

La santé en comptes

Sommaire

- | | | | |
|-------|--|----------|--|
| ■ III | Les comptes de la Sécurité sociale
<i>Des comptes de gestion</i> | XIV | Le compte satellite de la protection sociale |
| ■ VI | Les comptes satellites santé et protection sociale
<i>Des comptes d'analyse économique</i> | ■ XVIII | Tribune |
| VI | Notion de compte satellite | ■ XXIV | Annexes |
| VIII | Le compte satellite de la santé | ■ XXVIII | Bibliographie
Adresses utiles |

Il paraît toujours délicat d'associer la santé à la comptabilité tant le terme renvoie dans la conscience collective à des références qui dépassent les préoccupations gestionnaires, les contingences économiques synonymes trop souvent de contraintes, voire, dans certains pays ou à certaines époques, de rationnement.

Le bien-être individuel, collectif, le maintien d'une bonne santé, la recherche d'une guérison, font partie des objectifs fondamentaux de toute société, de toute organisation économique, de tout système de relations sociales.

L'évolution des sociétés dans ses dimensions démographique, sociale et culturelle se heurte de façon constante aux problèmes de l'adéquation entre besoins et moyens disponibles.

Aucune société ne se situe sur une planète

sans borne et l'économie trouve sa place dans la recherche d'une organisation qui permette un développement des activités, une satisfaction des besoins, dans une harmonie fondée sur les termes d'efficacité et d'équité (termes souvent antagonistes dans la mesure où la recherche du plus grand développement doit être associée à celle de la meilleure répartition possible de richesses obtenues).

Le domaine de la santé n'échappe pas à ce modèle de contrainte. Dépenser plus pour la santé implique en préalable un accroissement des richesses nationales qui permette de dégager un financement suffisant pour rémunérer les structures sanitaires et les professionnels de santé, afin de développer un environnement favorable à l'amélioration de l'état sanitaire.

La croissance économique que les pays

développés ont connue du milieu des années 50 au début des années 70, leur a permis de constituer un système sanitaire et un système de protection sociale qui progressivement ont tenté de répondre aux besoins de leurs sociétés. Actuellement ces systèmes sont arrivés à une certaine maturité. Cependant, l'évolution des structures a induit très rapidement une expression très forte de la demande de soins, légitimée non seulement par la revendication permanente d'un droit à la santé, mais aussi par le sentiment collectif d'appartenir à une société où le progrès économique était conçu jusqu'ici comme un phénomène inéluctable.

Le développement d'une récession importante, que l'on peut imaginer de longue haleine, pose avec acuité le problème de l'adéquation des moyens disponibles aux besoins et remet en question les revendications sociales en matière de protection sociale voire d'accès aux soins. Les systèmes de santé des pays développés entrent ainsi dans une crise de maturité accentuée par la pression des contraintes extérieures.

L'intrusion de l'économie dans le domaine de la santé se fait de plus en plus prégnante. Il est indispensable actuellement de suivre au plus près les équilibres gestionnaires des organismes de Sécurité sociale en charge de l'assurance maladie, d'analyser les causes de déficits en relation non seulement avec les tendances inflationnistes spécifiques du système de soins mais aussi en relation avec une conjoncture économique fortement marquée par le chômage.

Il est indispensable également de situer l'évolution du système de santé dans l'évolution globale des activités économiques :

d'une part pour apprécier la proportion des richesses nationales que la société est capable de consacrer à la santé sans contraindre d'autres domaines d'intervention sociale (environnement, éducation, logement), ce qui à la limite irait à l'encontre d'une amélioration de l'état sanitaire ; d'autre part pour analyser dans quelle mesure les choix opérés en faveur de tel ou tel programme, telle ou telle procédure thérapeutique, privilégient certaines minorités au détriment du plus grand nombre. Nous sommes ici dans un domaine qui dépasse le propos des comptes économiques mais qui aborde le problème délicat de l'évaluation et de ses implications au niveau de la confrontation *efficience et équité*.

Le thème de « la santé en comptes » propose de présenter les instruments mis en place dans le cadre institutionnel français afin de répondre à ces interrogations qui actuellement atteignent un degré certain de gravité.

Les comptes de la Sécurité sociale constituent l'analyse gestionnaire des organismes de Sécurité sociale. C'est l'outil indispensable pour les pouvoirs publics et les partenaires sociaux dans leur mission de garantie d'équilibre des finances publiques et de pilotage de la Sécurité sociale.

Les comptes satellites de la santé et de la protection sociale s'inscrivent dans une analyse plus économique. Le premier a pour objet l'analyse des processus de production, de consommation et de financement des activités liées à la santé et de leur place dans l'économie générale.

Le second constitue par son approche des prélèvements sociaux et des prestations versées par l'ensemble du système de protection sociale une base de réflexion sur les mécanismes de redistribution.



Les comptes de la **Sécurité sociale**

Des comptes de gestion

Les comptes de la Sécurité sociale analysent l'évolution des dépenses, des recettes et donc des soldes pour l'ensemble des risques que couvre notre système de Sécurité sociale. Parmi ceux-ci, ce sont essentiellement les risques maladie, maternité et accidents du travail qui concernent des prestations de santé : soins remboursés et programmes de prévention financés par les différents régimes.



Les comptes

de la Sécurité Sociale

Pour quoi ?

Évaluer les soldes (recettes diminuées des dépenses) des différentes « branches » de l'ensemble de la Sécurité sociale.

Permettre aux pouvoirs publics et aux partenaires sociaux de « piloter » la gestion de la Sécurité sociale.

Comment ?

En comptabilisant, branche par branche, puis régime par régime l'ensemble des recettes, cotisations et autres, et l'ensemble des dépenses, prestations et autres.

En évaluant l'impact, à court terme, de l'évolution de certaines grandeurs économiques (essentiellement la masse salariale) ou l'effet de mesures (le plus souvent de maîtrise de dépenses).

Par qui ?

Préparés par la division des études et statistiques de la direction de la Sécurité sociale au ministère des Affaires sociales.

Présentés deux fois par an par la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Publiés par *La documentation Française*.

Les comptes de la Sécurité sociale ont pour objet d'analyser annuellement les soldes, entre recettes et dépenses, des différentes branches composant l'ensemble de la Sécurité sociale sur la base des comptes des différents régimes gérant les risques légalement couverts.

À partir de comptes définitifs sont élaborés des comptes prévisionnels, à l'horizon de deux ans, sur la base des résultats enregistrés et des projections concernant les grandeurs économiques nationales (évolutions prévues du produit intérieur brut (PIB), de la masse des salaires, de l'emploi, des prix). Une confrontation entre résultats effectifs et prévisions est présentée à chaque réunion de la Commission des comptes.

Les bases d'élaboration des comptes de la Sécurité sociale

Les comptes de la Sécurité sociale sont élaborés à partir du schéma général d'organisation administrative et financière de notre système de Sécurité sociale.

Branches et régimes

Les comptes de la Sécurité sociale analysent les résultats comptables des différents régimes de

Les branches

Maladie
Accident du travail
Maternité
Invalidité
Vieillesse
Décès
Familie

Les opérations

(régime général)

Recettes

Cotisations des assurés
Cotisations des employeurs
Cotisations prises en charge par l'État
Impôts et taxes affectées
Transferts reçus d'autres régimes
Subventions de l'État

Dépenses

Prestations
Prestations de services sociaux
Gestion administrative
Action sanitaire et sociale
Contrôle médical
Fonds de prévention
Transferts à d'autres régimes

notre système de Sécurité sociale, ainsi que ceux des différentes branches qui le composent.

Les risques sont regroupés en branches dont l'ensemble représente les domaines d'intervention des organismes gestionnaires.

Ces branches sont gérées par les divers régimes de notre dispositif de Sécurité sociale qui couvrent une certaine population. Le principal est représenté par le régime général qui est constitué par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (qui gère les assurances maladie, maternité, accidents du travail, invalidité), la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'allocation familiale.

Chaque régime est autonome et doit assurer son propre équilibre de gestion. Il existe cependant une compensation démographique pour les régimes défavorisés dans le rapport actifs sur cotisants.

Les opérations analysées

Les comptes présentés lors des deux réunions semestrielles de la commission constituent une synthèse par régimes et branches des diverses opérations réalisées dans le cadre de la gestion des prélèvements et prestations.

Il s'agit ici de présenter recettes et dépenses afin d'en dégager et d'analyser le solde qui ressort de leur confrontation.

Les deux grands postes qui apparaissent en recettes et dépenses sont respectivement les cotisations et les prestations qui constituent le substrat de l'activité de gestion des régimes.

Prestations relatives aux soins de santé

Quatre branches ont pour vocation de verser des prestations en nature et en espèces au titre d'une affection de l'état de santé.

- L'assurance maladie verse des prestations dites « en nature » (remboursement des soins) aux assurés ayant à payer des services médicaux et paramédicaux, des médicaments à l'occasion d'une maladie. Par ailleurs, elle compense la perte de salaire occasionnée par un arrêt maladie en versant des prestations en espèces (indemnités journalières).

- L'assurance maternité verse le même type de prestations mais avec des modalités plus favorables (remboursement intégral des frais médicaux).

- L'assurance invalidité compense partiellement la perte de ressources, en principe définitive, résultant d'une incapacité de travail dont la cause n'est pas professionnelle.

- L'assurance accidents du travail couvre les travailleurs « dépendants » ; elle rembourse intégralement les frais médicaux directement liés à l'accident et verse des prestations en espèces pour invalidité.

L'assurance maladie proprement dite représente actuellement environ 31% des dépenses de prestations sociales, et 80% en sont assumées par le régime général.

Si l'on considère les quatre branches versant des prestations liées à une altération de l'état de

Ensemble des prestations versées par la CNAM

Chiffres

	1992	1993 prévisions	1994 prévisions
Maladie	379 358	402 017	418 730
Maternité	19 715	20 059	20 540
Invalidité	14 844	15 452	15 636
Décès	863	821	823
Maladie, maternité, invalidité, décès	414 780	438 349	455 729
Accidents du travail	32 848	32 410	33 566
Ensemble	447 628	470 759	489 295

santé, la proportion des dépenses effectuées à ce titre représente 40 % des dépenses de Sécurité sociale.

Par ailleurs, en dehors de ces prestations, le Fonds d'action sanitaire et sociale verse au titre des branches maladie et accidents du travail des subventions à des organismes extérieurs, des prestations supplémentaires (pour le thermalisme notamment) et finance des actions de réinsertion des handicapés et d'éducation sanitaire.

Enfin, le Fonds national de prévention (FNPEIS) finance des programmes de lutte contre les fléaux sociaux, de transplantation et greffes d'organes.

L'analyse des comptes dans le cadre économique général

Les comptes des différents régimes sont directement influencés par l'état de la conjoncture économique. L'analyse des soldes doit prendre en considération l'impact de facteurs généraux sur les recettes et les dépenses. En outre, les prévisions effectuées sur le court terme doivent intégrer l'évolution attendue de certaines grandeurs économiques et l'incidence de mesures éventuelles tendant à maîtriser la dérive des dépenses.

Parmi les grandeurs économiques, l'évolution de la masse salariale constitue l'un des facteurs les plus déterminants de l'équilibre financier des régimes de Sécurité sociale. Elle sert en effet d'assiette aux cotisations qui forment la majeure partie de leurs recettes.

On peut préciser que cette évolution intègre d'une part celle des niveaux de salaires et celle du volume qui représente l'évolution de la masse salariale hors incidence de l'inflation. Or, il est intéressant d'analyser l'effet volume dans la mesure où il représente d'une part l'évolution du pouvoir d'achat du salaire moyen par individu et d'autre part celle du nombre de salariés actifs cotisants. Cette évolution en volume de la masse salariale reflète, en fait, l'incidence de la croissance économique sur l'accroissement ou la diminution de l'embauche ainsi que sur l'évolution des salaires. Elle peut être rapprochée de celle des richesses nationales représentées par le produit intérieur brut (PIB) afin d'analyser les écarts éventuels entre ces deux grandeurs. Cette confrontation permet



Commission des comptes de la Sécurité sociale

La commission des comptes de la Sécurité sociale est présidée par le Ministre des Affaires sociales.

Elle est composée de 47 membres :

- 8 parlementaires (4 députés et 4 sénateurs),
- un représentant du Conseil économique et social,
- un représentant de la Cour des comptes,
- 12 représentants des organisations professionnelles, syndicales et sociales,
- 12 représentants des organismes de Sécurité sociale,
- 7 représentants des professions de santé et établissements de soins,
- 6 personnes qualifiées.

Elle est assistée d'un secrétaire général qui est chargé de la présentation des comptes. C'est actuellement M. Jean Marmot, conseiller-maître à la Cour des comptes.

La commission des comptes de la Sécurité sociale se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président, le Ministre.

Décret n° 87-441 du 23 juin 1987 modifiant le code de la Sécurité sociale et relatif à la commission

d'apprécier l'impact relatif de la croissance économique générale sur la situation comptable des régimes de protection sociale.

L'effet des mesures destinées à maîtriser les dépenses, par exemple le déremboursement de certaines prestations, doit être évalué en fonction de l'incidence mécanique qui en résultera et de leur impact sur les comportements des agents, prestataires de services ou consommateurs. À cette fin, on s'appuie sur une évaluation rétrospective fondée sur la comparaison entre les tendances de moyen terme, des résultats obtenus et sur une évaluation prospective tendant à mesurer l'effet de dispositions prévues ou envisageables dans le cadre de modèles de régulation.

Ainsi, les comptes de la Sécurité sociale dépassent leur aspect purement gestionnaire pour s'intégrer dans une analyse conjoncturelle générale. Ils acquièrent de cette façon un rôle de pilotage d'une politique sociale en situant le système de protection sociale français dans ses relations institutionnelles avec l'ensemble des activités économiques. ■



Les comptes satellites

santé et protection sociale

Des comptes d'analyse économique

En tant que compte satellite de la comptabilité nationale, le compte de la santé est, par définition, le compte d'analyse économique du champ de la santé : il s'attache à décrire des flux économiques entre agents dans les processus de production, de consommation et de financement. Mais l'approche institutionnelle retenue pour délimiter son champ d'analyse limite celle-ci aux interventions des structures du système de santé. Le compte de la protection sociale, lui, couvre un champ beaucoup plus vaste que la santé : son intérêt réside dans l'analyse des transferts induits par la gestion des prestations et des cotisations de notre vaste dispositif de protection sociale.

Notion de compte satellite

L'objet d'un compte satellite est d'analyser un domaine particulier de la vie économique et sociale. « L'élaboration de comptes satellites est conçue comme un moyen de structurer progressivement l'ensemble des informations quantitatives relatives à un domaine particulier pour former un système cohérent de connaissance et d'analyses économique et sociale ». (*Insee collections*, série C n° 44-45).

Un compte satellite est relié du point de vue conceptuel au cadre central de comptabilité nationale qui analyse l'ensemble des activités économiques : il en constitue une approche complémentaire. Il est fondé sur la notion de fonction collective que l'on peut définir comme un ensemble d'activités déterminées à la réalisation d'un objectif (santé, protection sociale, éducation, logement...). Il permet ainsi d'évaluer et d'analyser le comportement des

unités de production (entreprises) de consommation (ménages) par rapport à telle ou telle fonction. Par ailleurs, il tente d'appréhender l'intervention des pouvoirs publics par l'appréciation de leurs dépenses directes (investissements, rémunérations) ou de transferts (prestations sociales, subventions...).

La présentation d'un compte satellite doit permettre d'illustrer les spécificités qu'il comporte par rapport aux principes d'analyse du cadre central de comptabilité nationale. Cependant le degré de précision et l'analyse spécifique du domaine considéré présentés par un compte satellite conduisent à certaines distorsions avec le schéma proposé par le cadre central. Cette situation est due à plusieurs raisons :

- l'objet de l'analyse est différent : les pré-occupations des gestionnaires des différents domaines appréhendés par les comptes satellites correspondent à des fonctions : santé, protection sociale, éducation alors que la comptabilité nationale se fonde sur l'analyse de produits et de branches (unités de production homogène produisant le même produit) ;
- les nomenclatures d'activités, d'opérations du cadre central ne permettent pas toujours

d'isoler celles qui caractérisent la fonction étudiée par le compte satellite ;

- les dépenses qui financent ces activités sont souvent difficilement isolables ;
- le compte satellite identifie les productions effectuées à l'intérieur d'un secteur qui ne font pas l'objet d'une réalisation sur le marché (médecine du travail), ce que le cadre central ne fait pas.

Les différents comptes satellites doivent répondre à des questions communes sur la base d'agrégats communs qui expriment les grandeurs caractéristiques de l'activité économique du domaine considéré : consommation, dépense nationale... Les questions, définies par la base 1980 du Système européen de comptabilité nationale (SECN), sont schématisées par les interrogations suivantes : qui produit ? qui finance ? qui bénéficie ?

Ce schéma doit articuler les flux économiques du domaine étudié entre les acteurs qui s'insèrent dans les processus de production, de financement et de consommation.

Le champ d'analyse d'un compte satellite se définit en fonction :

- d'une production ;
- d'une dépense ;
- d'un financement ;
- de bénéficiaires.

La production est réalisée par les activités caractéristiques (dans le compte de la santé : soins hospitaliers, services de médecins).

La dépense concerne non seulement les produits caractéristiques mais aussi les biens et services connexes correspondant à des consommations que l'on peut qualifier de secondaires (assurances automobiles pour le domaine des transports, livres et fournitures scolaires pour le domaine de l'éducation, médicaments pour celui de la santé) et les transferts spécifiques (subventions).

Le financement de la dépense par les unités institutionnelles du domaine est analysé en financement final et financement initial. Le premier correspond aux flux constituant les ressources de l'ensemble des producteurs. Les ménages sont financeurs finals dans le compte de la santé pour l'achat des biens et services médicaux. Le second correspond aux opérations des unités qui supportent réellement la charge définitive en versant des transferts au financeur final. Le financeur initial fournit au financeur final les moyens de réaliser son financement. Ainsi dans le compte de la santé, on

trouve trois financeurs initiaux de la dépense nationale : les ménages pour la partie non remboursée, les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles qui versent des prestations sociales. Ainsi également, dans le compte de la protection sociale les régimes de Sécurité sociale sont des financeurs finals, les entreprises et salariés sont financeurs initiaux.

Le terme de bénéficiaires peut qualifier des agents ou des secteurs institutionnels. Dans le compte de la santé on trouve par exemple les ménages qui bénéficient de la consommation médicale, la prévention, le système de soins en ce qui concerne la recherche et la formation (leurs dépenses sont effectuées « en faveur » du système) et la gestion. Dans le compte de l'éducation, les élèves sont bénéficiaires mais le système d'éducation bénéficie également des dépenses de recherche et formation. ■

1

Cadre central de la comptabilité nationale et comptes satellites

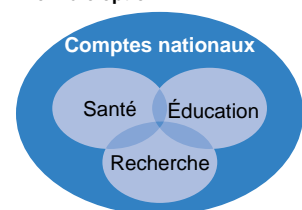
Les relations telles qu'elles sont actuellement conçues entre le cadre central de comptabilité nationale et les comptes satellites résultent d'un choix méthodologique.

Une première option pouvait consister en l'intégration de l'analyse des domaines concernés par les comptes satellites dans le cadre des comptes nationaux. Si cette option a l'avantage de présenter une cohérence parfaite entre les deux instruments d'analyse, elle n'en comporte pas moins l'inconvénient de réduire la spécificité de l'analyse du compte satellite.

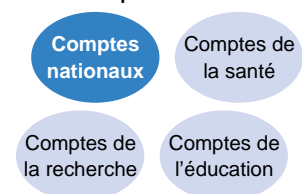
Une deuxième option pouvait s'orienter vers des comptes satellites complètement spécifiques et autonomes mais au prix de la cohérence avec les catégories des comptes centraux.

La solution adoptée finalement est intermédiaire à ces deux positions extrêmes. Un compte satellite n'est pas intégré au cadre central mais lui est relié par deux types de liens : l'utilisation de concepts et nomenclatures en partie communs, la mise en œuvre de règles d'évaluation concordantes. L'ensemble de ces liens se traduit par un certain nombre de chiffres communs.

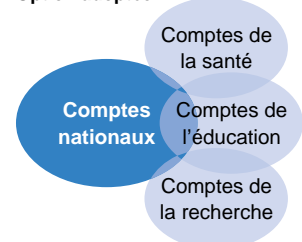
Première option



Deuxième option



Option adoptée



Le compte satellite de la santé

L'objectif du compte satellite de la santé est de nature économique. Il s'agit de présenter une explication des relations entre prestataires de services médicaux, patients et institutions dans les processus de production des soins, de consommation et de financement.

La problématique proposée se situe à l'intérieur d'un champ d'analyse dont les limites sont fixées en fonction de certains critères. L'analyse économique de la santé pourrait inté-

grer, comme facteurs concourant à l'amélioration sanitaire, des activités extérieures aux structures de soins telles que celles relevant de certaines productions alimentaires, ou de protection de l'environnement ; la complexité d'une telle orientation conduit à un choix plus réduit fondé sur des critères de structures directement liés à l'activité médicale.

Le champ de l'analyse économique de la santé

La délimitation du champ résulte de choix conceptuels. Elle s'appuie sur le critère de la mise en œuvre de moyens spécifiques, plus ou moins liés aux techniques médicales éventuellement de manière indirecte, mise en œuvre ayant pour objet la prévention et le traitement d'une altération de l'état de santé. Sont exclues les actions visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement quand elles n'ont pas une visée explicitement et principalement sanitaire.

Cette conception est en fait d'ordre institutionnel : elle considère la santé institutionnellement reconnue par les pouvoirs publics et les professionnels. Sont donc analysés ici les impacts économiques des traitements médicaux et de la prévention induits par la mise en œuvre de moyens et personnels médicaux.

Sur un plan plus pragmatique, le problème se pose de cerner dans certaines activités ce qui revient à la santé, de distinguer la mise en œuvre de moyens pour les soins et la prévention de celle relevant d'autres préoccupations. Ainsi pour les hospices, maisons de retraites et établissement médico-sociaux, il n'est pas toujours immédiat de faire le partage entre fonction sanitaire et fonction sociale. Le critère de délimitation se fonde sur l'existence de soins médicaux, mais leur insertion dans les services d'hébergement rend malaisé son application. Par ailleurs, la formation des personnels médicaux, la recherche peuvent être financées par d'autres activités relevant du domaine de la santé (vente de soins hospitaliers, de produits pharmaceutiques) ; on considère dans ce cas que ces activités seront reprises pour elles-mêmes lorsqu'elles ont un financement identifiable ; dans le cas contraire elles resteront intégrées aux activités médicales au titre desquelles elles sont financées.



Le compte de la santé

Compte ou comptes ?

Le terme *compte de la santé* renvoie au concept de compte satellite dans la Comptabilité nationale. Le pluriel (*comptes nationaux de la santé*) renvoie aux résultats présentés.

Pour quoi ?

Analyser les processus de *production, consommation et financement* dans le domaine de la santé.
Situer la place des activités liées à la santé dans l'économie générale.

Comment ?

À partir de nomenclatures d'*agents, d'opérations, d'activités et de produits* et d'agrégats (la consommation médicale totale, la dépense courante de santé) adaptés à l'analyse spécifique de la fonction collective *santé*.
Au travers des tableaux croisés qui analysent les flux économiques.

Par qui ?

Élaborés par les Services des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) du ministère des Affaires sociales.
Présentés par la Commission des comptes de la santé une fois par an.
Publiés par *La documentation Française*.

Les spécificités de l'analyse

Le cadre central de la comptabilité nationale conduit son analyse en fonction de nomenclatures d'agents économiques (producteurs, consommateurs, financeurs), d'opérations économiques et de produits. Chacune de ces nomenclatures est reprise par le compte de la santé mais sous des formes adaptées à l'appréhension particulière de la fonction santé, de l'organisation des processus de décision, production, consommation et financement (cf. annexes). De façon synthétique, on peut présenter l'architecture du compte de la façon suivante :

Les agents

Trois types d'agents sont distingués : les agents de production (médecins, hôpitaux...) ; les agents de financement (régimes d'assurance maladie, de protection complémentaire, État et collectivité locales) ; les bénéficiaires (essentiellement les ménages).

Ils correspondent à ceux du cadre central de comptabilité nationale. Cependant ils sont utilisés par le compte de la santé dans l'exercice d'une fonction particulière : production, financement, consommation de biens et services de santé. Ainsi, les ménages par exemple : dans le cadre central il s'agit d'unités de consommation ; dans le compte de la santé ils sont considérés comme bénéficiaires, donc consommateurs, mais aussi comme producteurs et financeurs.

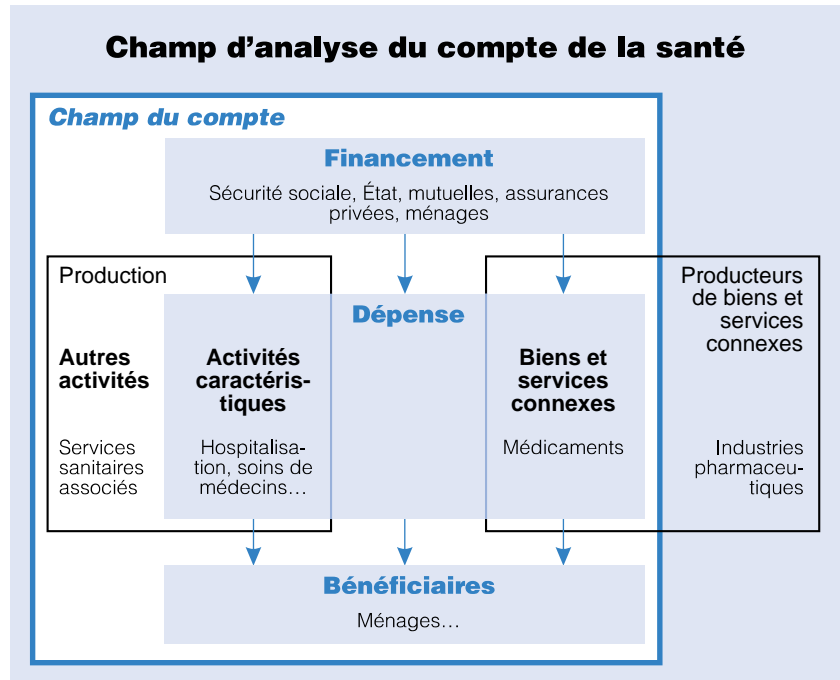
Les opérations

On distingue, comme dans les comptes centraux, des opérations de consommation, des opérations de production, des opérations de financement.

À titre d'exemple, la consultation que donne un médecin, une vaccination dans un dispensaire sont des opérations de production ; l'achat d'un médicament, le fait de consulter chez un médecin ou à l'hôpital sont des opérations de consommation ; le remboursement de frais médicaux par l'assurance maladie ou le paiement du ticket modérateur par le patient sont des opérations de financement.

Certaines opérations décrites correspondent à un flux économique interne à une unité de production (médecine du travail).

Champ d'analyse du compte de la santé



La commission des comptes de la santé

La commission des comptes de la santé a été créée par arrêté* :

« Il est institué une commission des comptes de la santé qui analysera les emplois et les ressources du système de santé, en vue notamment :

« a) d'établir des comptes annuels rétrospectifs permettant d'étudier les différents circuits qu'empruntent les dépenses de santé, les besoins qu'elles expriment, les services qu'elles rémunèrent et les catégories sociales à qui elles bénéficient ;

« b) d'évaluer l'incidence du système de santé sur l'évolution de l'économie. »

Elle se réunit une fois par an et est composée de 48 membres :

• 12 représentants de l'administration (Santé et Sécurité sociale, Économie et budget, Agriculture) ;

• 18 représentants d'organismes nationaux publics ou privés (caisses d'assurance-maladie, organisations professionnelles de médecins, Centre national des professions de santé, organismes représentants les établissements hospitaliers...);

• le secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale ;

• le commissaire au plan ou son représentant ;

• 14 personnalités nommées pour trois ans ;

• un président et un vice-président nommés par arrêté.

Son président actuel est Émile Lévy, professeur à l'université Paris IX Dauphine. Elle bénéficie de la collaboration d'un secrétaire général, actuellement Jean Deramont du SESI.

* Arrêté du 19 août 1970 modifié par les arrêtés du 13 août 1971, du 1^{er} avril 1974, du 4 juillet 1980 et du 11 décembre 1987

Les activités et les produits

La nomenclature d'activités se fonde sur la notion d'unités de production : établissements hospitaliers, cabinets libéraux... Elle a pour objectif l'analyse des activités des structures sanitaires.

Les activités caractéristiques sont représentées par les soins médicaux et paramédicaux (de ville ou d'hospitalisation), les achats de biens médicaux (pharmacie, orthopédie, lunetterie) ; elles comprennent également l'enseignement, la recherche médicale, la prévention collective et la gestion des prestations maladie par les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles. Par contre les activités de production de l'industrie pharmaceutique ne sont pas comprises dans les activités caractéristiques du domaine : il a été considéré que leurs opérations économiques et leurs structures de production se réfèrent plus à des préoccupations de nature industrielle.

La nomenclature de produits regroupe les services et biens médicaux fournis par les unités de productions : par exemple une intervention chirurgicale, une consultation médicale, une vaccination, un soin à domicile...

Un tableau croisant les activités (des hôpitaux, des cabinets libéraux...) et les produits permet de déterminer ce que les unités de production fournissent en services et biens médicaux au titre de la consommation (voir tableau ci-dessous).

Certaines activités, regroupées dans le cadre central pour des raisons de logique industrielle et économique, doivent être traitées spécifiquement : ainsi les médicaments pour la médecine humaine et vétérinaire sont regroupés dans le cadre central ; seuls les premiers sont repris dans le compte de la santé. Enfin, on distingue les activités médicales associées qui correspondent aux activités non marchandes de santé de sociétés et institutions (médecine du travail des entreprises et des administrations, service de santé des armées, médecine pénitentiaire).

Les agrégats utilisés

Le compte de la santé adapte les agrégats du cadre central à l'analyse spécifique de la fonction santé.

La consommation médicale totale

Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain (par des résidents et des non résidents) pour la satisfaction des besoins individuels.

Elle se compose de la consommation de biens et services médicaux fournis sous forme marchande ou non marchande et de la consommation de services de médecine préventive.

La consommation sous forme marchande correspond à l'achat de biens et services auprès de prestataires tels que médecins, auxiliaires, laboratoires d'analyses, dentistes...

La consommation non marchande est une notion associée à une offre de biens et services organisée et financée par une administration ou une entreprise de façon collective (hospitalisation financée par un budget global pour les administrations, service de santé des armées, médecine scolaire, médecine du travail pour les entreprises).

La consommation médicale totale de soins et de biens médicaux est la somme de deux agrégats dont on trouve les équivalents dans le cadre central : la consommation finale des mé-

T Consommation de biens et services médicaux

Activités	Hôpitaux	Cabinets libéraux Dispensaires	Officines de pharmacie	Administration	Entreprises
Produits					
Soins hospitaliers	●				
Soins ambulatoires	●*	●			
Commerce de biens médicaux			●		
Services médicaux associés				●	●

* Consultations externes

On remarque que la consommation de médicaments n'apparaît qu'au croisement de l'activité des officines et du produit du commerce de détail car on considère que l'hôpital dispense dans son activité de soins des spécialités pharmaceutiques.

nages et la consommation finale des administrations publiques.

Les évaluations de ces différents postes sont exprimées en valeurs et présentées dans le cadre de séries temporelles qui donnent lieu à l'établissement d'indices d'évolution en valeur et en volume.

Ce dernier concept correspond en fait à une évaluation de la consommation hors effet prix. L'évolution en volume exprime donc l'évolution des quantités et de la qualité des services et biens acquis (voir encadré ci-contre).

La consommation médicale peut être également présentée en fonction des activités et des produits (voir encadré page X).

La dépense courante de santé

Elle mesure l'effort financier consacré au cours d'une année au titre de la santé par l'ensemble des agents.

Elle correspond au financement :

- de la consommation médicale totale ;
- des indemnités journalières ;
- des activités en faveur du système de soins (enseignement, recherche) ;
- des activités de prévention collective ;
- des activités de gestion.

Elle est présentée selon les différentes activités financées, en montants et structures (voir encadré ci-contre).

Le financement de la dépense de santé

L'analyse du financement est réalisée en fonction des différentes dépenses de santé et des différentes opérations de financement effectuées par les secteurs de financement.

Les secteurs de financement

Ils correspondent aux organismes qui assument en dernier recours les dépenses de santé, soit :

- l'État pour le financement de la recherche, de la prévention, de l'enseignement ;
- la Sécurité sociale qui verse les prestations en nature et en espèces ;
- les mutuelles qui jouent un rôle de financeurs complémentaires de prestations ;
- les assurances privées ;
- les administrations privées qui financent l'enseignement ;
- les ménages à qui revient le paiement qui n'a pas été pris en charge par les différents organismes cités.



Consommation médicale totale

	Valeurs (milliards de francs)			Taux d'évolution (pourcentage)		
	1990	1991	1992	90/89	91/90	92/91
Soins hospitaliers et en sections médicalisées*	257	270	288	8,1	5,4	6,5
Soins ambulatoires	155	166	176	7,1	7,1	6,1
Transports de malades	7	8	9	15,0	12,5	9,8
Médicaments	96	103	109	7,0	6,7	6,3
Prothèses	13	15	17	17,9	13,3	10,6
Consommation de soins et de biens médicaux	528	562	599	7,9	6,4	6,5
Médecine préventive	12	12	13	5,9	5,7	5,9
Consommation médicale totale	540	574	612	7,9	6,4	6,5

*(publics et privés)



Dépense courante de santé en 1992

	Montants (milliards de francs)	Structure (pourcentage)
Dépenses pour les malades	650	94,1
Soins et biens médicaux	600	86,9
Aide aux malades*	42	6,1
Subventions au système de soins	8	1,1
Dépenses de prévention	16	2,3
Dépenses en faveur du système de soins	25	3,6
Recherche médicale et pharmaceutique	22	3,2
Formation	3	0,4
Dépenses de gestion générale	10	1,5
Double compte**	-11	-1,5
Dépense courante de santé	690	100,0

* Indemnités journalières ** Dépenses de recherche pharmaceutiques financées (en partie) par la vente des médicaments

Les opérations de financement

Le financement est exprimé en fonction des opérations diverses par lesquelles les institutions et ménages prennent en charge financièrement les différentes activités caractéristiques du domaine de la santé (voir encadré ci-dessous, on trouvera en annexe le tableau analysant la dépense nationale de santé en fonction des opérations de financement en valeurs).

- Les prestations sociales dans lesquelles on distingue les prestations en nature qui correspondent à des remboursements, et les prestations en espèces qui constituent des revenus de remplacement.
- Les subventions et transferts qui correspondent, dans le domaine de la santé, à :
 - la dotation globale versée aux établissements hospitaliers publics par la Sécurité sociale (ces établissements ne sont plus financés par la « vente » de journées, la rémunération des ac-

tivités est effectuée *a priori* et ne « suit plus le malade ») ;

- les subventions de l'État et de la Sécurité sociale à des cliniques privées.
 - Les dépenses courantes qui correspondent aux dépenses de fonctionnement des services de médecine préventive, de prévention collective d'organismes de recherche, d'établissements d'enseignement et d'organismes de gestion.
 - Les débours des ménages qui constituent la participation financière des particuliers aux dépenses de soins et aux frais de scolarité de l'enseignement médical.

Mesurer la santé ?

Le schéma d'analyse présenté dans les développements précédents a pour objectif d'insérer les agents économiques du domaine, les activités sanitaires et leurs produits (ou résultats) dans une approche qui puisse rendre compte de la dimension économique de la santé du point de vue des relations entre institutions, professionnels, bénéficiaires et de son impact sur l'économie nationale.

La question se pose de savoir dans quelle mesure le compte de la santé réussit à atteindre cet objectif.

On peut faire observer tout d'abord que la détermination du champ de la santé adoptée limite l'analyse à sa dimension institutionnelle. Sont étudiées ici les relations entre production de soin, consommation, financement.

L'impact des facteurs appartenant à d'autres secteurs n'intervient pas dans l'analyse. Or, la santé se trouve impliquée dans la plupart des activités économiques et sociales. En limitant le champ de la santé aux activités médicales et aux comportements des patients, on a choisi un cadre

T

Financement de la dépense de santé

Financements	Prestations sociales	Dotation globale	Subventions	Dépenses courantes	Assurances privées	Ménages
Dépenses						
Soins et biens médicaux*	•	•			•	•
Aide aux malades**	•					
Dépenses pour les malades	•	•			•	•
Prévention	•			•		
Recherche médicale				•		
Formation			•	•		•
Gestion				•		
Dépense courante de santé	•	•	•	•	•	•

* Hôpitaux, soins ambulatoires, biens médicaux ** Indemnités journalières

d'analyse qui peut s'intégrer dans celui plus global de la comptabilité nationale. Ainsi, l'activité des différents agents économiques concernés est étudiée du point de vue du système de production des soins.

Cette remarque suggère un autre type d'interrogation. Il est en effet légitime de savoir quelle est la nature des résultats obtenus par la mise en œuvre des structures sanitaires et des structures de financement composant le système de santé.

Or, que mesure-t-on dans le compte de la santé ? On évalue en fait les productions et consommations des différents services : services de médecin, d'hôpitaux... On s'aperçoit à la lecture des tableaux que les évaluations présentées sont des évaluations d'unités de production.

On n'aborde pas de ce fait l'analyse d'un produit homogène telle que peut le proposer l'analyse de branches de la comptabilité nationale. L'homogénéité des produits est en fait induite par l'unité de production, ce qui fausse totalement l'analyse.

Le compte de la santé est ainsi beaucoup plus un instrument d'analyse des structures du système de santé que des résultats.

Par ailleurs on peut être tenté de dépasser les objectifs définis dans la présentation méthodologique des comptes : « mesurer les masses financières globales mises en jeu dans le domaine, structurer les données sur les résultats et les bénéficiaires des actions entreprises, analyser l'organisation de la production et son financement. » Cette optique correspond bien à l'analyse des structures évoquées ci-dessus en limitant le champ d'investigation à une évaluation de l'activité des unités de production.

Ceci étant, la question des résultats reste entière. Est-ce un résultat que de dispenser des consultations, d'effectuer des interventions chirurgicales... ou de prendre en charge financièrement les dépenses médicales ?

Le résultat du système de santé n'est-il pas l'amélioration de l'état de santé ? En ce cas l'intégration de la notion de maladie devrait s'imposer. Dans une problématique d'analyse économique cette proposition reviendrait à évaluer les ressources affectées à telle ou telle maladie. Les croisements activités produits seraient établis non plus dans l'optique d'une évaluation de la consommation, de la dépense mais dans celle de structures sanitaires affectées au traitement et à la prévention. ■

Chiffres

Les comptes de la santé

en quelques chiffres (1992)

	Valeurs (milliards de francs)	Part du PIB	Part de la consommation des ménages
Consommation médicale totale	612,4	8,3	12,5
Consommation de soins et de biens médicaux	599,4	8,6	12,3
Consommation de médecine préventive	13,0	n. s.	n. s.
Dépense nationale de santé	690,2	9,4	—

Source : comptes de la santé, 1993



Dépense de santé et financement

dans les pays de l'Union européenne en 1991

	Part de la dépense nationale de santé dans le PIB	Part du financement public de la dépense nationale de santé
Allemagne*	8,5	71,8
Belgique	7,9	88,8
Danemark	6,5	81,5
Espagne	6,7	82,2
France	9,1	73,8
Grèce	5,2	n. d.
Irlande	7,3	76,9
Italie	8,3	77,5
Luxembourg	7,2	n. d.
Pays-Bas	8,3	73,0
Portugal	6,8	n. d.
Royaume-Uni	6,6	83,2

* Länder de la République Fédérale avant réunification

Source : Éco Santé OCDE, mars 1993

Le compte satellite de la protection sociale

Le compte satellite de la protection sociale a pour objectif d'analyser les mécanismes de redistribution selon lesquels la population résidente bénéficie des avantages sociaux prévus par la loi, et selon lesquels les institutions (régimes de Sécurité sociale, mutuelles, État, collectivités locales, entreprises...) distribuent les prestations correspondant à ces avantages.

Le champ de l'analyse

« La protection sociale comprend la couverture des charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques, dans la mesure où cette dépen-

se donne lieu à l'intervention d'un mécanisme de prévoyance collective qui compense en tout ou partie l'augmentation ou la diminution des dépenses » (*Les comptes satellites*, Michel Braibant, Insee, document de travail, n° D9304).

Les activités caractéristiques du domaine de la protection sociale sont essentiellement des activités de gestion. L'analyse est fondée sur les mécanismes de redistribution décrivant les flux entre cotisations et prestations. C'est autour de ces concepts que sont étudiées les relations économiques entre acteurs concernés.

Le compte de la protection sociale diffère par ses objectifs et par les concepts qu'il utilise du compte de la santé.

Alors que le compte de la santé analyse un ensemble économique où les acteurs procèdent à des opérations de production, consommation, financement, le compte de la protection sociale étudie la gestion des régimes de protection sociale et les revenus sociaux accordés aux ménages. Du point de vue des activités on trouve donc essentiellement les services rendus par les régimes et les transferts ou opérations de répartition sous forme de prestations sociales étudiées en fonction du risque qu'elles couvrent et de leur type (nature ou espèces). La démarche adoptée consiste, à partir de la notion de risque, à analyser la gestion effectuée par les différentes institutions, par les différents régimes de prévoyance et à situer les résultats globaux dans l'activité économique nationale. L'analyse porte notamment sur l'impact des transferts sociaux sur le revenu des ménages.

Ce compte est cohérent, du point de vue des différentes nomenclatures (risques, prestations, institutions) avec le cadre central de la comptabilité nationale. Ainsi, les flux économiques induits par le système de protection sociale sont inclus dans l'analyse économique générale.

Les concepts utilisés

Le compte de la protection sociale analyse des transferts, effectués par le biais de prestations, en fonction de risques gérés par des régimes.

Les risques

Le compte de la protection sociale est fondé sur la notion de risques. Cette notion est définie sur



Le compte de la protection sociale

Compte ou comptes ?

Le terme *compte de la protection sociale* renvoie au concept de compte satellite dans la comptabilité nationale. Le pluriel renvoie aux résultats présentés.

Pour quoi ?

Analyser les *transferts* de revenus effectués par la gestion des *cotisations* et des *prestations* de l'ensemble des régimes de protection sociale.

Comment ?

À partir de l'analyse des emplois, prestations et autres, et des ressources, cotisations et autres, de tous les régimes. En calculant des ratios exprimant l'effort consenti au financement de la protection sociale ou la part de la richesse nationale consacrée à la redistribution.

Par qui ?

Élaborés par le SESI. Publiés par ce service, dans la collection *Études et Statistiques*.

la base du système de protection sociale français. La nomenclature des risques est compatible avec la nomenclature européenne adoptée par l'office statistique des Communautés européennes (sauf pour le logement qui n'est pas considéré en France comme un risque ; les allocations logement sont réparties selon les bénéficiaires entre les risques « famille » et « vieillesse »). Le critère retenu en France pour définir un risque est celui de handicap social, notion qui fonde celle de besoin social. La nomenclature des risques dans les comptes de la protection sociale est plus large que celle des comptes de la Sécurité sociale (voir ci-contre).

Les prestations

Les prestations sociales constituent des avantages accordés aux individus soumis à un risque social. Elles sont de diverses natures.

- Les prestations sociales qui constituent des transferts attribués individuellement sans contrepartie équivalente et simultanée. Concrètement ces prestations correspondent à des versements en espèces, des remboursements d'une dépense déjà engagée, des prises en charge d'une dépense par un tiers-payant. Il existe des prestations légales qui sont rendues obligatoires par la loi et des prestations extra-légales qui sont versées dans le cadre de conventions collectives, d'accords d'entreprises ou encore de politiques locales.

- Les prestations fiscales qui correspondent à des exonérations et réductions d'impôts accordées aux ménages (système du quotient familial, part supplémentaire à certaines catégories sociales...).

- Les prestations de services sociaux qui sont des avantages fournis, sous la forme de services gratuits ou partiellement pris en charge, par une administration en relation avec un risque de la protection sociale (services de santé, d'action sociale...).

Les régimes

Les régimes au sens de la protection sociale sont des organismes ou institutions qui gèrent un système de prévoyance collective sur la base d'un risque social.

Ces institutions ou organismes peuvent avoir une totale autonomie de gestion (régimes de Sécurité sociale, mutuelles) ou être intégrées aux comptes d'un employeur ou d'une admi-

nistration (l'aide médicale par exemple). Les régimes de la Sécurité sociale constituent un sous-ensemble des régimes de la protection sociale.

La nomenclature simplifiée, dont on trouvera le détail en annexe, distingue :

- Les régimes d'assurances sociales :
 - ▶ *les régimes généraux* :
 - régime général de la Sécurité sociale ;
 - régimes d'indemnisation du chômage.
 - ▶ *les fonds spéciaux* :
 - régimes particuliers de salariés ;
 - régimes complémentaires de salariés ;
 - régimes des non salariés non agricoles.
- Les régimes d'employeurs ;
- Les régimes des sociétés mutualistes ;
- Les régimes d'interventions sociales des pouvoirs publics :
 - ▶ *régimes d'aide sociale* ;
 - ▶ *régimes des victimes de guerre*.

Nomenclature

des risques

- Santé
 - Maladie
 - Invalidité, infirmité
 - Accident du travail, maladie professionnelle
- Vieillesse, survie
 - Vieillesse
 - Survie
- Maternité, famille
 - Maternité
 - Famille
- Emploi
 - Inadaptation professionnelle
 - Chômage
- Divers



Champs de la protection sociale

et de la Sécurité sociale

Protection sociale

Sécurité sociale

Régime général de Sécurité sociale

Fonds spéciaux

Régimes directs

Régimes des salariés agricoles

Autres régimes particuliers de salariés

Régimes complémentaires de salariés

Régime des exploitants agricoles

Régime des non salariés non agricoles

Régime d'indemnisation du chômage

Régimes d'interventions sociales des administrations

Régimes d'employeurs

Mutuelles

La protection sociale et son financement

Le financement de la protection sociale est analysé en fonction des emplois (prestations versées au titre des différents risques et les frais de gestion) et des ressources (cotisations de salariés et d'employeurs, impôts et contributions publiques).

Plusieurs ratios macro-économiques sont utilisés pour rendre compte de l'importance relative de la protection sociale.

Le *taux de redistribution* mesure la part de la richesse nationale consacrée à la redistribution ; il est exprimé par le rapport entre le total des prestations et le produit intérieur brut (PIB).

Le *taux de socialisation* des revenus rapporte le total des prestations au revenu brut des ménages.

Ces deux ratios peuvent être exprimés pour chaque risque (santé, famille, emploi, vieillesse...).

Le *taux de pression sociale globale* exprime le rapport entre les cotisations et les impôts à vocation sociale en numérateur, le produit inté-

rieur brut au dénominateur. Il rend compte de l'effort relatif consenti au financement de la protection sociale à partir des richesses produites. Le taux de pression sociale globale se décompose entre le taux élargi de pression sociale qui rapporte le total des cotisations au PIB et le taux de pression fiscale affectée à la protection sociale qui rapporte le total des impôts à vocation sociale au PIB.

Par ailleurs, l'analyse du financement de la protection sociale par les différents régimes est présentée dans le tableau page XVII. On trouve, en lignes, les contributions des différents régimes à la protection sociale, en colonnes, les types de prestations versées classées par grandes catégories d'intervention.

La santé dans les comptes de la protection sociale

Le compte de la protection sociale, se fondant sur l'analyse des transferts sociaux réalisés au titre des différents risques, traite les prestations reprises dans le compte de la santé en distinguant la nature du risque qui donne lieu à leur versement.

Le risque maladie correspond à une détérioration de l'état de santé réversible et susceptible de guérison ; si cette altération n'est pas réversible, on parle d'invalidité ou d'infirmité. Cependant, comme il n'est pas possible de répartir les soins de santé entre la maladie et l'invalidité, on classe conventionnellement les soins de santé reçus par les invalides ou les infirmes dans le risque maladie. Si l'incapacité est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, elle est classée dans le risque accident du travail.

D'une façon générale, les prestations versées au titre du risque maladie couvrent les soins de santé mais aussi les indemnités journalières dans la mesure où elles sont la conséquence d'une maladie entraînant une incapacité.

D'autres prestations relatives à des soins sont versées mais elles sont reprises dans les risques spécifiques ayant entraîné une affection de l'état de santé (risque accident du travail, risque maternité).

Le traitement spécifique effectué par le compte de la protection sociale vient du fait que la base d'analyse est d'ordre institutionnel.

Les comptes de la protection sociale

Chiffres

en quelques chiffres

	Valeurs (milliards de francs)	Taux (pourcentages du PIB)
Ensemble des prestations sociales versées	2 003	
dont au titre de la santé	700	
de la famille	271	
de la vieillesse	856	
du chômage	149	
Taux de redistribution Prestations sociales/PIB		28,7
Ensemble des cotisations sociales perçues	1 614	
Impôts à vocation sociale et contributions publiques	358	
Taux de pression sociale (Cotisations et impôts à vocation sociale)/PIB		23,7



Financement de la protection sociale

Régimes	Prestations sociales					Prestations de services sociaux
	Remplacement de revenu temporaire	Autres prestations occasionnelles	Soins de santé	Action sociale	Autres prestations en nature	
CNAM	●	●	●			●
Régimes directs	●		●			
Régimes spéciaux	●	●	●	●	●	
Régimes complémentaires	●		●		●	
Régimes des non salariés	●		●			●
Régime des salariés agricoles	●		●			●
Régime des exploitants agricoles			●			●
Régimes d'employeurs	●		●			
Mutuelles	●	●	●	●	●	
Régime d'aide sociale		●	●	●	●	
Régime des victimes de guerre			●			
Autres régimes d'intervention			●			

L'objectif est bien d'étudier l'organisation des régimes sociaux et de mesurer l'impact de leurs interventions non seulement dans le domaine de la protection sociale mais également dans l'ensemble du système économique.

Au-delà de la confrontation ressources-dépenses, il s'agit d'appréhender l'insertion des opérations effectuées dans l'analyse macro-économique de l'activité des différents agents : institutions de protection sociale, entreprises, ménages. On est ainsi conduit à analyser l'importance relative de la prise en charge des contributions sociales par chaque catégorie et les modalités selon lesquelles les mécanismes de redistribution s'articulent au sein de l'économie nationale.

L'analyse caractérise bien les relations ins-

tituées entre les agents économiques, entre les institutions d'un pays. Ainsi, les comparaisons internationales permettent bien de spécifier, d'une part, les objectifs prioritaires de chaque pays dans le domaine social et, d'autre part, les modalités d'organisation de la protection sociale (distinction entre charges fiscales et parafiscales, répartition de l'assiette des cotisations entre employeurs et salariés) pour répondre aux besoins sociaux définis institutionnellement.

Ces comparaisons renvoient évidemment aux différences d'ordre idéologique que l'on peut rencontrer dans la conception des différents systèmes sociaux. Les facteurs culturels constituent des déterminants essentiels dans la mise en œuvre et l'évolution des institutions de protection sociale. ■