

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

Millions de francs

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 préoccupations 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

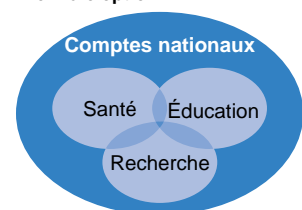
Les relations telles qu'elles sont actuellement conçues entre le cadre central de comptabilité nationale et les comptes satellites résultent d'un choix méthodologique.

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.

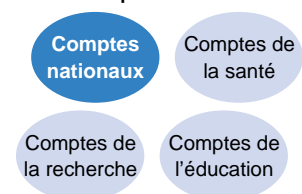
Une deuxième option pouvait s'orienter vers des comptes satellites complètement spécifiques et autonomes mais au prix de la cohérence avec les catégories des comptes centraux.

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.

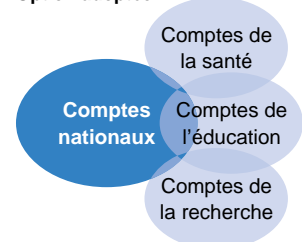
Première option



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.

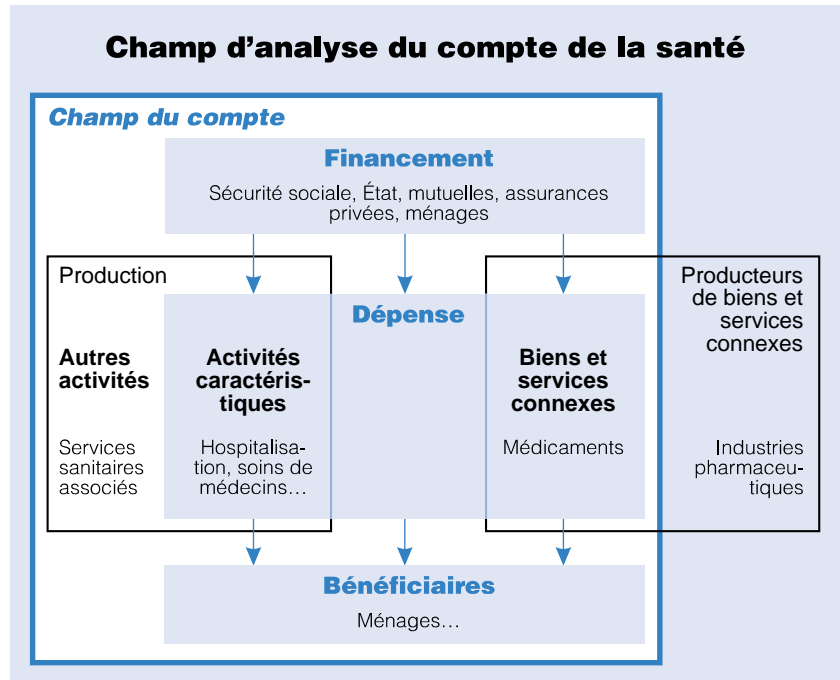
Les opérations

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. ■

Des comptes modèles nécessairement imparfaits

Sur le terrain de la maladie, habité par la souffrance et l'angoisse, classifier, dénombrer et mesurer suscite un malaise : celui de trancher dans le vif d'une réalité dont les dimensions essentielles échappent de toute évidence aux statistiques administratives. Une autre gêne est ressentie en voyant que le domaine attribué au compte de la santé se trouve, de fait, borné à celui des activités liées directement au savoir médical. Nombre d'études n'ont-elles pas montré que les conditions et modes de vie – niveau de revenu, niveau d'instruction, conditions de travail, types de consommation, habitat, ... – sont des facteurs explicatifs de l'état de santé plus importants que l'activité du système de soins ? Dénoncer cet abus de langage ne remet cependant pas en cause le choix sage de délimiter un domaine bien circonscrit et doté d'une cohérence interne, quitte à aller chercher dans d'autres comptes les éléments d'une analyse pertinente des problèmes de santé. Au-delà de ces réticences, hommage doit être rendu aux mérites de ceux qui ont élaboré et mis en œuvre des concepts et des méthodes – qui malgré leurs limites et certaines lacunes – rendent lisibles pour l'analyste et le décideur les activités de lutte contre la maladie.

Des comptes cohérents et complémentaires

La délimitation réductrice du domaine du compte de la santé est en partie compen-

sée par la cohérence de ce compte avec celui de la protection sociale et avec le cadre central de la comptabilité nationale.

Certes, le compte de la santé manque encore sur certains points de données de base. Ainsi l'agrégat le plus large de ce compte ne porte que sur la « dépense nationale *courante* de santé », sans informations sur les investissements ; seul le secteur hospitalier public fait l'objet de comptes de secteur – très simplifiés – précisant sa dépense en capital après avoir donné sa « valeur ajoutée », soit 2,6 % du produit intérieur brut (PIB) en 1992. D'ailleurs, si la valeur ajoutée pouvait être calculée pour tous les fournisseurs de biens et services de santé, la contribution au PIB et à la croissance économique de l'ensemble de la branche santé pourrait être chiffrée. Cette mesure donnerait une vision positive des relations de cette activité avec les principaux agrégats de la comptabilité nationale, présentées habituellement sous l'angle de la part de la « consommation de soins et biens médicaux », soit dans le PIB (8,6 %, en 1992), soit dans la « consommation élargie de la population » (12,3 %).

De plus, le cadrage spatial – le territoire national – se révèle parfois trop global : les problèmes de santé tendent de plus en plus à être traités dans un cadre régional, ainsi qu'en témoigne actuellement l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), ainsi que nombre d'exemples étrangers.

Sans doute certains des manques des comptes satellites peuvent-ils être com-

plétés par les comptes de la Sécurité sociale. Sur la base de catégories strictement administratives et financières, et malgré l'absence de plan comptable commun aux différents régimes de Sécurité sociale, il viennent de progresser en homogénéité et apportent une aide à la décision dans une optique gestionnaire : bilan des recettes et des dépenses, analyse des problèmes de trésorerie pour l'année passée et prévisions pour l'année à venir. Cette approche prospective avec évaluation de semestre en semestre des facteurs qui ont contribué à un écart entre les projections et la réalité constatée apporte un éclairage très utile aux décideurs.

Mais qui sont les bénéficiaires ?

Nombre de problèmes de santé publique sont posés par les épidémiologistes en termes de type de pathologie selon l'étiologie (maladies génétiques...) ou les manifestations cliniques (troubles cardiaques...), ou surtout de « groupes-cibles » (personnes handicapées, personnes âgées, enfants d'âge scolaire...), or le volet « bénéficiaires », prévu pourtant dès la conception des comptes satellites, est resté à l'état de projet.

Sans doute disposons-nous d'enquêtes spécifiques qui caractérisent très finement la plupart des utilisateurs du système de santé. Ainsi les premiers résultats de l'enquête Insee-Credes de 1991 montrent clairement comment la consommation de médecine de ville est corrélée positivement avec le niveau de revenu, la hiérarchie sociale par catégorie socioprofessionnelle, la taille de la commune de résidence, le niveau de protection sociale... Très précieuse, grâce à sa comparabilité avec les précédentes grandes enquêtes décennales (1980-81, 1970, 1960), cette enquête n'est cependant pas exhaustive, puisqu'elle exclut les personnes vivant en institution (ce qui est loin d'être neutre en termes de santé) et se révèle limitée et fragile pour les dépenses d'hospitalisation. Enfin, l'évolution rapide de la démographie et du savoir médical ainsi que des comportements s'accroît mal de l'espace dans le

temps d'une telle collecte de données.

Cet inconvénient est limité par « l'enquête sur la santé et la protection sociale » du Credes qui présente annuellement, depuis 1988, les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'Assurance maladie sur la base d'un échantillon du régime général. Si ces données ne sont pas directement comparables aux enquêtes décennales, elles permettent cependant de suivre de près – pour une grande majorité des bénéficiaires – le niveau et la structure des consommations de soins et l'évolution des disparités entre les groupes selon leurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires.

Analyser la situation des personnes handicapées rencontre des difficultés exemplaires. Même si l'exploitation des enquêtes citées pourrait permettre d'identifier la consommation médicale ou les prestations d'assurance maladie pour ces personnes, il ne s'agirait que des dépenses qui relèvent du « risque maladie ». Or, la prise en charge des personnes atteintes de déficiences motrices, sensorielles ou mentales peut être concernée par tous les autres risques. Tout d'abord, bien sûr, par le risque « invalidité » où sont regroupées les principales prestations destinées spécifiquement aux personnes handicapées (sans qu'il soit toujours aisé de distinguer les dépenses destinées à d'autres personnes) : prestations en espèces (pensions d'invalidité, rentes d'accidents de travail, pensions militaires, allocations aux adultes handicapés...) et prestations de services sociaux (établissements médico-sociaux, foyers de vie ou d'hébergement, centres d'aide par le travail...). Des personnes handicapées sont concernées également par les risques « vieillesse », « famille » et « emploi ». Certes, toutes ces données se trouvent incluses dans les comptes par catégories de prestations et par types des régimes (régime général, régime des non-salariés...). Cependant, dans chacune de ces classifications, il s'agit d'un nombre de prestataires indifférenciés et de prestations en valeur, mais aucun recoupement ne permet de caractériser les bénéficiaires qui souvent ont droit, non

pas à une seule, mais à plusieurs sources de prestations, qui se cumulent et se complètent.

Si les comptes actuels ne permettent pas d'évaluer directement les politiques et de prendre la mesure de l'équité (horizontale et verticale) de nos systèmes de santé et de protection sociale, en revanche grâce à la richesse et l'homogénéité des données publiées, ils apportent des mises en perspectives précieuses :

- par des études rétrospectives, qui chiffrent l'influence respective des différents facteurs de croissance de la consommation médicale et des dépenses collectives de santé au cours des dernières décennies ;
- par des études prospectives, à l'horizon 2010 notamment, pour toute une gamme d'hypothèses mettant en lumière les tendances lourdes de l'évolution du système de santé et de son financement ;
- par l'opportunité, grâce à l'adoption au niveau de l'ONU de la méthodologie de nos comptes satellites, de comparer les systèmes des différents pays et éventuellement, de coordonner les politiques de santé. ■

Professeuse Michèle Fardeau,

directeur du centre de recherches en économie de la santé,
Inserm U. 357/CNRS UMR 9932

La santé en comptes

L'abîme des chiffres

Dans les comptes de la Sécurité sociale, de la santé de la protection sociale, peu de Français s'y retrouvent.

Assez rares sont parmi les professionnels de la santé, les hommes politiques, les administrateurs des caisses d'assurance maladie, ceux qui ont une connaissance précise des recettes et des dépenses, de leurs taux annuel de progression et de leur répartition entre les branches de la Sécurité sociale et les régimes.

Inversement, au cœur même de la France profonde chacun sait que le budget de la Sécurité sociale est toujours déficitaire, « le trou » dont la profondeur va de quelques milliards (1 milliard = 1/1 000 du budget de la Sécurité sociale) à une centaine est une métaphore infernale et naïve qui allégorise très simplement une réalité autrement plus difficile à comprendre.

Les médias périodiquement alimentent cette mythologie. Parfois les journalistes utilisent les données intéressantes et fiables fournies par les commissions des comptes de la Sécurité sociale ou de la santé mais, le plus souvent ils reproduisent les commentaires d'une agence de presse pour diffuser largement sans en vérifier l'exactitude, les chiffres vertigineux (il s'agit toujours de plusieurs dizaines de milliards) et parfois inexacts lancés lors d'une conférence de presse, ou dans un article ou un rapport par un syndicaliste, un homme politique ou un professionnel de la santé, cherchant à combler son déficit médiatique.

Quels commentaires puis-je faire en m'efforçant à l'objectivité sur ces comptes dont je viens de dire qu'ils sont à la fois ésotériques et vulgarisés, mais encore exhaustifs et incomplets, détaillés mais opaques, utiles et insuffisants.

Exhaustifs et incomplets

Exhaustifs, ces comptes le sont sur le plan comptable. Chaque année ils fournissent, avec le rappel des trois années précédentes, une analyse complète des recettes et des dépenses des quatre branches : maladie, accidents du travail, vieillesse ; allocations familiales du régime général et de tous les autres régimes. Ces comptes sont clairs, brièvement commentés, faciles à lire et à comprendre, même si la lecture des comptes de la santé, plus difficile que celle des comptes de la Sécurité sociale, fait référence à des notions plus complexes telles : la consommation médicale totale, les dépenses courantes de santé qui sont des agrégats utilisés pour mesurer la totalité de l'effort financier du pays dans le domaine de la Santé.

Incomplets, ces comptes le sont sur le plan médical et sur celui de la santé. Ils renseignent très correctement les rares lecteurs sur les activités des structures et des productions de soins, mais la mesure des flux financiers ne fournit naturellement aucune information sur le produit de ces activités en terme de santé. Autre-

ment dit, on ne sait pas à quoi servent les ressources allouées au système de soins.

Détaillés mais opaques

Détaillés car les comptes de la Sécurité sociale apportent sur tous les régimes des informations comptables précises et fines, ils ne renseignent pas seulement sur la ventilation des recettes et des dépenses mais encore sur l'état de la trésorerie, sur les frais financiers et sur les frais de gestion (qui en pourcentage décroissent régulièrement).

Opagues, car les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, notamment l'Assurance maladie sont loin d'être transparentes. On sait d'ailleurs l'usage politique que les administrateurs de la CNAM peuvent faire de cette opacité en répétant sans cesse que l'Assurance maladie est en constant excédent, que son déficit apparent est lié aux dettes de l'État et au financement compensateur que la CNAM assure pour les autres régimes. Ce discours ne résout certainement pas les problèmes posés par le déficit chronique de la branche Assurance maladie mais explique les difficultés de la CNAM et correspond à une réalité.

Utiles et insuffisants

L'utilité des comptes prévisionnels de la Sécurité sociale est considérable car ils

permettent aux ministères et aux directions intéressées de prendre les mesures nécessaires à la recherche d'un équilibre financier souvent espéré, rarement atteint.

Mais ces données comptables utiles sont tout à fait insuffisantes pour la mise en œuvre d'une politique de santé équitable et adaptée aux besoins des diverses populations régionales.

En résumé

- Les comptes de la Sécurité sociale et de la Santé analysent le fonctionnement des structures médicales sans renseigner les décideurs sur le financement du système de santé, dans la mesure où il est très difficile de juger de la part des budgets du logement, de l'éducation, des prestations sociales qui ont, sur la santé des Français, une influence.
- Les résultats fournis ne sont pas corrélés à des informations sanitaires, leur utilité en termes de politique de santé publique est sinon nulle du moins très limitée.
- D'autres informations sont indispensables au « management » du système de santé.

Quelles sont les informations indispensables à un fonctionnement optimal du système de santé ?

Pour améliorer l'efficacité médicale, l'efficacité économique et l'utilité sociale d'un système de santé, des informations économiques et médicales, nationales, internationales et régionales sont nécessaires.

Les comptes de la santé et ceux de la Sécurité sociale fournissent des données comptables qui intéressent à peine les gestionnaires et les professionnels car isolées, elles sont peu utiles à la régulation du système de soins. C'est pourquoi les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie les analysent rapidement, prennent connaissance du déficit annoncé et poursuivent leurs habituels travaux. L'État par contre prend les déci-

sions nécessaires au niveau du financement et des remboursements, augmentant les cotisations et le ticket modérateur ou réduisant le contenu du « panier des biens remboursés ». Ainsi les catastrophes annoncées par les médias et la commission des comptes de la sécurité sont-elles évitées.

Pour que les analyses comptables de très bonne qualité que les caisses nationales et les services des ministères réalisent soient utiles, d'autres informations sont indispensables.

Les informations économiques sont en France disponibles, fournies, notamment, par les services de la CNAMTS (agence comptable - statistique). Chaque mois les statisticiens de la CNAM produisent des données, de plus en plus détaillées et précises, sur les dépenses de santé. Un tableau de bord mensuel est réalisé. Chaque année sont publiés des « Carnets statistiques » qui décrivent l'évolution des activités de toutes les professions de santé et des établissements de soins.

La CNAM enfin fournit des informations régionalisées qui permettent par exemple d'apprendre que l'écart des dépenses par année sociale peut, d'une région à l'autre, atteindre 40 %.

Les informations médicales qu'il est indispensable de corréler avec les informations économiques ne sont pas disponibles. L'opacité sur la nature des activités médicales est en effet absolue. Le système des soins est une « boîte noire », ses résultats sont appréciés indirectement par des indicateurs de mortalité considérablement influencés par des déterminants qui ne sont pas médicaux. Le codage des actes et des pathologies, sans cesse annoncé comme imminent, est sous la pression des professionnels arc-boutés sur une conception archaïque du secret médical, sans cesse reculé. Quant à la mise en œuvre à l'hôpital du PMSI elle avance avec une désespérante lenteur.

Des recherches épidémiologiques sont réalisées par les universitaires et l'Inserm. Le CREDDES publie des études très documentées et rigoureuses, avec l'Insee ; le CREDDES exploite aussi les données des enquêtes décennales sur la santé des Français.

Tous ces travaux sont utiles et nécessaires, mais difficiles à corréler avec les données économiques des commissions des comptes ou celles de la CNAM, car leur objectif est de soulever des hypothèses et d'accroître nos connaissances, davantage que de fournir des critères de décision aux gestionnaires et aux responsables politiques.

Conclusions

Chaque année les Commissions des comptes réalisent dans des conditions difficiles un excellent travail. Dans des conditions difficiles parce que les services ministériels qui, pour des raisons méthodologiques dont la simplification est annoncée, doivent retraiter les données fournies par les Caisses nationales et les différents régimes ne disposent pas de ressources humaines nécessaires.

Les rapports fournis sont d'excellente qualité mais, par définition, ils n'ont d'intérêt que pour les fonctionnaires chargés d'équilibrer le budget de la Sécurité sociale.

En effet, ces rapports n'ont aucune utilité pour les choix tactiques, ou les stratégies indispensables à la mise en œuvre d'une politique de santé publique.

Pour que tous les acteurs du système de santé : les professionnels de la santé, l'État, les représentants des assurés sociaux, puissent accomplir leurs fonctions, un système d'information capable de rendre transparentes les activités médicales et d'établir entre les données économiques sanitaires et sociales les corrélations indispensables, est indispensable.

Sans cet outil dont la création est attendue depuis des années, espérer une amélioration de la gestion du système de soins et des ressources économiques et humaines qu'il consomme avec une voracité chaque année plus grande serait une illusion. ■

Claude Béraud,

Professeur de gastro-entérologie et d'hépatologie, Université de Bordeaux II

Les comptes de la Sécurité sociale

L'effet ciseaux

Le discours sur les comptes de la santé et de la protection sociale apparaît avec peu de recul, comme largement superficiel sinon manipulateur. La confusion des comptes, les comparaisons partielles sinon partiales font que nous ne pouvons affirmer avoir en France le meilleur système de santé et de protection sociale. Gardons un peu de raison et recherchons les véritables explications de notre situation en sachant relativiser les chiffres et utiliser les concepts pertinents.

Il ne fait aucun doute que la crise de financement de notre système de protection sociale doit constituer une réelle préoccupation compte tenu des masses financières et des enjeux. Cependant il n'est pas logique que cette crise de financement dont nous connaissons l'origine au travers de ce fameux effet de ciseaux entre recettes et dépenses soit utilisé pour remettre en question de manière schématique les fondements d'un système de protection sociale et sa gestion par les partenaires sociaux.

La crise actuelle de financement du régime d'assurance maladie tient principalement à la diminution de la croissance de ses recettes liées au retournement de la conjoncture, même si l'absence de véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente par ailleurs un réel enjeu qu'il nous faut relever pour sauvegarder notre système de santé.

Pour ce qui est de ses recettes, cette crise tient aux difficultés économiques,

au chômage et à la plus faible progression de la masse salariale, c'est-à-dire par construction à la base de calcul des cotisations sociales. Mais au lieu de remettre en question cette base professionnelle du financement, pourquoi ne pas souligner que la période de croissance a permis de financer, sur les cotisations issues de la masse salariale, des opérations qui ne concernaient pas la solidarité professionnelle même si elles ont permis une extension considérable des personnes couvertes et une quasi-généralisation de la protection maladie ?

En fait, le système de protection sociale de 1945 s'est étendu à d'autres catégories sociales que les salariés, sans qu'il y ait correspondance entre les droits à la couverture sociale de ces nouveaux bénéficiaires et le mode de financement par cotisation sur la masse salariale.

Il n'est pas question de rejeter le principe de solidarité mais il n'est pas question non plus de prolonger les confusions entre modes de solidarité et financement. Ceci ne peut que générer une opacité des comptes et le maintien d'une gestion dont personne ne peut être responsable, partenaires sociaux et gouvernements.

La cohérence entre solidarité et assurance n'existe plus aujourd'hui parce que le système est passé d'une solidarité professionnelle à une solidarité nationale sans que le mode de financement en soit changé.

- Imputer 20 MF à la couverture des dépenses de santé des handicapés adultes

sans qu'aucune recette ne soit versée au régime général.

- Admettre 3,5 MF de dépenses non couvertes par des recettes pour l'assurance personnelle, qui sont en fait un transfert de l'aide sociale vers le régime général.

- Affilier les détenus au régime général avec une cotisation réduite ou forfaitaire sans garantie de l'équilibre financier.

Parallèlement, les gouvernements successifs ont dans le cadre notamment des mesures pour l'emploi, amoindri la relation entre la cotisation et la couverture sociale, puisque des exonérations de cotisations sociales ont été accordées sans contrepartie financière.

Les gouvernements ont toute légitimité dans leur politique sociale contre le chômage d'exonérer les employeurs de charges sociales mais il n'est pas la vocation de l'Assurance maladie de régler la note.

Par ailleurs, l'Assurance maladie prend en charge sous forme de prestations des dépenses qui ne sont imputables ni à l'assurance, ni à la solidarité nationale sans qu'elle ait pour autant un droit de regard sur les actions ainsi financées. C'est ainsi que notamment dans le cadre de la dotation globale hospitalière, l'Assurance maladie finance la recherche médicale, la formation médicale universitaire. Toujours dans ce même cadre l'Assurance maladie couvre également la non récupération de créances par les établissements hospitaliers, ou des étrangers non pris en charge par leur régime d'appartenance.

Récemment les pouvoirs publics ont mis à la charge de l'Assurance maladie le financement de l'Agence française du sang chargée de l'organisation de la transfusion sanguine en France alors qu'il s'agit d'organisation de la santé publique, normalement de la compétence financière de l'État.

Dans le cadre des charges indues supportées par l'Assurance maladie il existe un autre champ important, celui des compensations interrégionales.

À ce titre pour l'Assurance maladie hors accidents du travail en 1993, 19,3 MDF ont été prélevés sur le régime général

des salariés pour être versés à d'autres régimes dont 3,8 MDF au titre de la compensation entre régimes salariés et de non salariés.

Quant à la maîtrise des dépenses, il serait un peu rapide d'en rejeter la responsabilité sur la seule Assurance maladie.

Les partenaires sociaux ont aujourd'hui pris en cette matière leurs responsabilités, ils l'ont fait avec détermination et sur des perspectives qui garantissent la liberté d'accès, l'indépendance du prescripteur et la qualité des soins dans le secteur de la médecine ambulatoire, et réclament l'exercice de leur mission dans le secteur hospitalier.

- Il est trop facile de dire que la maîtrise a réussi dans l'hospitalisation publique et échoué dans les autres secteurs de soins sur la base de la simple constatation d'une décélération en volume des dépenses qui par ailleurs s'inscrit sur une tendance à la diminution de la part de l'hospitalisation et qui de plus ne tient pas compte des effets de reports sur les autres secteurs financés à l'activité.

- Il est trop facile de rejeter les responsabilités sur le payeur en l'absence de système cohérent de régulation sur l'ensemble des secteurs alors qu'il réclame un clair exercice de ses responsabilités.

Il est également enfin trop facile de constater sur les dépenses de l'Assurance maladie les conséquences d'une politique démographique médicale non maîtrisée, d'une quasi-absence d'évaluation des technologies nouvelles et plus généralement de maîtrise de l'offre.

L'accord conventionnel signé en 1993 entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance maladie sur la maîtrise médicalisée (références médicales opposables et objectif annuel chiffré d'évaluation des dépenses) représente un véritable changement de logique dans le système de soins français marqué jusqu'à présent par le refus d'aborder simultanément rationalité économique et rationalité médicale.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé peut être définie comme la recherche d'une utilisation optimale des ressources que la collectivité

affecte à la santé, utilisation basée sur une logique médicale d'amélioration de la qualité des soins.

Une utilisation inappropriée d'une investigation, d'une thérapeutique, d'une hospitalisation, d'un parcours à l'intérieur du système de soins, entraîne en effet le plus souvent un accroissement des dépenses, sans pour cela contribuer toujours à l'amélioration de l'état de santé, jouant même parfois à le détériorer par ses effets iatrogènes.

La convention qui entre en vigueur est le résultat d'une très longue concertation avec l'ensemble des syndicats médicaux et traduit l'évolution de nos réflexions sur la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et de défendre la qualité des prestations face au risque de rationnement budgétaire, que certains voudraient.

On peut dire que nous avons réussi, dans ce domaine, une véritable révolution culturelle qui permettra sans nul doute de garder au modèle français son originalité et son efficacité.

En effet, pour la première fois en France, le corps médical a adhéré à l'idée d'une nécessaire maîtrise de l'évolution des dépenses et s'y est engagé. Cette maîtrise médicalisée repose donc sur une logique de meilleure allocation des fonds des cotisations et la recherche de la qualité des soins ; c'est la voie la plus performante pour éviter la maîtrise comptable et strictement économique qui reviendrait à terme à rationner les soins. ■

Jean-Claude Mallet,

président du conseil d'administration de la CNAMTS



Nomenclatures du compte de la santé

A. Nomenclature des activités caractéristiques de la santé

1. Activités médicales

1.1. Soins hospitaliers ou assimilés :

Sont inclus dans ce poste l'ensemble des soins aux malades hébergés dans les établissements sanitaires, qu'ils soient tarifés sous forme d'honoraires ou de frais de séjour. Sont donc exclues en particulier les consultations externes des hôpitaux (qui sont classées 1.2.1).

1.1.1. Soins hospitaliers publics.

1.1.2. Soins hospitaliers privés.

1.1.3. Transport des malades :

en toute rigueur, le transport des malades ne concerne pas uniquement des malades hospitalisés, mais peut également concerner des malades se rendant à des séances de soins ambulatoires. Par souci de simplification, ce poste est cependant rattaché à l'hospitalisation.

1.2. Soins ambulatoires et à domicile.

1.2.1. Services médicaux marchands : sont inclus dans ce poste essentiellement des soins tarifés à l'acte, ainsi que certains types de soins tarifés forfaitairement (forfait de réadaptation-rééducation).

1.2.1.1. Soins de médecins :

- soins en cabinet libéral ou à domicile
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire

1.2.1.2. Soins d'auxiliaires (infirmières, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)

- soins en cabinet libéral ou à domicile
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire.

1.2.1.3. Soins de dentistes :

- soins en cabinet libéral
- soins en consultation externe
- soins en dispensaire.

1.2.1.4. Analyses médicales :

Ces analyses peuvent être effectuées en laboratoire de ville ou en milieu hospitalier au profit des consultants externes.

1.2.1.5. Cures thermales :

Ce poste comprend les forfaits de cure thermique (séances de soins dans les établissements thermaux, hébergement et transport éventuellement).

1.2.2. Médecine systématique et de dépistage

Sont inclus dans ce poste certains services

médicaux fournis gratuitement aux ménages :

- service de santé scolaire
- consultations de protection maternelle et infantile
- dispensaires antituberculeux
- dispensaires antivénéériens
- dispensaires de lutte contre les maladies mentales
- centres de consultation avancée contre le cancer
- services interentreprises de médecine du travail.

Il s'agit de services médicaux à caractère préventif.

1.3. Activités médicales associées :

Ce poste comprend les activités médicales associées à d'autres activités marchandes ou non marchandes :

- services de médecine du travail des entreprises
- services de médecine de travail des administrations
- services médicaux des mines et de la SNCF
- service de médecine des armées
- médecine pénitentiaire.

Ces activités ne sont pas isolées dans le cadre central de la Comptabilité nationale.

1.4. Commerce de détail des biens médicaux

1.4.1. Officines pharmaceutiques

1.4.2. Commerce de détail de lunetterie

1.4.3. Commerce de détail orthopédique.

2. Autres activités de la santé

2.1. Prévention sanitaire collective :

Toutes les activités impliquant des examens médicaux sur des personnes relèvent du poste 1.2.2. de la nomenclature (médecine systématique et de dépistage).

On ne retiendra ici que :

- l'hygiène du milieu (contrôle des eaux, désinsectisation, etc.)
- le contrôle sanitaire aux frontières
- l'éducation sanitaire et l'information du public
- les autres activités de protection sanitaire (contrôles divers, sécurité routière, etc.).

2.2. Recherche médicale

2.3. Enseignement médical :

Ce poste comprend l'enseignement médical et paramédical proprement dit et, plus généralement, toutes les actions de formation et d'information des personnels sanitaires.

2.4. Gestion générale de la santé :

La gestion générale de la santé ne comprend que la gestion directe du système de santé, c'est-à-dire, par ex., les études et statistiques de santé, la tutelle des établissements et du personnel sanitaire, etc.

On exclut des dépenses de santé les dépenses de gestion de la protection sociale (qu'elle soit effectuée par les organismes de Sécurité sociale ou par la Direction de l'Action Sociale au ministère de la Santé au titre de la gestion de l'aide médicale).

B. Nomenclature des agents de production

1. Établissements hospitaliers ou assimilés :

Sont compris dans cette rubrique tous les établissements sanitaires recevant des malades couchés quel que soit leur statut (public ou privé).

2. Cabinets libéraux :

- 2.1. Médecins
- 2.2. Dentistes
- 2.3. Auxiliaires médicaux.

3. Laboratoires d'analyses médicales :

(Uniquement laboratoires hors établissements hospitaliers).

4. Dispensaires et centres de soins :

- 4.1. Dispensaires de prévention
- 4.2. Centres de PMI
- 4.3. Centres interentreprises de médecine du travail
- 4.4. Autres dispensaires

5. Entreprises d'ambulances et de transport des malades

6. Commerce de détail de biens médicaux

7. Établissements thermaux

8. Autres.

C. Nomenclature des secteurs de financement

1. Entreprises :

- 1.1. Société et quasi-sociétés non financières
- 1.2. Entreprises individuelles¹

2. Institutions de crédit

3. Entreprises d'assurance :

- 3.1. Société mutualistes
- 3.2. Autres organismes d'assurance et de capitalisation

4. Administrations publiques :

- 4.1. Administrations publiques centrales
- 4.2. Administrations publiques locales
- 4.3. Administrations de Sécurité sociale :
 - 4.3.1. Régimes généraux
 - 4.3.2. Régimes spéciaux
 - 4.3.3. Régimes statutaires
 - 4.3.4. Régimes complémentaires.

5. Administrations privées.

6. Ménages.

D. Nomenclature des bénéficiaires

De nombreux critères sont possibles pour classer les bénéficiaires, citons pour mémoire :

● La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage :

en 9 postes :

1. Agriculteur exploitant
2. Salarié agricole
3. Indépendant non agricole
4. Cadre supérieur
5. Cadre moyen
6. Employé
7. Ouvrier
8. Inactif
9. Autres ménages.

en 23 postes ou en 40 postes (voir le code des catégories socio-professionnelles de l'INSEE).

● le niveau d'instruction

● le sexe et l'âge :

les recensements utilisant des tranches d'âge de 5 ans. On subdivise éventuellement la catégorie

- 0-4 ans par exemple en :
- 0 à 27 jours
 - 28 jours à 1 an
 - 1 an à 4 ans.

● la taille du ménage : 1, 2, 3, 4, 5 personnes, 6 personnes ou plus

● le mode de protection, on distinguera par exemple :

- Assurés sociaux :
- SS seule (assurés/ayants droit...)
 - SS plus autre mode de couverture
- Aide médicale seule
- Mutuelle seule
- Aucune couverture.

● le lieu de résidence :

- Commune rurale
- Unité urbaine de moins de 100 000 habitants
- Unité urbaine de 100 000 habitants et plus
- Complexe résidentiel de la région parisienne :
- ville de Paris
 - agglomération parisienne sans Paris.

E. Nomenclature des personnels de la santé

1. Personnels médicaux :

- 1.1. Médecins généralistes
- 1.2. Médecins spécialistes
- 1.3. Biologistes
- 1.4. Dentistes
- 1.5. Pharmaciens
- 1.6. Sages-femmes.

2. Personnels paramédicaux :

- 2.1. Masseurs-kinésithérapeutes
- 2.2. Orthophonistes
- 2.3. Orthoptistes
- 2.4. Orthopédistes
- 2.5. Ergothérapeutes
- 2.6. Infirmiers
- 2.7. Aides-soignantes

3. Personnels d'assistance et d'éducation :

- 3.1. Assistantes sociales
- 3.2. Psychologues
- 3.3. Éducateurs et autres personnels d'assistance et d'éducation.

4. Personnels scientifiques et techniques non médicaux :

- 4.1. Chercheurs
- 4.2. Ingénieurs
- 4.3. Laborantins
- 4.4. Autres techniciens
- 4.5. Autres personnels scientifiques (sociologues, statisticiens, etc.).

5. Personnels de direction et administratifs :

- 5.1. Personnels de direction
- 5.2. Autres personnels administratifs.

6. Personnels de services :

- 6.1. Agents de service hospitalier
- 6.2. Autres personnels de service.

F. Nomenclature des opérations économiques

1. Dépenses du secteur de financement de la DNS :

- 1.1. Dépenses courantes
 - 1.1.1. Financement de l'acquisition de biens et services marchands
 - 1.1.1.1. Remboursements
 - 1.1.1.2. Indemnité d'assurance-dommages
 - 1.1.1.3. Participation des ménages (y compris ticket modérateur).
 - 1.1.2. Transferts courants aux agents de production
 - 1.1.2.1. Transferts courants en nature
 - 1.1.2.2. Subventions
 - 1.1.2.3. Autres transferts courants en espèces
- 1.2. Dépenses en capital
 - 1.2.1. Transferts de capital en espèce aux agents de production
 - 1.2.1.1. Aides à l'investissement
 - 1.2.1.2. Autres transferts de capital en espèce
 - 1.2.2. Transferts de capital en nature aux agents de production.

2. Dépenses du secteur de production :

- 2.1. Dépenses courantes
 - 2.1.1. Dépenses de fonctionnement
 - 2.1.1.1. Rémunération des personnels
 - 2.1.1.2. Achats pour consommation intermédiaire
 - 2.1.1.3. Impôts liés à la production
 - 2.1.2. Autres dépenses courantes
 - 2.1.2.1. Transferts courants à d'autres agents de production
 - 2.1.2.2. Transferts courants aux bénéficiaires²
 - 2.1.2.3. Autres emplois courants.
- 2.2. Dépenses en capital
 - 2.2.1. Investissements
 - 2.2.2. Transferts en capital à d'autres agents de production
 - 2.2.3. Autres dépenses en capital

3. Autres opérations économiques.

¹ Dans le cadre central de la Comptabilité nationale, les entreprises individuelles sont considérées comme des ménages.

² Essentiellement les prestations versées par la PMI à l'occasion de la grossesse et de l'accouchement.

Nomenclature

des régimes de la protection sociale

100 00 Régimes généraux

- 111 00 Régime général de sécurité sociale
 - 111 01 CNAMTS
 - 111 02 CNAF
 - 111 03 CNAVTS
 - 111 04 ACOSS et autres organismes du R.G.
- 112 00 Indemnisation du chômage
 - 112 01 UNEDIC
 - 112 02 Fonds national de garantie des salaires
 - 112 03 Association pour la structure financière
 - 112 04 Fonds de solidarité (jusqu'en 1984)
- 113 00 Fonds spéciaux
 - 113 01 Fonds spécial d'allocation de vieillesse (FSAV)
 - 113 02 Fonds commun des accidents du travail (FCAT)
 - 113 03 Fonds commun des accidents du travail agricole (FCARA)
 - 113 04 Fonds de compensation (FCOSS)
- 120 00 Régimes particuliers de salaires**
 - 121 01 Agents de l'État (hors PTT)
 - 121 02 Agents des PTT
 - 121 03 Agents de la SNCF
 - 121 04 Agents de la RATP
 - 121 05 Agents EDF-GDF
 - 121 06 Régime particulier d'Alsace-Lorraine
 - 121 07 Régime des assemblées parlementaires
 - 122 01 Régime des salariés agricoles
- 123 00 Autres régimes particuliers de salariés
 - 123 01 Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines
 - 123 02 Établissement national des invalides de la marine (ENIM)
 - 123 03 Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)
 - 123 04 Caisse autonome mutuelle de retraite des chemins de fer d'intérêt local... (CAMR)
 - 123 05 Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers
 - 123 06 Caisse nationale de surcompensation des ouvriers du bâtiment
 - 123 07 Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC)
 - 123 08 Caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (CAMAVIC)

- 123 09 Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)
- 123 10 Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'État
- 123 11 Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
- 123 12 Caisse de prévoyance SNCF (maladie)
- 123 13 Caisse de prévoyance RATP (maladie)
- 123 14 Régime du personnel de l'Électricité - Gaz de France (maladie)
- 123 15 Régime du personnel de la Banque de France (maladie)
- 123 16 Régime du personnel du Crédit foncier de France
- 123 17 Régime de retraite de la SEITA
- 123 18 Régime du personnel de la Compagnie générale des eaux
- 123 19 Caisse de retraite des théâtres nationaux
- 123 20 Régime du personnel de l'Imprimerie nationale
- 123 21 Chambres de commerce et d'industrie - Ports autonomes
- 123 22 Régimes divers gérés par la Caisse des dépôts et consignation
- 124 00 Régimes complémentaires de salariés
 - 124 01 AGIRC
 - 124 02 ARRCA
 - 124 03 IRCANTEC
 - 124 04 Caisse de prévoyance du personnel des organismes de sécurité sociale (CPPOSS)
 - 124 05 CRAF
 - 124 06 CRPNPAC
 - 124 07 Compagnie générale maritime
 - 124 08 Caisses bancaires
 - 124 09 Personnels des Caisses d'épargne (retraite)
 - 124 10 RETREP
 - 124 11 Caisses professionnelles et catégorielles
 - 124 12 Caisses vieillesse d'entreprises
 - 124 13 CCPMA
 - 124 14 Caisses de prévoyance diverses
- 130 00 Régimes de non salariés**
 - 131 01 Régimes des exploitants agricoles
 - 132 00 Régimes des non salariés non agricoles
 - 132 01 CANAM
 - 132 02 ORGANIC
 - 132 03 CANCAVA

- 132 04 CNAVPL
- 132 05 Caisse nationale des barreaux Français

200 00 Régimes d'employeurs (prestations « extra-légales »)

- 200 01 Agents de l'État (civils et militaires)
- 200 02 Agents des PTT
- 200 03 Agents des collectivités locales
- 200 04 Salariés de la Sécurité sociale
- 200 05 Salariés des hôpitaux publics
- 200 06 Autres salariés

300 00 Régimes des Sociétés mutualistes

400 00 Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics

410 00 Régimes d'aide sociale

- 411 00 État
 - 411 01 Allocations de chômage (Régime de solidarité)
 - 411 02 CSSTM
 - 411 03 Autres interventions de l'État
- 412 00 Organismes publics
 - 412 01 Fonds d'action sociale des travailleurs migrants
 - 412 02 Autres organismes publics
- 413 00 Départements
- 414 00 Bureaux d'aide sociale des communes

Dépenses de santé par opération de financement en 1992

Millions de francs

	Prestations sociales				Dotation globale	Autres transferts et subventions			Dépenses courantes				Assurances privées	Débours des ménages	Total
	Sécurité sociale		Mutuel-les	État et collecti-vités locales		Sécurité sociale	Collecti-vités locales	État	Sécurité sociale	État et collecti-vités locales	Mutuel-les	Autres			
	Base	Financ. Complé.													
Hôpitaux publics et PSPH	1 290	7	3 046	2 267					844				14 848	214 669	
Hôpitaux privés	59 141		2 364	295									5 975	67 775	
Sections médicalisées	4 049				2 453									6 502	
Publiques	2 509				2 453									4 962	
Privées	1 540													1 540	
Sous-total : Hôpitaux, sections médicalisées	64 480	7	5 410	2 562	194 820				844				20 823	288 946	
Cabinets libéraux															
Médecins	50 934	28	6 980	714									22 579	81 235	
Auxiliaires	20 450	6	1 738	60									1 106	23 360	
Dentistes	13376		4 131	62									21 206	38 775	
Dispensaires, centres de soins	7 409		871										441	8 721	
Laboratoires d'analyses	11 645		1 891	65									4 429	18 030	
Établissements thermaux	1 075	153	375	133									4 494	6 230	
Sous-Total : Soins ambulatoires	104 889	187	15 986	1 034									54 255	176 351	
Transports	8 025	83	111	17	885								84	9 205	
Total : prestataires de soins	177 394	277	21 507	3 613	195 705				844				75 162	474 502	
Officines pharmaceutiques	65 400	340	12 648	747									29 855	108 990	
Distributeurs d'autres biens médicaux (Lunetterie, orthopédie)	6 750		2 660	101	245								6 859	16 615	
Total : Biens médicaux	72 150	340	15 308	848	245								36 714	125 605	
Total : soins et biens médicaux	249 544	617	36 815	4 461	195 950				844				111 876	600 107	
Aide aux malades (indemnités journalières)	41 953													41 953	
Aide directe (subventions)						7 621								7 621	
Total : dépenses pour les malades	291 497	617	36 815	4 461	195 950	7 621			844				111 876	649 681	
Service de médecine préventive	1 521								6 014		5 490			13 025	
Service de prévention collective								1 623	1 247					2 870	
Total : prévention	1 521							1 623	7 261		5 490			15 895	
Recherche médicale									8 645		13 352			21 997	
Formation						43			2 686		100		236	3 065	
Gestion administrative de santé									1 097	8 274	837			10 208	
Double-compte : recherche pharmaceutique											-10 631			-10 631	
Total : Dépenses courantes de santé	293 018	617	36 815	4 461	195 950	7 664			1 623	20 533	8 274	9 148	112 112	690 215	

Bibliographie

Comptabilité nationale et modèles économiques, Alain Pichot, PUF, 1988.

Les comptes satellites, Michel Braibant, Insee, document de travail n° D9304, août 1993.

Concepts, sources et méthodes du compte de la santé, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Service des statistiques, des études, et des systèmes d'information (Sesi), 1992

Comptes de la Sécurité sociale, résultats 1992, prévisions 1993, Commission des comptes de la Sécurité sociale, ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville, service communication, 1993, diffusion *La documentation Française*.

Comptes nationaux de la santé, 1990, 1991, 1992, Commission des comptes de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des statistiques des études et des systèmes d'information (Sesi), juin 1993.

Comptes de la protection sociale, 1990, 1991, 1992, Études et statistiques n° 177, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi), juillet 1993.

Protection sociale et santé, une approche par les comptes, Études et statistiques n° 4, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, Service des Statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi), octobre-décembre 1992.

Marc Duriez, chargé d'études à la DGS, a rédigé ce dossier. Philippe Ferrero l'a mis en forme. Merci à Michèle Fardeau, Claude Béraud et Jean-Claude Mallet pour leur tribune.

Division des études économiques et statistiques (Direction de la Sécurité sociale)
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville
1, place Fontenoy
75350 Paris 07
tél. : 40 56 60 00

Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi)
Même adresse que ci-dessus

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
18, boulevard Adolphe Pinard
75675 Paris cedex 14
tél. : 41 17 50 50

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
66, avenue du Maine
75694 Paris cedex 14
tél. : 42 79 30 30

Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
Centre Paris Pleyel tour Ouest
93521 Saint Denis cedex 1
tél. : 49 33 38 00

Caisse centrale de prévoyance mutuelle agricole
8, rue d'Astorg
75008 Paris
tél. : 44 56 88 88

Adresses utiles