médecins, dentistes, infirmiers, etc. Pour passer à l'optique « producteur de soins » de l'INSEE, ces dépenses sont retranchées de chacun des postes, pour être regroupées dans le poste « dispensaire ». Cette opération est possible à l'aide de sources spécifiques au Régime général (activité selon le lieu d'exécution), étendues ensuite à l'ensemble des régimes.

- les honoraires perçus par les médecins et dentistes, les analyses facturées par les laboratoires, les transports effectués et les biens médicaux (médicaments, prothèses...) fournis à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur privé.

Comme il a été exposé précédemment pour les honoraires (partie I.1.2), on peut isoler les « Prestations avec hospitalisation (complète) » pour chaque poste de la CSBM. Ces données sont ensuite évaluées « tous régimes » puis, dans l'optique soins des Comptes de la santé, regroupées avec l'hospitalisation privée.

En revanche selon « l'optique producteur » de l'INSEE, les médecins, les infirmiers et autres professionnels de santé libéraux sont prestataires des soins qu'ils dispensent en hospitalisation privée aussi bien qu'en ville. De même les officines pharmaceutiques et autres distributeurs de biens médicaux sont « distributeurs » aussi bien en ville que pour l'hospitalisation privée. Dès lors ces différentes productions restent attachées à leurs prestataires (médecins, infirmiers...) ou producteurs de biens (laboratoires pharmaceutiques ou fabricants de prothèses...)

Les consultations externes des médecins salariés des hôpitaux publics sont, dans les Comptes de la santé, extraites du Compte de l'hôpital et transférées au poste « médecin » afin de mesurer la totalité de la consommation médicale en ambulatoire. La consommation de soins médicaux sous l'angle producteur transmise à l'INSEE intègre les consultations externes dans l'hôpital public.

Le passage de l'optique soins à l'optique prestataires en ce qui concerne la consommation de soins de médecins peut être récapitulé aisément : du total de la consommation présentée dans les Comptes de la santé sont retranchés les dispensaires et les consultations externes et ajoutés les consommations effectuées à l'occasion d'une hospitalisation complète dans le secteur hospitalier privé.

Enfin, les données transmises à l'INSEE distinguent parmi les transports de malades ceux effectués par taxi qui sont, dans les Comptes de la Nation intégrées à la rubrique « transporteurs ».

2.4. La consommation médicale totale

La consommation médicale totale (147,6 milliards d'euros en 2004) ajoute à la CSBM (144,8 milliards d'euros) une partie des dépenses de prévention : celles qui sont statistiquement isolables (2,8 milliards en 2004).

Différents organismes, à l'instar de certaines compagnies d'assurances, utilisent l'évolution de cet agrégat pour indexer des valeurs liées à la santé.

3. Les autres dépenses pour les malades

3.1 Les soins de longue durée en établissements pour les personnes âgées

Au total, les soins de longue durée pour personnes âgées en établissements s'élèvent à 4,1 milliards d'euros en 2004, soit 2,3 % de la dépense courante de santé. Les soins de longue durée dans les établissements sanitaires se chiffrent à 1,2 milliard d'euros soit 0,7 % de la dépense courante de santé. Les soins de santé dans les établissements publics et privés pour personnes âgées (EHPA et EHPAD), appelé avant la réforme de 2002 « Maisons de retraite médicalisées » atteignent 2,9 milliards d'euros soit 1,6 % de la dépense courante de santé.

Dans la base 2000 des Comptes nationaux, ces dépenses de soins ne font plus partie de la santé mais de l'action sociale. Cependant, dans le compte satellite, ils continuent à être comptabilisés dans la dépense courante de santé et dans la dépense nationale de santé, concept utilisé par l'OCDE pour établir des comparaisons entre ses États membres.

Selon la Commission nationale de répartition, qui regroupe tous les régimes de Sécurité Sociale, les soins de santé pour personnes âgées délivrés dans les EHPA et EHPAD atteignent en 2004, 2,9 milliards d'euros.

La commission nationale de répartition produit des données similaires pour les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La valeur globale des soins fournis par le SSIAD est, en 2004, de 0,8 milliard d'euros, soit 0,5 % de la dépense courante de santé. Les soins dispensés par les infirmiers libéraux (750 millions d'euros en 2004) sont ajoutés à la consommation de soins infirmiers des Comptes, ceux délivrés par du personnel hospitalier public (87 millions d'euros) font partie des Comptes de l'hôpital.

3.2 Les indemnités journalières

En 2004, les indemnités journalières s'élèvent à 10,4 milliards d'euros. Elles représentent 5,6 % de la dépense courante de santé.

On distingue les indemnités maladies de celles dues pour cause de maternité ou d'accident du travail.

Les indemnités journalières sont calculées, depuis la base 2000, en dates de soins pour la France entière.

3.3 Les cotisations des personnels et auxiliaires médicaux

En 2004, les cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par la Cnamts, se montent à 1,9 milliard d'euros. Elles forment 1,0 % de la dépense courante de santé. Les Comptes de la santé les assimilent à des subventions au système de soins.

4. Les dépenses de prévention

En 2004 les dépenses de prévention s'élèvent à 5,0 milliards d'euros soit 2,7 % de la dépense courante de santé.

La prévention dans les Comptes de la santé n'avait pas été revue depuis l'élaboration de la « base 80 » au milieu des années quatre-vingt. De nombreux changements intervenus depuis lors nécessitaient une refonte des nomenclatures, des postes et des sources.

Le champ retenu pour la prévention dans les Comptes de la santé est le résultat d'un arbitrage : il vise à intégrer le maximum des dépenses sanitaires de prévention, mais se heurte à des difficultés tant conceptuelles que liées à la disponibilité des sources.

Une des difficultés conceptuelles est l'aspect souvent incertain de la frontière entre prévention et soins. Par exemple, la prise en charge des facteurs de risques ainsi que le suivi ou la surveillance des pathologies lourdes n'ont pas été retenus. En effet, le suivi médical et le traitement qu'ils impliquent sont ici considérés comme des soins.

Il est impossible d'imputer à la prévention tout ce qui en relève mais qui est inclus dans la CSBM. Par exemple, les actions des médecins et dentistes en faveur de la prévention ne sont pas isolables dans les remboursements des consultations³.

Une autre limite est liée au champ des Comptes de la santé : on inclura ainsi le programme de sécurité sanitaire de l'alimentation du ministère de l'Agriculture mais on exclura des domaines plus éloignés du domaine de la santé comme, par exemple, les dépenses de prévention liées à la sécurité routière ou aux accidents domestiques.

Parmi les contraintes découlant des données, on peut signaler que certaines dépenses de prévention d'autres ministères que celui de la santé sont souvent indécélables car émiettées en des montants trop

³ Une recherche conjointe menée par la Drees et l'Irdes estime à 5,8 milliards d'euros en 2002 les dépenses de prévention incluses dans la CSBM. À la même date, les dépenses de prévention hors CSBM recensées dans les Comptes s'élèvent 4,7 milliards d'euros (Études et résultats n° 504, juillet 2006).

faibles. Il en est ainsi des dépenses de prévention contre l'addiction (alcool, tabac, drogues) sur crédits propres de nombreux ministères.

Les sources disponibles ne permettent pas de suivre avec précision les dépenses de prévention des collectivités locales.

Enfin, il est parfois difficile d'éliminer les doubles comptes entre certains organismes publics de prévention et leur(s) financeur(s).

4.1 La nomenclature de la prévention en base 2000

En base 2000, la nomenclature retenue, compatible avec les agrégats des Comptes est la suivante :

4.1.1 La prévention individuelle

Elle est dite « individualisable » parce que l'on peut la rattacher à des actes pratiqués à des individus. Elle ne contient pas de double compte avec la CSBM. On distingue :

- La prévention individuelle primaire

Selon une définition communément admise elle vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. L'administration des vaccins en est l'exemple le plus connu. Il faut y ajouter : les examens de santé, les actions de la PMI et du Planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail.

- La prévention individuelle secondaire

Elle tend à repérer les maladies avant leur développement. Le dépistage en est la pratique par excellence. Il concerne les tumeurs, les Infections sexuellement transmissibles (IST), la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Les examens de santé et les bilans bucco-dentaires font également partie de la prévention secondaire.

4.1.2 La prévention collective

Elle n'est, par définition, pas individualisable, ne comporte pas de double compte avec la CSBM et se divise en deux parties :

- La prévention collective en direction des comportements

Elle comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages ainsi que l'éducation à la santé.

- La prévention collective visant l'environnement

Elle inclut l'hygiène du milieu et la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, la recherche en prévention sanitaire, les dispositifs et organismes de « surveillance, veille, alerte » ou qui se déclenchent en cas d' « urgences et crises », la sécurité sanitaire de l'alimentation, la production et la mise en œuvre de dispositifs (rédaction et application de règlements concernant la sécurité sanitaire)

4.2 Acteurs, financeurs et sources de la prévention

Les financeurs de la prévention, qui sont également le plus souvent les acteurs des actions, sont classés en quatre catégories. Par ordre d'importance décroissant en 2004 on trouve les Collectivités locales (31,9 %), l'État (26,6 %), le secteur privé (24,6 %) et la Sécurité Sociale (16,9 %).

L'impossibilité d'exploiter des sources publiques dans le degré de détail requis pour décrire les dépenses de prévention des départements et des communes a conduit la DREES à faire appel à une société d'études privée. Cette société, spécialisée dans le recueil des données financières des collectivités locales, a mené une enquête auprès des Directions financières des départements et des communes de plus de 10 000 habitants sur les différents motifs de prévention relevant de leurs compétences. Ses résultats ont été extrapolés à la France entière. Les nomenclatures utilisées pour l'enquête menée sur les dépenses de prévention ont été basées sur celle du plan comptable des communes (M14) et des départements (M52) dans le détail disponible de leurs fonctions et sous-fonctions.

Les sources concernant les dépenses de l'État sont constituées par les projets de budget (les « bleus budgétaires ») ou les budgets votés (les « verts budgétaires »). Depuis 2005 s'y ajoutent les budgets transversaux par missions et programmes présentés dans la Loi organique sur les lois de finances (LOLF). Au sein du ministère de la Santé, une même catégorie de dépenses de prévention peut être financée par différents chapitres budgétaires. La lutte contre l'addiction génère des crédits au profit de la Direction générale de la santé (DGS) au chapitre 39-01 du budget du ministère de la Santé aussi bien que pour la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) au chapitre 47-16 du même budget.

L'essentiel du financement privé dans le domaine de la prévention est relatif à la médecine du travail. Les sources des chiffres publiés proviennent de la Direction des relations du travail (DRT) du ministère du Travail : plus de quinze millions de salariés suivis en 2004 ainsi que le coût unitaire de la surveillance.

Les dépenses engagées par l'assurance maladie pour la prévention le sont par ses trois organismes principaux : la Cnamts, la MSA et la Canam. C'est dans cet ordre que se hiérarchisent les dépenses de prévention de ces organismes. La Cnamts intervient notamment à travers les « prestations non individualisées », qui sont des subventions à divers organismes. Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS) de la Cnamts est présent dans les trois grandes catégories de prévention distinguées dans les Comptes de la santé : préventions primaire, secondaire et collective. Le FNPEIS-A de la MSA remplit le même rôle pour les exploitants et salariés agricoles avec des montants moindres. Les interventions de la Canam dans le domaine de la prévention recouvrent une plus petite partie du spectre avec des moyens, par comparaison, limités.

Les organismes subventionnés posent parfois des problèmes de rattachement à l'une ou l'autre des catégories. Par exemple, grâce au budget fonctionnel de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) on peut faire la part des subventions de l'État et de la Cnamts et choisir de classer l'Inpes avec cette dernière dont la contribution est de loin la plus élevée (plus de 60 % du budget).

La présentation des différents postes de la prévention est accompagnée de leur montant pour l'année 2004 en millions d'euros ainsi que de leur importance respective exprimée en % du montant total de la prévention : 4969 millions d'euros.

4.2.1 La prévention individuelle primaire

Vaccins (108 millions d'euros, 2,2 % du montant total de la prévention en 2004)

Les vaccins contribuent à éviter l'apparition des maladies. Parmi l'ensemble des vaccins, certains sont obligatoires et d'autres simplement recommandés (vaccin contre la grippe pour les personnes de plus de soixante-cinq ans). La prise en compte des vaccins dans la prévention n'inclut pas ceux qui sont comptabilisés dans la CSBM (324 millions d'euros en 2004). Les actes de vaccinations sont également inclus dans la CSBM.

Les départements assurent la plus large part du financement des vaccins. Le solde des dépenses de vaccins revient à l'assurance maladie par l'entremise du FNPEIS de la Cnamts et de celui de la MSA (FNPEISA).

PMI et Planning familial (687 millions d'euros, 13,8 % du montant total de la prévention en 2004)

La protection maternelle et infantile délivre une couverture santé aux jeunes enfants et à leurs mères. Le planning familial assure principalement l'information de la population en matière de contraception.

Ce sont les départements et dans une bien moindre mesure les communes qui assurent l'essentiel du financement de la protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial. L'assurance maladie grâce notamment aux « prestations non-individualisées » (subvention aux organismes) de la Cnamts finance une partie réduite du poste. Mais cette contribution reste supérieure à celle de l'association « Planning familial » une fois déduites les diverses participations qui lui sont allouées tant par les collectivités locales que par l'assurance maladie. Les vaccins administrés en PMI font partie des vaccins obligatoires et sont comptabilisés dans le poste vaccins.

Médecine du travail (1 168 millions d'euros, 26,1 % du montant total de la prévention en 2004)

Par l'importance des dépenses engagées pour la médecine du travail, ce poste est le plus important de la prévention au sens des Comptes de la santé. En 2004, les effectifs surveillés sont supérieurs à quinze millions.

La médecine du travail assure le suivi médical des salariés. Elle est assurée principalement par des organismes inter entreprises. Seules les sociétés d'une certaine taille disposent de services autonomes de médecine du travail. Celle-ci est assurée par un financement privé.

L'assurance maladie finance « la médecine de caisse » qui tient le rôle de la médecine du travail pour les entreprises publiques (source Cnamts). Le poids de la médecine de caisse est très largement inférieur à celui de la médecine du travail.

Médecine scolaire (265 millions d'euros, 5,0 % du montant total de la prévention en 2004)

La médecine scolaire est responsable du suivi médical des élèves pendant toute leur scolarité. C'est l'État, par l'intermédiaire du ministère de l'Éducation nationale, qui finance le coût de la médecine préventive en milieu scolaire.

4.2.2 La prévention individuelle secondaire

Dépistage des tumeurs (85 millions d'euros, 1,7 % du montant total de la prévention en 2004)

Le dépistage a pour but de déceler les maladies avant leur développement et d'en faciliter ainsi le traitement. Ne sont pas recensées dans la prévention les dépenses de dépistage incluses dans la CSBM.

L'État (chapitre 39-01 du budget du ministère de la Santé) et les départements assurent l'essentiel des dépenses de dépistage des tumeurs. L'assurance maladie par l'intervention du FNPEIS et du FNPEISA intervient également.

Dépistage des infections sexuellement transmissible et de la tuberculose (88 millions d'euros, 1,8 % du montant total de la prévention en 2004)

Ne sont pas recensées dans la prévention les dépenses de dépistage incluses dans la CSBM. Les départements assurent la quasi-totalité des dépenses de prévention pour ces deux types de dépistage. La Cnamts grâce aux « prestations non-individualisées » finance une partie réduite du poste.

Dépistage du SIDA et des hépatites (52 millions d'euros, 1,1 % du montant total de la prévention en 2004)

Ne sont pas recensées dans la prévention les dépenses de dépistage incluses dans la CSBM.

L'État assure la quasi totalité du financement de ces deux formes de dépistage.

Dépistage des « autres pathologies » (13 millions d'euros, 0,3 % du montant total de la prévention en 2004)

Le chapitre 39-01 du budget du ministère de la Santé finance l'essentiel de ce poste.

Examens de santé (63 millions d'euros, 1,3 % du montant total de la prévention en 2004)

Les examens de santé dénommés plus couramment « bilans de santé » sont effectués gratuitement dans les centres de santé spécialisés gérés par la Sécurité Sociale.

L'assurance maladie (FNPEIS pour l'essentiel, FNPEISA pour une part moindre, Canam pour une contribution réduite) finance la quasi-totalité des centres d'examens de santé. Les communes, en termes de contributeur, viennent au second rang après le FNPEIS de la Cnamts.

Bilans bucco-dentaires (BBD) (21 millions d'euros, 0,4 % du montant total de la prévention en 2004)

Ne sont pas recensées dans la prévention les dépenses de bilans bucco-dentaires incluses dans la CSBM.

Les BBD sont des examens de prévention bucco-dentaire. Ils concernent les adolescents (13 à 18 ans) pour qui les bilans et le suivi des pathologies décelées sont gratuits hormis l'orthodontie et les prothèses.

Les financeurs et la structure du financement de ce poste sont identiques à ceux du précédent à ceci près que c'est l'État (chapitre 39-01 du budget du ministère de la Santé) qui se substitue aux communes dans cette mission de prévention.

4.2.3 La prévention collective en direction des comportements

Campagne en faveur des vaccinations (27 millions d'euros, 0,5 % du montant total de la prévention en 2004)

Les départements et la Cnamts par l'intermédiaire du FNPEIS financent les campagnes en faveur des vaccinations.

Lutte contre l'addiction (71 millions d'euros, 1,4 % du montant total de la prévention en 2004)

La lutte contre l'addiction comporte les actions de prévention contre la dépendance à l'alcool, au tabac et aux drogues. L'État en assure le financement à hauteur des trois-quarts : d'une part, grâce à la dotation de la MILDT qui émerge au chapitre 47-16 du budget du ministère de la Santé et, d'autre part, aux fonds consacrés dans un but similaire par la Direction générale de la santé (chapitre 39-01 du budget du ministère de la Santé). Avec des engagements financiers de moindre ampleur les départements et l'INPES sont également engagés dans la prévention de l'addiction.

Information, promotion et éducation à la santé (330 millions d'euros, 6,6 % du montant total de la prévention en 2004)

Ce poste des comptes regroupe toutes les actions ayant pour but d'élever le niveau d'éducation et d'information de la population en matière de santé. Cette amélioration des connaissances est synonyme de prévention.

Les entités qui s'engagent financièrement le plus dans l'éducation à la santé sont les départements et le FNPEIS. Les autres contributions sont, par comparaison, moins importantes.

L'État par diverses lignes budgétaires intervient dans l'éducation à la santé : le volet prévention du plan cancer, le programme national de nutrition (chapitre 39-01) et les interventions diverses dans le domaine de l'éducation à la santé de la DGS (chapitre 39-01). D'autres organismes figurant au budget du ministère de la Santé (chapitre 39-02) participent également à l'éducation à la santé : l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation (AFSSA), l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement (AFSSE), l'Établissement français des greffes (EFG) pour la part de son activité relevant de la bio médecine.

Dans le programme de veille et de sécurité sanitaire de la LOLF pour 2005 les crédits de 2004 sont présentés. Dans le domaine de l'information et de la formation à la santé le texte rappelle les crédits inscrits au chapitre 39-02 du budget du ministère de la Santé puis ajoute une rubrique « Autres ministères » dont le montant est, par comparaison, faible.

D'autres organismes ou collectivités contribuent également, le plus souvent pour des montants peu élevés, à l'information et à l'éducation à la santé : les communes, le FNPEIS-A de la MSA et l'INPES. Les crédits des Observatoires régionaux de santé (ORS) ont été retenus au titre de l'information qu'ils délivrent et qui s'avère être une aide à la décision en matière de santé publique.

4.2.4 La prévention collective à visée environnementale

Hygiène du milieu (448 millions d'euros, 9,0 % du montant total de la prévention en 2004)

Les collectivités locales et principalement les communes sont chargées des opérations de salubrité publique telles la dératisation, les interventions d'urgence sur les immeubles en péril et les actions

concernant l'hygiène publique comme l'édification et l'entretien des baignoires. Les communes et les départements consacrent des crédits substantiels au contrôle des eaux et à l'assainissement.

Le budget du ministère de la Santé attribue, dans le cadre de l'action sur les déterminants de santé, des crédits limités (chapitre 39-01) à l'intervention sur l'environnement au titre de l'hygiène.

Prévention des risques professionnels (362 millions d'euros, 7,3 % du montant total de la prévention en 2004)

Le Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FPATMP) de la Cnamts dispense la plus large part des crédits consacrés à la prévention des risques professionnels pour la quasi-totalité des affiliés au Régime général. La branche « accidents du travail » de la MSA (CCMSA-AT) remplit le même objet dans l'agriculture.

Les salariés du bâtiment et des travaux publics bénéficient de l'action de l'Office public de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) dont le financement est assuré par les employeurs de ce secteur au moyen d'un prélèvement sur leur cotisation URSSAF.

Enfin, une partie de l'action de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) est assimilable à la prévention des risques professionnels.

Prévention des risques et lutte contre les pollutions (245 millions d'euros, 4,9 % du montant total de la prévention en 2004)

La direction de la prévention des risques et de la lutte contre les pollutions au ministère de l'Écologie et du développement durable regroupe toute l'information sur ce thème. Elle met directement en œuvre certaines politiques et recense celles incombant à d'autres ministères (agriculture notamment). Ces politiques concernent la prévention des risques technologiques (pollutions industrielles ou agricoles de l'air, de l'eau et des sols) et celle des risques naturels (inondations, tempêtes, incendies).

Recherches dans le domaine de la prévention sanitaire (1 million d'euros 0,0001 % du montant total de la prévention en 2004)

Ce poste n'est pas important par l'ampleur des crédits alloués mais par sa signification pour la santé publique. Dans cette rubrique, on trouve aujourd'hui le FNPEIS de la CNAMTS et celui de la MSA. Des crédits budgétaires non décelables au sein de chapitres et articles globaux des budgets de l'État ou des agences et institutions spécialisées ne peuvent être recensés.

Surveillance, veille, alerte (85 millions d'euros 1,7 % du montant total de la prévention en 2004)

Des agences gouvernementales et des instituts consacrent tout ou partie de leurs moyens à la veille sanitaire dont le but est de déceler toute menace pour la santé publique, puis d'avertir les autorités sanitaires.

Le budget du ministère de la Santé, au chapitre 39-02, regroupe plus de la moitié des crédits de ce poste. Ceux-ci sont ventilés entre la DGS, l'AFSSAPS, l'AFSSA, l'AFSSE, l'EGF-Biomédecine, l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et les établissements nationaux de recherche sanitaire.

L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) intervient à la fois dans la lutte contre les radiations ionisantes, ce qui constitue une action de prévention sanitaire directe, et dans la protection de la sûreté nucléaire (protection des transports de matières radioactives ou fissiles, contrôle des

matières susceptibles de concourir à la fabrication d'armes, protection des installations contre les actes de malveillance). Seuls les fonds consacrés à la radioprotection ont été retenus.

Urgences et crises (7 millions d'euros 0,001 % du montant total de la prévention en 2004)

Le chapitre 32-02 du budget du ministère de la Santé ventile pour les « urgences et crises » entre les mêmes allocataires qu'au poste précédent des crédits toutefois globalement inférieurs. Une rubrique « Épidémies et terrorisme » vient s'ajouter à la liste en 2004.

Sécurité sanitaire de l'alimentation (471 millions d'euros 9,5 % du montant total de la prévention en 2004)

Par l'importance des crédits qui y sont consacrés, le programme de sécurité sanitaire de l'alimentation est l'un des plus dotés de la prévention au sens des Comptes de la santé. Il incombe au ministère de la Santé et au ministère de l'Agriculture, de l'alimentation, de la pêche, et des affaires rurales (MAAPAR). Il comprend :

- la protection et la sélection des végétaux et des animaux,
- l'hygiène et la sécurité des aliments,
- l'évaluation des risques nutritionnels,
- l'élimination des farines animales qui touche à sa fin en 2004,
- la mise en œuvre de la politique de sécurité sanitaire de l'alimentation.

Production et mise en œuvre de dispositifs (36 millions d'euros 0,007 % du montant total de la prévention en 2004)

Ce poste concerne la rédaction et l'application des règlements et recommandations relatifs à la veille et à la sécurité sanitaires. C'est le ministère de la Santé qui en assume la plus large part. Cependant le programme de sécurité sanitaire de la LOLF pour 2005 attribue dès 2004 à d'autres ministères des crédits ayant le même objet.

5. Les dépenses en faveur du système de soins

5.1 Les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique

En 2004, la recherche médicale et pharmaceutique s'élève à 6,7 milliards d'euros et représente 3,6 % de la dépense courante de santé.

Le bureau des études statistiques sur la recherche du ministère de l'Éducation nationale et de la recherche évalue pour le compte du ministère de la Santé :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits au budget civil de recherche et de développement. Il s'agit d'organismes comme l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), les Instituts Pasteur dont celui de Paris, l'Institut Curie, le Centre national de recherche scientifique (CNRS), etc. ;
- la part liée à la santé dans les financements incitatifs inscrits au budget civil de recherche et développement des différents ministères notamment celui de la recherche (exemple : le fonds national de la science) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités, notamment pour les personnels à double statut (universitaire et hospitalier) ;

- les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires⁴ ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique qui sont déjà comprises dans la dépense de médicaments. C'est pour cette raison qu'un « double compte » apparaît dans les tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur. Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche pharmaceutique qui seraient sinon comptés deux fois ;
- la part liée à la santé des dépenses de recherche du secteur associatif, qui couvre en particulier la contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives.

Pour l'année n-1, le bureau des études statistiques du ministère de l'Éducation ne peut fournir que le seul montant estimé du budget civil de la recherche. Son évolution par rapport à l'année précédente est appliquée, faute de mieux, à l'ensemble des postes. Pour l'année n-2 le même bureau fournit des estimations provisoires pour chaque poste. Enfin, les montants communiqués pour l'année n-3 sont définitifs.

- Les divers financements sont ventilés de la manière suivante :

1) Les financements budgétaires :

- Budget civil de recherche et de développement
- Recherche des Universités et hôpitaux

2) Les financements du secteur privé :

- Industries pharmaceutiques
- Secteur associatif

5.1.1 La formation des personnels médicaux et para médicaux

En 2004, les dépenses de formation médicale s'élèvent à 1,0 milliard d'euros et représentent 0,6 % de la dépense courante de santé.

Chaque année, le ministère de l'Éducation communique le budget total des universités (personnel et fonctionnement y compris ceux des bibliothèques universitaires), les effectifs totaux des universités et ceux des disciplines de santé.

On en déduit les montants des crédits alloués aux Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine et de chirurgie dentaire ainsi que ceux des écoles publiques d'enseignements paramédicaux dont font partie les Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI).

Les ménages acquittent les droits d'inscription de ces cursus.

Divers organismes autofinancent les instructions qu'ils dispensent : écoles privées de formation d'auxiliaires médicaux, Institut Pasteur.

Enfin, la formation continue des médecins est financée par l'assurance maladie.

⁴ Jusqu'à l'année 1999 le ministère de l'Éducation isolait les crédits alloués aux recherches cliniques des hôpitaux universitaires (CHU). Par la suite, ils ont été confondus avec ceux des universités. Or les dépenses de recherches cliniques font partie de la dotation globale hospitalière où elles ne peuvent être isolées. Il y a là un double compte qui n'est plus résolu. Sa modicité en 1999 par rapport au montant total du poste « recherche » (0,03 %) et par rapport à la dotation globale hospitalière (0,004 %) en relativise la portée.

5.2 Les coûts de gestion de la santé

En 2004, le coût de gestion de la santé s'élève à 13,1 milliards d'euros et représente 7,1 % de la dépense courante de santé.

La gestion de la santé représente un coût pour l'État, les organismes de base de l'assurance maladie, les organismes de protection complémentaire. Les Institutions sans but lucratif agissant, au service des ménages (ISBLM) dans le domaine de la santé, ont aussi des coûts de gestion.

Le titre III du budget du ministère de la Santé fournit le montant des crédits versés pour les rémunérations du personnel (Titre III, 1^{ère} partie), les pensions (2^{ème} partie), les charges sociales (3^{ème} partie) et les matériels et moyens de fonctionnement des services (4^{ème} partie).

Les coûts de gestion des organismes de base de l'assurance maladie sont issus de données fournies par les Comptes de la protection sociale, en provenance de l'INSEE. Le service de contrôle de gestion de la Cnamts a communiqué le pourcentage de coûts de gestion n'incombant pas à l'assurance maladie qui s'avère très faible (lié à la liquidation des pensions d'invalidité).

Les frais de gestion des mutuelles et des institutions de prévoyance sont connus à partir d'enquêtes de la DREES dont les résultats sont communiqués à l'INSEE et repris dans les Comptes de la protection sociale.

Les Compagnies d'assurances ne fournissent pas les frais afférents à la gestion de leurs prestations santé. Celles-ci, cependant, sont proches en montant et en structure de celles des institutions de prévoyance. On a donc appliqué le ratio « coûts de gestion/prestations » des institutions de prévoyance aux compagnies d'assurances pour la première année de la base 2000. Les coûts de gestion ainsi obtenus évolueront pour la durée de cette base comme le montant des prestations versées par les assurances.

5.3 L'élimination du double compte entre « médicaments » et « recherche »

En 2004, celui-ci s'élève à 3,4 milliards d'euros et représente 1,9 % de la dépense courante de santé.

Comme il a été dit au paragraphe traitant de la recherche dans le domaine de la santé, les recherches effectuées par les laboratoires pharmaceutiques sont répercutées sur leur chiffre d'affaires et sont indissociables du poste « médicaments » des Comptes de la santé.

Le montant de la recherche pharmaceutique évalué chaque année par le ministère de l'Éducation et de la recherche pour les Comptes de la santé figure au poste « recherche médicale et pharmaceutique ».

Pour ne pas compter cette dernière deux fois, une ligne « double compte » est introduite dont le montant est défalqué de la dépense courante de santé.

6. Index des sigles

AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire de produits de santé
AFSSE	Agence française de l'environnement
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CSBM	Consommation de soins médicaux
CMT	Consommation médicale totale
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DCS	Dépense courante de santé
DGH	Dotation globale hospitalière
EHPA et EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes âgées dépendantes
EPS	Établissements publics de santé
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
IJ	Indemnités journalières
INVS	Institut national de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurances maladie
OQN	Objectif quantifié national
PMI	Protection maternelle et infantile
PSPH	(Établissement) participant au service public hospitalier
SNIR	Système national inter régimes

SNIREP	Système national interrégimes des établissements privés
SNIRAM	Système national inter régimes d'information de l'assurance-maladie
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
VHP	Véhicules pour handicapés physiques
VSL	Véhicule de soins légers

7. Glossaire

Consultations externes. Ces consultations prodiguées par les médecins salariés des hôpitaux publics sont accessibles aux personnes non hospitalisées. Elles font partie des soins ambulatoires dans l'optique « fonction de soins ». En revanche en se plaçant du point de vue du « producteur de soins » les consultations externes des hôpitaux sont classées dans la rubrique « hôpitaux publics ».

Date de remboursement. C'est la date du paiement de la prestation au bénéficiaire.

Date de soins. C'est la date de réalisation effective de l'acte au profit du bénéficiaire.

Dépassement. Les dépassements au-delà des dépenses remboursables (reconnues) sont pratiqués par les médecins généralistes ou spécialistes du Secteur II (conventionnés honoraires libres) ou autorisés à Dépassement permanent (DP) et par les chirurgiens dentistes

Dépense remboursée. C'est la prestation versée par les organismes de base de la Sécurité sociale. Elle est égale à la dépense remboursable diminuée du ticket modérateur.

Dépense remboursable. Dénommée également « dépense reconnue », elle est égale au montant fixé par voie conventionnelle ou réglementaire. C'est le « prix » de l'acte élémentaire avant toute diminution du remboursement (ticket modérateur) ou augmentation (1 euro par consultation par exemple).

Financier (optique). Pour décrire la consommation de soins de santé, on peut s'intéresser à qui les finance. Les différents financeurs sont la Sécurité Sociale, l'État, les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et les ménages. L'optique financier peut être croisée avec l'optique producteur et l'optique fonction de soins.

Fonction de soins (optique). Pour décrire la consommation de soins de santé, il est possible d'adopter le point de vue du bénéficiaire des soins ou biens de santé. On évaluera alors les différentes fonctions de soins qui concourent à cet objectif : soins des médecins, des infirmiers, soins reçus dans un hôpital public ou privé, médicaments et autres biens médicaux consommés... L'optique fonction de soins peut être croisée avec l'optique producteur et l'optique financier. Pour plus de détails, on se reportera à la partie « Concepts généraux », rubrique « l'insertion des Comptes de la santé dans la comptabilité nationale ».

France entière. Elle est formée par la France métropolitaine et les quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion.) Les territoires d'outre-mer, qui ont leur propre système d'assurance maladie, sont hors du champ des Comptes de la santé.

Orthèses. Les orthèses sont des appareillages destinés à immobiliser, soutenir ou corriger le mouvement d'une articulation. Elles sont réalisées le plus souvent en matériaux qui se modèlent à chaud et se rigidifient en refroidissant.

Producteur de soins (optique). Selon cette optique, la présentation de la consommation se fait alors en fonction du lieu de production de la prestation ou du lieu de production des biens médicaux. Les termes « producteurs de soins » recouvrent deux acceptions : « prestataires de soins » s'il s'agit du secteur hospitalier ou des professions libérales de santé ou « producteurs de biens » s'il s'agit de laboratoires pharmaceutiques ou de fabricants d'autres biens médicaux. L'optique producteur de soins peut être croisée avec l'optique fonction de soins et l'optique financier. Pour plus de détails, on se reportera à la partie « Concepts généraux », rubrique « l'insertion des Comptes de la santé dans la comptabilité nationale ».

La nomenclature de la consommation de soins de santé est alors différente de celle de la « fonction soins » Un exemple est fourni à la rubrique « consultation externes ».

Les Comptes de la santé sont présentés dans l'optique soins alors que ceux transmis à l'INSEE pour être introduits dans les Comptes nationaux le sont dans l'optique producteur.

Soins ambulatoires. Les soins ambulatoires comprennent les soins des professionnels libéraux suivants : médecins, chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes).

Les soins des médecins incluent les consultations externes dispensées dans les hôpitaux publics, ceux des infirmiers incluent les SSIAD.

Aux soins des professions médicales et para médicales s'ajoutent les analyses des laboratoires et celles pratiquées par les médecins anatomo cyto pathologistes et les soins reçus lors de cures thermales.

Ticket modérateur. Forfait fixé par voie réglementaire qui appliqué à la dépense remboursable en diminue le montant pour obtenir la dépense remboursée (prestation versée). Selon les actes ou biens remboursés le taux du ticket modérateur varie. Certaines maladies sont exonérantes (affections de longue durée : ALD) et les patients sont remboursés à 100 %.

« **Tous régimes** ». Cette expression signifie que la totalité des régimes d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse des Français de l'étranger, sont concernés par les résultats présentés. Il y a, en France, dix-neuf régimes distincts d'assurance maladie : Régime général des salariés (Cnamts), assurance maladie des professions indépendantes (Ampi ou Canam), Exploitants agricoles, salariés agricoles et assurance personnelle regroupés dans la MSA, Mines, SNCF, Militaires, Marins, RATP, Clercs de notaires, personnels d'Église d'Alsace Lorraine (CAVIMAC), Banque de France, Chambre de commerce, Port autonome de Bordeaux, Assemblées parlementaires, EDF et GDF, fonctionnaires, français de l'étranger.