

Annexes

1. Les agrégats des Comptes de la santé

1.1. Le passage à la base 2005 des Comptes nationaux

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Cette révision porte sur les concepts et sur l'évaluation des séries ; à l'occasion de la publication de la nouvelle base dite « base 2005 », le niveau du PIB a été revu légèrement à la baisse.

Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, ont également fait l'objet de plusieurs modifications. Le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été revus. Les modifications portent d'une part sur les concepts et le champ des Comptes de la santé, et d'autre part sur les évaluations des séries. Elles concernent essentiellement :

- la redéfinition des contours des soins hospitaliers publics et privés et des soins de médecins ;
- la révision des coefficients de passage entre le régime général et le total « tous régimes » ;
- la révision de certains niveaux (analyses, médicaments, prothèses) ;
- la prise en compte des soins de longue durée aux personnes handicapées et non plus seulement aux personnes âgées ;
- l'intégration de nouvelles données sur les subventions au système de soins et les frais de gestion ;
- le traitement des échanges extérieurs.

Les données relatives à la base 2005 présentées dans ce rapport portent sur la période 2005-2010. Une réropolation des Comptes de la santé sera présentée l'année prochaine.

1.2. La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, représente la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'Aide médicale d'État (AME) ou pour des soins urgents, pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement et les SSAD en sont exclus.

La CSBM regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés,
- les consommations de soins de ville,
- les consommations de transports de malades,
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques – VHP –, petits matériels et pansements).

En base 2005, les consultations externes des médecins sont intégrées aux soins hospitaliers, ce qui modifie la frontière entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Plusieurs autres modifications, de moindre ampleur, sont apportées aux autres soins de ville.

1.2.1. Les soins de médecins : changement de frontière entre les soins hospitaliers et les soins de ville.

En base 2000, c'est l'optique « **Fonction de soins** » qui avait prévalu dans les définitions des soins hospitaliers par rapport aux soins ambulatoires. On avait ainsi choisi d'ajouter les consultations externes des médecins des hôpitaux publics aux soins de médecins en ambulatoire, et de rattacher les soins de médecins effectués dans le cadre d'une hospitalisation complète aux soins reçus en établissement privé.

Les soins étaient évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public :	Production non marchande de santé des hôpitaux (INSEE-DGFIP) – Consultations externes
Secteur hospitalier privé :	Frais de séjour hors Médicaments et LPP + Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète (honoraires médicaux essentiellement mais aussi d'autres prestataires) + Médicaments et LPP (Stat. mensuelle CNAM)
Médecins en ambulatoire :	Honoraires totaux (Stat. mensuelle CNAM) – Honoraires perçus lors d'une hospitalisation privée complète + Consultations externes des hôpitaux du secteur public

En base 2005, c'est l'optique « **Lieu d'exécution des soins** » qui est retenue pour la construction des Comptes de la santé. Cette optique correspond à l'optique « Producteurs (ou prestataires) de soins » utilisée par l'INSEE en comptabilité nationale ou encore à la nomenclature HP (Health Producer) du système des comptes internationaux de la santé (SHA).

Les soins sont désormais évalués de la façon suivante :

Secteur hospitalier public :	Production non marchande de santé des hôpitaux (y compris consultations externes) (INSEE – DGFIP)
Secteur hospitalier privé :	Frais de séjour y compris Médicaments et LPP en sus des GHS + Total des Honoraires perçus en étab. privé (Stat mensuelle CNAM)
Médecine de ville :	Honoraires perçus dans les cabinets libéraux et les centres de santé (Stat mensuelle CNAM)

Les consultations externes de l'ordre de 2 milliards d'euros effectuées dans les hôpitaux publics ne sont plus retranchées des soins hospitaliers comme elles l'étaient en base 2000.

Le niveau des honoraires de médecins perçus en établissement privé varie d'un milliard entre les deux bases : 2,7 milliards remboursés en 2009 pour les « Honoraires perçus lors d'une hospitalisation complète » contre 3,7 milliards pour les « Honoraires de médecins en établissement privé », qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète.

Au total, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des médecins de ville (cabinets libéraux et centres de santé) : ils diminuent de plus de 3 milliards par rapport au niveau de la base 2000.

1.2.2. Les autres soins de ville (soins ambulatoires en base 2000)

Dans la même optique, en base 2005, le poste « Analyses » de la CSBM reprend les seules dépenses d'analyses et de prélèvements effectués par les laboratoires ; les actes des anatomo-cytopathologistes (actes en P) qui étaient ajoutés aux dépenses d'analyses en base 2000, restent désormais dans les honoraires des médecins. Le niveau des « Analyses » diminue ainsi de 250 millions d'euros par rapport à la base 2000, celui des médecins augmentant *a contrario* du même montant.

Le niveau de la consommation de soins d'infirmiers diminue de 1,3 milliard par rapport à la base 2000 en raison du rattachement des Services de soins à domicile (SSAD) aux soins de longue durée aux personnes âgées comptabilisés dans la Dépense courante de santé.

Le niveau de la consommation de médicaments diminue de 1,4 milliard par rapport à la base 2000. Cette diminution est essentiellement due à :

- une révision du coefficient de passage des remboursements du régime général aux remboursements « tous régimes » ;
- une révision des montants retenus pour l'automédication et les médicaments non remboursables.

Enfin, le niveau de la consommation des « autres biens médicaux » augmente de 370 millions d'euros par rapport à la base 2000 avec une révision à la hausse du coefficient de dépassement de tarif pour les dépenses de Prothèses-Orthèses.

Globalement, le niveau de la CSBM de l'année 2009 a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros entre la base 2000 et la base 2005. Cette baisse résulte principalement du transfert des dépenses de SSAD et des révisions des coefficients « tous régimes ».

1.3. Les autres dépenses courantes de santé

Ces autres dépenses comprennent :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, SSAD et indemnités journalières ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

Les modifications conceptuelles relatives au passage à la base 2005 concernent le traitement des soins de longue durée. Les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé ont également bénéficié de nouvelles évaluations.

1.3.1. Les autres dépenses pour les malades

Les indemnités journalières (IJ) n'ont pas été révisées par rapport à la base 2000. Elles comprennent seulement les indemnités versées par les régimes d'assurance sociale (hors fonction publique) ; sont ainsi exclues les indemnités versées par les organismes complémentaires.

Les soins de longue durée ont en revanche été revus en base 2005. En effet, pour traiter de façon homogène les personnes âgées et les personnes **handicapées** hébergées en établissement, les soins de longue durée délivrés à ces dernières sont en effet intégrés dans la Dépense Courante de Santé (DCS) en base 2005 : ils représentent 8,3 milliards d'euros en 2010.

Les dépenses de **SSAD** (services de soins à domicile) sont ajoutées aux soins aux personnes âgées et non plus à la consommation de Soins infirmiers de la CSBM comme c'était le cas en base 2000. En effet, ces soins sont effectués à plus de 80 % par des aides-soignants et à moins de 20 % par des infirmiers. Il y a donc un transfert de 1,3 milliard d'euros à ce titre de la CSBM vers la DCS en 2010.

Ces choix, qui assurent un traitement cohérent des dépenses de soins de longue durée, ne permettent cependant pas de lever la difficulté (rencontrée par plusieurs pays) d'identification précise des soins de longue durée assurés par des professionnels de santé. Dans l'optique plus large retenue au niveau international de « Long term health care¹ », il est également difficile d'identifier au sein des services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées ceux qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne (AVQ²) de ceux qui correspondent aux aides instrumentales à la vie quotidienne (AIVQ).

1.3.2. Les dépenses de prévention institutionnelle

Il s'agit des seules dépenses de prévention « institutionnelle » : elles ne comprennent pas les dépenses de prévention réalisées par chacun lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Leur niveau n'est pas notablement revu en base 2005.

1.3.3. Les dépenses en faveur du système de soins

Ces dépenses regroupent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les subventions ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation en base 2005, à la suite de la création de nouveaux fonds par rapport à la base 2000.

Outre la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (2 milliards d'euros en 2010), les subventions au système de soins comprennent désormais la dotation versée par l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville (228 millions d'euros en 2010), ainsi que l'aide à la télétransmission (86 millions d'euros en 2010).

Ne sont pas comprises dans ce poste la dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui est affectée pour l'essentiel à l'investissement et non à la dépense courante, ni les dotations à d'autres organismes tels que l'INPES, l'INVs, l'EPRUS ou encore l'ANAP, l'ATIH, le CNG déjà comptabilisées dans les dépenses de prévention institutionnelle ou dans les coûts de gestion.

Les dépenses de formation et de recherche conservent leur niveau de la base 2000.

1.3.4. Les coûts de gestion du système de santé

L'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État : ceux-ci sont évalués à 0,7 milliard d'euros pour l'année 2010.

Les coûts de gestion de l'assurance maladie (CNAM) représentent 7,8 milliards d'euros en 2010.

Ont également été pris en compte les financements d'opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP) ou à la compensation des accidents médicaux (ONIAM). Ces financements s'élèvent à 0,2 milliard d'euros pour l'année 2010.

¹ Long term health care : soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne.

² Activités de la vie quotidienne : les AVQ consistent à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Activités instrumentales de la vie quotidienne : les AIVQ représentent les tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

Enfin, l'exploitation de données sur les organismes complémentaires recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) pour le compte de la DREES a conduit à une révision des coûts de gestion des sociétés d'assurance (+1,2 milliard d'euros). Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont évalués à 7,1 milliards d'euros pour l'année 2010.

En base 2005, le montant total des coûts de gestion du système de santé s'élève ainsi à 15,9 milliards d'euros pour l'année 2010.

1.4. La dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Une partie des dépenses de recherche figure déjà dans la CSBM : le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. Afin d'éliminer les doubles comptes, ces dépenses sont retranchées du total des dépenses courante de santé.

La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe : FBCF).

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades, les dépenses en faveur du système de soins (hors double compte sur la recherche) et les coûts de gestion.

Entre la base 2000 et la base 2005, le niveau de la DCS a été revu à la hausse de 5,7 milliards d'euros : cette révision résulte de deux effets contraires, la diminution de la CSBM et l'intégration des soins aux personnes handicapées.

1.5. La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio « Dépense totale de santé/PIB ».

La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'ACTP³ et d'APA⁴ correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

Le passage de la CSBM à la DTS est présenté dans le tableau 1.

1.6. La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la Comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année n-3 révisé le compte semi-définitif.

Ainsi en 2011, on estime un compte provisoire pour 2010, un compte semi-définitif pour 2009 et on arrête un compte définitif pour 2008.

Pour le compte provisoire 2010, les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2010.

³ ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne.

⁴ APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie.

Tableau 1 - Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE

	Valeur (en milliards d'euros)					Evolution (en %)
	2008 b.2000	2009 b.2000	2009 b.2005	écart 2009	2010 b.2005	2010/2009
CSBM	170,1	175,7	171,0	- 4,8	175,0	2,3
DCS (Dépense courante de santé)	214,5	223,1	228,8	5,7	234,1	2,3
- Indemnités Journalières	11,4	11,9	11,9	0,0	12,5	4,4
- Prévention environnementale et alimentaire	1,2	1,3	1,4	0,1	1,3	5,6
- Recherche nette	3,2	3,3	3,3	0,0	3,4	2,2
- Formation	1,2	1,3	1,8	0,5	1,9	4,3
+ FBCF	6,3	6,2	6,1	- 0,1	6,1	-
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	13,5	14,2	5,5	- 8,7	5,9 (estim)	1,7
DTS (Dépense totale de santé)	217,3	225,7	221,9	- 3,8	227,0	2,3
PIB	1 940,3	1 907,1	1 889,2	- 17,9	1 932,8	2,3
DTS en % de PIB	11,20%	11,83%	11,75%	- 0,09 point	11,75%	0 point

Remarque : en % de PIB, la DTS est peu affectée par le changement de base ; la hausse constatée entre 2008 et 2009 est due à la baisse du PIB et au montant exceptionnel des dépenses de prévention (grippe H1N1).

Source : DREES, Comptes de la santé.

2. La production des établissements de santé

2.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et la nature de leur activité (commerciale ou pas), et non sur leur statut juridique.

- On désigne par « **secteur hospitalier public** » l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés qui étaient pour l'essentiel financés par une dotation globale hospitalière de 1983 à 2004, et qui, depuis 2005, sont financés par diverses dotations versées par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation, qui en est l'exacte contrepartie.

Les établissements regroupés sous ce terme sont :

- les établissements publics de santé ;
 - les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements à but non lucratif) ;
 - les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1998 mais ne participant pas au service public hospitalier (également à but non lucratif).
- Le « **secteur privé** » désigne les établissements de soins privés anciennement hors dotation globale. Depuis le 1^{er} mars 2005, ils sont financés par la tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité MCO (court séjour : Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Ce secteur est constitué :
 - des établissements privés à but lucratif ;
 - des anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel. Ces établissements, d'un poids moindre, se spécialisent dans les moyens séjours (Soins de suite et de réadaptation) et longs séjours ;
 - de quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en « base 2000 », les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

2.2. Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme « secteur public » désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quel que soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la Tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10 % en 2004, 50 % en 2007 et 100 % en 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), sont créées plusieurs dotations différenciées.

Les comptes s'attachent avant tout à estimer la Consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la Production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe⁵...) diminuée des Ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues depuis la base 2000 du champ de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (3)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe (2)	

(1) déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) cf. note de bas de page.

(3) Production non marchande = ex-DGH (ex-Dotation globale hospitalière)
 + Paiements partiels
 + Prestations prises en charge par l'État
 + Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)
 + Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

2.3. Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.

⁵ La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche de la dotation aux amortissements.

3. Des indices spécifiques au secteur de la santé

3.1. Indices de prix et de volume en comptabilité nationale ⁶

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes, d'une part le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Quantité x Prix.

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

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Volume x $\frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année de base}}$

Depuis la base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités.

Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47 €	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10 €	12 200

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :

- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200 / 10 400, soit + 17,3 % ;

- l'évolution du **volume** serait celles des quantités : 2 000 / 1 900, soit + 5,3 % ;

- l'évolution des **prix** se déduirait de celles du volume et de la valeur :

Indice de Prix = Indice de Valeur / Indice de Volume, soit + 11,4 %.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit « de meilleure qualité » ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer « l'effet prix » de « l'effet volume » dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :

⁶ Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n°198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

- valeur à prix constants du médicament 1 :..... 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 :.....1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (càd un volume) de 11 200 M€ ;
- la variation en **volume** est alors de 11 200 / 10 400, soit **+ 7,7 %** ;
- la variation des **prix** est de 12 200 / 11 200, soit **+ 8,9 %**.

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet « qualité ». Ce terme « qualité » se réfère uniquement aux caractéristiques particulières du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de « nature » plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1.

La variation de prix apparente (+ 11,4 %) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de + 11,4 % à + 8,9 %.

La variation du volume intègre ainsi l'effet « qualité » : elle est de 7,7 % alors que la simple hausse des quantités est de 5,3 %.

La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

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

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année $n-1$, l'absence d'indice étant relatif à l'année n .

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres et les indices de prix des indices de Paasche.

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

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

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

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

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

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

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output). Dans les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

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

3.2. Indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

Appartenant au secteur non marchand au sens de la Comptabilité nationale, les établissements du secteur public hospitalier voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en en déduisant une évolution en volume (méthode input).

Depuis la base 2000, sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes se fasse par une méthode de mesure directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

On élabore désormais un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Cette méthode « output » appliquée au compte définitif 2008 donne le résultat suivant :

TYPES DE SEJOUR	Evaluation de la structure 2007 du montant des dépenses	INDICES de VOLUME en 2008
Médecine, chirurgie, obstétrique	0,789	1,033
Hospitalisation supérieure à 1 jour	0,641	1,034
Hospitalisation inférieure à 1 jour	0,148	1,029
Lutte contre les maladies mentales	0,131	0,990
Soins de suite et de réadaptation	0,081	1,020
INDICE de VOLUME	1,000	1,026

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Les indices de volume des quatre grandes catégories de types de séjour sont eux-mêmes le résultat d'indices de quantité de sous rubriques de dépenses (par exemple les 600 GHM en version 9 du PMSI) pondérés par la part financière de chaque sous rubrique.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes « input » et « output »

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Méthode "input"	1,005	1,008	1,013	1,010	1,015	1,026	1,020	1,016	1,015
Méthode "output"	1,005	1,008	1,013	1,011	1,015	1,023	1,017	1,013	1,026
Ecart entre "output" et "input"	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-0,003	-0,004	-0,003	0,011

Sources : DREES, Comptes de la santé.

La méthode « output » est utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé pour le compte définitif.

3.3. Le prix des soins dans les établissements privés

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix.

L'indice de prix utilisé pour les établissements privés résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier).

3.4. Le prix des soins de médecins

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées.

3.5. Le prix des médicaments

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

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps, son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. L'écart de prix entre générique et princeps est en diminution sous l'effet des réactions de l'industrie pharmaceutique en matière de prix des princeps. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, partiel ou total, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

3.6. Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « petits matériels et pansements » est également calculé à partir l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 34 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 34 % également, ainsi que ceux des nutriments spécifiques, des gaz industriels (oxygénothérapie), de la location de matériel à des particuliers,...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements pour l'année 2007⁷.

De même, le prix des « orthèses, prothèses et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des VHP.... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

⁷ « Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

4. Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de la biomédecine
AcBUS : Accord de bon usage des soins
ACP : Autorité de contrôle prudentiel
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : Automatisation DEs Listes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : Affection de longue durée
AMC : Assurance maladie complémentaire
AME : Aide médicale de l'État
AMM : Autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASMR : Amélioration du service médical rendu (médicament)
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : Accidents du travail – Maladies professionnelles
AVQ : Activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CMU-C : Couverture maladie universelle - complémentaire
CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNETH : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : Contribution sociale généralisée
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : Dépense courante de santé
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : Dotation globale hospitalière
DGTPE : Direction générale du trésor et de la politique économique
DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialité
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : Dépense totale de santé

E

ECPS : Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires
EEC : Enquête Emploi en continu
EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPAS : Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ERFS : Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux
ESPS : Enquête Santé et protection sociale
ETP : Équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle
FFI : Médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSE : Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GIR : Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut conseil en santé publique

I

ICM : Indice comparatif de mortalité
IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGN : Institut géographique national
IJ : indemnités journalières
INES : INsee-dreES (modèle de micro-simulation sur les revenus des ménages développé par l'INSEE et la DREES)
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
IP : Institution de prévoyance
IPC : Indice des prix à la consommation (INSEE)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : Institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM : Les entreprises du médicament
LPP : Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : Organismes complémentaires d'assurance maladie
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique
OGD : Objectif global de dépenses
OMAR : Outil de Micro-simulation pour l'Analyse des Restes à charge
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
OQN : Objectif quantifié national

P

PAM : Prise en charge de cotisations d'Assurance Maladie (de professionnels de santé)
PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
PIB : Produit intérieur brut
PJP (ex) : Établissement hospitalier à prix de journée préfectoral
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)
PPA : Parité de pouvoir d'achat
PQE : Programmes de qualité et d'efficience (annexes au PLFSS)
PSCE : Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES
PSPH : Établissement de santé « participant au service public hospitalier »

R

RAC : Reste à charge

RG : Régime général (de l'assurance maladie)

RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SLD : Soins de longue durée

SMR : Service médical rendu (par un médicament)

SMUR : Service médical d'urgence

SNIRAM et **SNIR** : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

SPS : Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSAD : Services de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

TJP : Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : Ticket modérateur

U

UFR : Unité de formation et de recherche

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD : Unité de soins de longue durée

V

VHP : Véhicule pour handicapé physique

VSL : Véhicule sanitaire léger.