

# Annexe 3

## Les révisions de l'édition 2020 des comptes de la santé

### Les différentes sources de révisions des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. Deux types de révisions se distinguent :

#### 1) Les révisions liées aux données

Les données sous-tendant l'élaboration des comptes de la santé peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année  $n$  à l'exercice comptable de l'année  $n$ . Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année  $n+1$ . Lors de la clôture des comptes de l'année  $n$ , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année  $n+1$ , les dépenses réelles relatives à l'année  $n$  sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2019 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2018 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années précédentes sont considérées comme définitives.
- Les soins hospitaliers du secteur public sont construits à partir des données de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé (édition 2020), les données 2018 et 2019 doivent être considérées comme révisables. Les données de 2017 et années antérieures sont définitives, sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2020 des comptes de la santé, les données 2019 sont provisoires, celles de 2018 et antérieures sont définitives.
- Les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir annexe 2 sur la méthodologie des comptes de la santé) : liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.

#### 2) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes à champ donné.

À titre d'illustration, dans l'édition 2016 de cet ouvrage, les taux moyens de remboursement utilisés dans les comptes de la santé pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable ont été affinés afin de s'adapter à une nomenclature comptable devenue plus précise. Dans l'édition 2017, les comptes de la santé ont été rétopolés de façon à conserver une méthodologie constante depuis 1950. L'édition 2018 a coïncidé avec un changement de base des comptes nationaux, pilotés par l'Insee<sup>1</sup> et a été l'occasion de plusieurs améliorations méthodologiques de fond liées notamment à l'estimation de la consommation de médicaments non remboursables et au traitement des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD)<sup>2</sup> n° 31 et n° 32. Pour l'édition 2019, de nouvelles données plus précises sur la prévention ont été intégrées et différentes améliorations méthodologiques plus mineures ont été apportées.

1. « Le changement de base » consiste à actualiser les concepts, nomenclatures et méthodes qui fondent la comptabilité nationale, afin de refléter au plus près la réalité économique.

2. Certaines affections de longue durée exonèrent le paiement du ticket modérateur. Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les ALD sont classées en plusieurs catégories. Les affections inscrites sur la liste sont dites « ALD n° 30 ». Les ALD n° 31 concernent les affections dites « hors liste », c'est-à-dire les formes graves d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les ALD n° 32 concernent les situations de poly-affections entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Dans l'édition 2020, plusieurs améliorations ont été apportées aux comptes :

- Un travail méthodologique d'ampleur a été mené sur le classement et l'estimation des rémunérations forfaitaires à partir de l'année 2006, conduisant à un changement de nomenclature des comptes de la santé. Auparavant classées dans un poste à part « Contrats et autres soins », les rémunérations forfaitaires sont dorénavant intégrées dans les postes auxquelles elles se rattachent, conformément aux concepts de comptabilité nationale. Chacun des postes (consommation de soins de médecins généralistes, consommation de soins infirmiers, consommation de médicaments en ville, etc.) doit donc s'entendre y compris rémunérations forfaitaires.
- Plusieurs modifications ont été faites sur les séries d'indices de prix utilisées pour affiner le partage volume/prix, notamment sur les séries de rémunérations forfaitaires, la série des laboratoires d'analyses et la série des médicaments en ambulatoire.

### Les révisions de la consommation de soins et de biens médicaux et de son financement

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est très légèrement révisée dans l'édition 2020 des comptes de la santé. Entre 2006 et 2015, diverses corrections mineures ont été apportées aux comptes à l'occasion du passage au langage de programmation « R », se traduisant par une révision de la CSBM comprise entre -10 millions d'euros et +15 millions d'euros selon l'année (soit moins de 0,01 % de l'agrégat).

Par ailleurs, l'actualisation des données sources – tableaux comptables des régimes et compte de l'hôpital public élaboré par l'Insee – entraîne une révision modérée de la CSBM en 2016 et 2017 (respectivement +70 millions d'euros et +80 millions d'euros) (tableau 1). En 2018, la révision est un peu plus marquée (+280 millions d'euros, dont +390 millions d'euros proviennent des données concernant l'hôpital public et -90 millions d'euros des tableaux comptables des régimes). Ces révisions représentent moins de 0,1 % de la CSBM en 2016 et 2017, et moins de 0,2 % en 2018.

L'actualisation des données de la CSBM modifie *de facto* la répartition du financement de ces dépenses, notamment pour la Sécurité sociale à travers les tableaux comptables des régimes. En parallèle, les montants pris en charge par les organismes complémentaires ont également été mis à jour pour l'année 2018, mais les révisions sont limitées (-20 millions d'euros).

La majeure partie de la révision de la CSBM se répercute sur les dépenses de la Sécurité sociale. Toutefois, par effet cumulé avec les révisions sur les dépenses des financeurs publics, le reste à charge des ménages a été réestimé à la hausse en 2018 (+140 millions d'euros) ; en 2016 et 2017, les révisions apportées sont inférieures à 10 millions d'euros.

**Tableau 1 Révisions des dépenses de santé entre l'édition 2020 et l'édition 2019, par financeurs**

En millions d'euros (données arrondies à la dizaine) et en %

Révision de la CSBM...	En millions d'euros			En %		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
...tous financeurs	70	80	280	0,0%	0,0%	0,1%
...prise en charge par la Sécurité sociale	70	80	160	0,0%	0,1%	0,1%
...prise en charge par les organismes complémentaires	0	0	-20	0,0%	0,0%	-0,7%
...prise en charge par les financeurs publics	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
...prise en charge par les ménages	0	0	140	0,0%	0,0%	1,0%

**Lecture** > Dans l'édition 2020 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 280 millions d'euros pour l'année 2018 (soit une révision de +0,1 % par rapport au montant de l'édition 2019). Les dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale ont été révisées à la hausse de 160 millions d'euros (soit une révision de +0,1 % par rapport au montant de l'édition 2019).

**Source** > DREES, comptes de la santé (éditions 2019 et 2020).

### Les révisions liées à la modification du classement des rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires, qui font partie du champ de la CSBM, étaient historiquement classées pour plusieurs d'entre elles dans un poste à part (« Contrats et autres soins ») à l'instar du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), sauf pour les médicaments en ambulatoire, où les rémunérations forfaitaires étaient déjà incluses dans le poste. Pour se rapprocher des concepts de comptabilité nationale, il a été décidé pour l'édition 2020 de basculer les rémunérations forfaitaires dans les postes auxquelles elles se rattachent. Par exemple, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui concerne les médecins généralistes et les spécialistes, a été ventilée dans les postes « Soins de médecins généralistes » et « Soins de médecins spécialistes ».

Il en résulte que le poste « Contrats et autres soins » qui dépassait les 1,5 milliard d'euros en 2018 dans l'édition 2019 des comptes, a été réduit de la quasi-totalité de son contenu dans l'édition 2020 des comptes. Ce poste ne contient plus que certains contrats pluridisciplinaires difficiles à classer ainsi que quelques autres soins, et il est d'ailleurs renommé en « Autres soins et contrats ». Les modifications de nomenclature sont sans effet sur le montant de la CSBM, mais elles se

sont traduites par une précision de l'analyse avec des révisions par sous-postes de dépenses. Les rémunérations forfaitaires concernent en grande majorité les soins de ville, et notamment les soins de médecins et de sages-femmes, où les révisions sont donc les plus marquées (tableau 2). Les soins dentaires et les soins d'auxiliaires médicaux sont également révisés, mais dans une moindre mesure.

**Tableau 2 Révisions des dépenses de soins de ville liées à la modification du classement des rémunérations forfaitaires**

	En million d'euros									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Soins de ville</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Soins de médecins et de sages-femmes	230	250	500	530	550	560	580	540	1 450	1 580
Soins d'auxiliaires médicaux	0	10	10	10	10	10	20	20	30	20
Soins de dentistes	10	10	10	10	20	20	30	50	60	40
Laboratoires d'analyses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cures thermales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres soins et contrats	-240	-270	-520	-550	-580	-590	-630	-610	-1 540	-1 640
<b>CSBM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Lecture** > Les modifications de classement des rémunérations forfaitaires se sont traduites par une révision à la baisse de 1 640 millions d'euros en 2019 pour le poste « Contrats et autres soins », dont 1 580 millions d'euros ont été déplacés vers le poste « Soins de médecins et de sages-femmes ».

**Source** > DREES, comptes de la santé.

La bascule des rémunérations forfaitaires dans les postes concernés a également une incidence sur la structure du financement au sein de chaque poste : en effet, les rémunérations forfaitaires sont intégralement financées par l'Assurance maladie, ce qui majore la part prise en charge par la Sécurité sociale et minore la part des autres financeurs. En 2018, le reste à charge des ménages pour les soins de médecins et de sages-femmes est révisé à la baisse de 0,7 point à la suite de la bascule des rémunérations forfaitaires au sein de ce poste (tableau 3).

**Tableau 3 Révisions des taux de prise en charge par les financeurs des soins de médecins et de sages-femmes**

	En point de pourcentage									
<b>Soins de médecins et de sages-femmes</b>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sécurité sociale	0,4%	0,4%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	2,1%	2,1%
État, CMU-C org. de base	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%
Organismes complémentaires	-0,2%	-0,3%	-0,5%	-0,5%	-0,6%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-1,2%	-1,2%
Ménages	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,2%	-0,7%	-0,7%

**Lecture** > Dans l'édition 2020 de cet ouvrage, la part des soins de médecins et de sages-femmes prise en charge par la Sécurité sociale a été révisée à la hausse de 2,1 point de pourcentage par rapport à l'édition 2019, suite aux modifications méthodologiques concernant les rémunérations forfaitaires. En parallèle, la part des dépenses prises en charge par les autres financeurs a été révisée à la baisse : -0,1 point pour l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C, -1,2 point pour les organismes complémentaires et -0,7 point pour les ménages.

**Source** > DREES, comptes de la santé (édition 2019 et 2020).

### Les révisions du partage volume/prix

Pour appréhender au mieux les déterminants de l'évolution des dépenses de santé, chaque année un partage volume/prix est élaboré (voir annexe 4). Le partage volume/prix dépend des séries d'indices de prix utilisées. Plusieurs modifications ont été réalisées.

D'une part, les indices de prix appliqués aux rémunérations forfaitaires ont été révisés. Auparavant, l'indice de prix des rémunérations forfaitaires était constant par convention. Avec la bascule des rémunérations forfaitaires dans les postes de soins auxquels elles se rattachent, on leur attribue maintenant le même indice de prix que le reste du poste.

Par ailleurs, la série d'indice de prix des médicaments en ville a été révisée. Il est désormais appliqué un indice de prix calculé spécialement pour chacun des sous-postes : médicaments remboursables et rémunérations forfaitaires d'une part, médicaments non remboursables d'autre part. Auparavant cette distinction n'était pas effectuée, le partage volume/prix

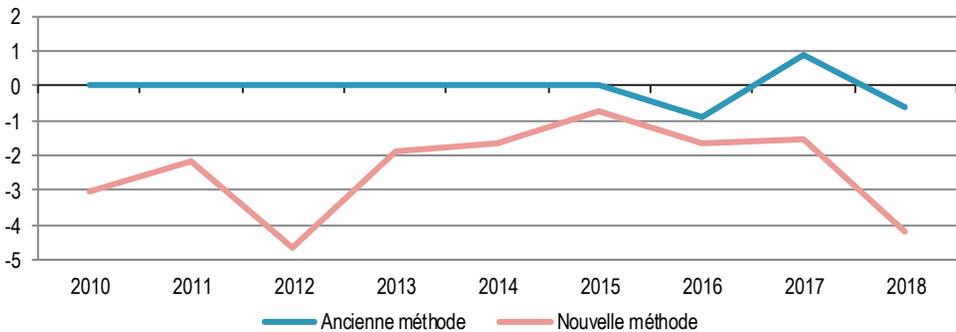
était réalisé pour l'ensemble du poste des médicaments en ville, sans distinction du caractère remboursable ou non. Cette modification permet d'affiner l'analyse, tant les dynamiques sont différentes entre les deux sous-postes.

Enfin, la série d'indice de prix des laboratoires d'analyses a été révisée grâce à une méthodologie de calcul plus complète permettant de capter des variations de prix qui n'étaient auparavant pas suivies. Les prix des actes de laboratoires sont définis à partir d'une lettre-clé et d'un coefficient (cotation de l'acte). Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre la lettre-clé, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte. Par exemple pour les analyses de laboratoires, la lettre-clé TB vaut 2,52 euros en France métropolitaine, tandis qu'un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire est coté 1,5 TB. Le coût du prélèvement est donc 3,78 euros ( $1,5 \times 2,52$  euros).

L'ancienne méthode suivait uniquement les évolutions des lettres-clés, faute de meilleure données : les prix des lettres-clés des laboratoires n'ayant pas été revalorisés entre 2004 et 2015, l'évolution des prix apparaissait donc nulle pour cette période, en dépit des modifications des cotations. La nouvelle méthode permet de suivre à la fois les évolutions des lettres-clés mais aussi celles des cotations des actes, et reproduit ainsi plus finement les baisses tarifaires successives des laboratoires (*graphique 1*).

### Graphique 1 Comparaison des méthodes de calcul de l'indice de prix des analyses de laboratoires

En %



**Lecture** > L'ancienne méthode de calcul ne mesurait aucune variation de l'indice des prix entre 2012 et 2013. Avec la nouvelle méthode, l'indice de prix baisserait de 1,9 % entre 2012 et 2013.

**Source** > DREES, comptes de la santé (édition 2019 et 2020).