

La Santé :

une valeur ajoutée économique
supérieure à **9% du PIB**

La contribution de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France

**à l'initiative de l'Institut Montparnasse
et de l'Ecole nationale de Sécurité sociale EN3S**



Valérie Fargeon, Marion Brunat, Chantal Euzeby



Sommaire

Avant-propos par J.-M. Laxalt	07
Présentation	09
Résumé	13
Rapport	23
I. Contexte et objectifs	25
II. Méthodes	27
III. Quels indicateurs des contributions du secteur de la santé et de l'assurance sante a la croissance et au developpement ?	31
III1. <i>Des indicateurs qui rendent compte de contributions du secteur de la santé à l'activité productive</i>	36
III2. <i>Des indicateurs qui rendent compte de contributions de l'assurance santé obligatoire (dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires) au niveau de vie des ménages</i>	43
III3. <i>Des indicateurs qui rendent compte des contributions de l'assurance santé obligatoire (dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires) à la réduction des inégalités de niveaux de vie</i>	50
III4. <i>Des indicateurs qui rendent compte de la valeur économique du secteur de la santé et de l'assurance santé</i>	60
IV. Les prolongements : d'autres indicateurs pour rendre compte de la valeur sociale et sanitaire du secteur de la santé et de l'assurance santé	63
IV1. <i>Des indicateurs pour éclairer les choix en matière de partage du financement entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC)</i>	65
IV2. <i>Des indicateurs pour produire une connaissance sur les usages et les conditions d'usage par les personnes du système de santé</i>	68
Bibliographie	73
Annexes	77

Avant-propos

La santé : un levier économique, un mieux-être social, une valeur ajoutée nationale.

L'Institut Montparnasse veut établir une vérité économique masquée et réhabiliter un investissement social. L'étude commandée au laboratoire d'économie de l'université de Grenoble rétablit des faits, ouvre des perspectives.

Hors des sentiers battus du « coût » de la santé et de la « charge » des prélèvements l'étude que nous publions démontre que « la santé atteint 12,5 % de la valeur ajoutée dans l'économie nationale et représente, en termes d'emploi, 12,7 % des actifs ». Un rang supérieur à celui du secteur BTP dont on dit continûment qu'il détermine la santé de l'économie nationale. Le financement de la santé, outre le bénéfice individuel des personnes, est un investissement économique dynamique. Rétablissement du capital santé humain, soutien de millions d'emploi, revenu de fonctionnaires hospitaliers et de professionnels libéraux, financement de constructions, restructurations hospitalières, d'équipements technologiques performants ... la santé présente tous les atouts d'un acteur économique important. Pourquoi présenter ce secteur comme un boulet économique, un puits percé ? Les cotisations prélevées ne s'évaporent pas, elles deviennent versement de prestations rétablissant un pouvoir d'achat, traitements et honoraires professionnels, subventions et amortissement pour travaux et équipements hospitaliers. Rien ne se perd, tout se transforme. Que cessent donc les discours chagrins et mensongers. Le financement collectif de la Sécu a permis en 1945 la reconstruction nationale, dans les années 1960 la modernisation du pays, dans les années 1980 la relance sociale, dans les années 2000 le soutien économique. C'est un facteur de développement à long terme en même temps qu'un « amortisseur de crise » ponctuel.

Les prestations de santé rétablissent une capacité de consommation. Elles font bien plus en effectuant une redistribution horizontale (des « bien portants » vers les malades) à dominante intergénérationnelle, mais aussi une redistribution verticale des meilleurs revenus vers les plus faibles du fait de la proportionnalité des cotisations. « Les prestations sociales réduisent davantage les inégalités de niveaux de vie que la fiscalité. La santé contribue pour 25 % à la réduction des inégalités ». Levier économique, le financement social est aussi outil de redistribution, donc vecteur de solidarité nationale et de cohésion sociale. Un investissement social qui participe à la réalisation de la « République démocratique et sociale » proclamée par la Constitution française.

Pour autant, demeurent ouvertes des questions essentielles que cette étude n'esquive pas, mais qu'elle laisse ouvertes. Partage du financement entre public et privé, inégalités d'accès aux soins, efficience et équité du système de santé. L'Institut Montparnasse les prend en compte dans ses travaux.

En termes de production, valeur ajoutée, emploi, rapportés au PIB le rôle important de la santé est incontestable. En termes d'effet direct et indirect l'augmentation de demande à la branche santé présente un « retour sur investissement » est également profitable. Ce sont là des critères économiques orthodoxes de contribution au PIB ; manquent les critères qui établiraient la contribution au BIB (bonheur intérieur brut). Nous partageons pleinement la conclusion de l'étude : « La poursuite de la démarche est indispensable pour quitter une logique de développement uniquement centré sur l'économie et la croissance et passer à une véritable perspective de développement social et humain ».

Jean-Michel Laxalt

Président de l'Institut Montparnasse.

Présentation

A contre courant des idées reçues, cette étude contribue à éclaircir le débat sur le rôle économique des dépenses de santé.

« A l’instar de l’éducation, la santé des populations influence la croissance économique et le revenu global, elle constitue une condition essentielle du développement à long terme ».

Des travaux économiques récents montrent que l’investissement dans la santé des populations ne se limite pas à la réponse à un besoin individuel, mais que c’est un investissement rentable pour l’ensemble de la collectivité par les effets externes qu’il produit (activité des entreprises, qualité du travail...).

L’étude permet d’aller plus loin : la santé n’est pas qu’un coût, elle est génératrice d’activité économique et de croissance.

Sous l’angle de la théorie économique, les dépenses de santé ont un caractère redistributif des biens portants vers les malades et exercent un impact positif sur la demande. De même le secteur de la santé est créateur d’emplois.

Le changement de paradigme à opérer apparaît avec cette hypothèse : **les dépenses de santé sont un investissement économique et social qui contribue à la croissance économique et au bien être individuel et collectif.**

Les écrits de Stiglitz, Sen et Fitoussi ont contribué au renouveau de la réflexion sur le progrès économique, le progrès social et le bien être et les indicateurs qui peuvent en rendre compte.

En écho, méthodologiquement Valérie Fargeon et Marion Brunat déplacent l’analyse classique des dépenses de santé.

Elles visent à identifier les contreparties quantifiables de ces dépenses qui contribuent à la croissance économique, (consommation, emploi, investissement, production, valeur ajoutée)

Les indicateurs économiques disponibles sont perfectibles, ne rendant pas compte de l’ensemble des mécanismes directs et indirects de production et de redistribution.

La recherche passant en revue la littérature existante, et analysant les indicateurs conduit à deux résultats :

- le secteur de la santé a des retombées économiques en termes de production de valeur ajoutée et d’emplois,

- l'assurance santé obligatoire a des effets sur la demande globale en opérant une redistribution et une réduction des inégalités de niveaux de vie.

Loin des évidences il est intéressant de s'attarder sur deux dimensions :

- la place des branches santé dans l'activité productive,
- la place des transferts en nature dans le revenu et la consommation des ménages.

• **Sur le rôle du secteur santé dans la croissance économique en France.**

Pour des questions d'homogénéité des données, l'étude comparative porte sur les comptes nationaux de 2005.

En 2005, le secteur de la santé au sens large représente 9,3% de la valeur ajoutée totale, 7,6% de la production totale et près de 10 % de l'emploi total en France

A titre de comparaison, le secteur Hôtels, cafés, restaurants, représente 2,3% de la valeur ajoutée totale du pays, 2,4% de la production totale, et 3,7% de l'emploi.

Le secteur BTP, représente 5,8% de la valeur ajoutée totale du pays, 6,6% de la production, 6,4% de l'emploi.

Au-delà de cette photographie à l'instant t, qui montre que le secteur de la santé est en volume plus important que le BTP et le secteur Hôtels, cafés et restaurants, la recherche vise à comparer l'effet multiplicateur d'une augmentation des dépenses dans chacun des secteurs.

Chaque dépense nouvelle est un investissement avec un effet direct et indirect sur la valeur ajoutée (Production – Consommations intermédiaires).

Pour 100 de dépenses, l'effet sur la valeur ajoutée est de 82 pour la santé, 85 pour les hôtels, cafés et restaurants, 81 pour le bâtiment.

L'effet emploi est légèrement plus important pour le secteur Cafés restaurants (17,79), 14,4 pour le BTP, 13,56 pour la santé.

Globalement le poids économique du secteur de la Santé est plus important que le BTP ou le secteur hôtels, cafés restaurants.

Le secteur de la santé produit plus de valeur ajoutée. En revanche les secteurs du BTP et de la restauration sont principalement des entreprises de main d'œuvre, ce qui explique l'effet emploi associé à un investissement dans le secteur. Il est à noter que cet effet emploi est loin d'être négligeable pour la santé.

• **Sur la place des transferts en nature dans le revenu et la consommation des ménages.**

Les indicateurs présentés dans l'étude montrent l'importance des transferts sociaux en nature et notamment ceux relatifs à la santé dans le revenu des ménages.

On comprend avec ces chiffres le rôle de la protection sociale comme mécanisme d'amortisseur de la crise.

Les transferts sociaux en nature représentent en moyenne 20,5 % du revenu disponible brut des ménages et 23,5 % de la consommation finale. Les transferts en nature relatifs à la santé représentent 8 % du revenu disponible moyen et 9,2 % de la consommation finale moyenne des ménages.

Le résultat est important, l'assurance maladie obligatoire permet de soutenir l'activité économique générale en soutenant la consommation des ménages.

Cet effet d'entraînement est démontré. Une dégradation de l'état de santé entraîne en l'absence de couverture maladie, des dépenses supplémentaires et une baisse de la consommation non médicales des ménages. A l'inverse l'assurance maladie obligatoire permet de garantir un revenu disponible pour d'autres consommations.

Les données économiques disponibles ne retracent pas complètement l'ensemble des apports économiques et sociaux de la santé. C'est l'apport de cette étude qui passe en revue les manques de notre système de comptabilité nationale et la nécessité de mettre en place des indicateurs repérables dans le temps.

En montrant que les dépenses de santé sont un investissement collectif sur le long terme, l'étude conduit nécessairement à une réflexion sur les modes d'accès aux soins et les acteurs en présence.

Enfin l'analyse de la contribution du secteur de la santé et de l'assurance maladie à la croissance économique et au développement doit s'ouvrir aux effets du système de santé, c'est-à-dire aux possibilités réelles, pour les individus, d'accéder à une offre de service de qualité, adaptée à leurs situations épidémiologiques et/ou sociales.

il n'existe pas d'indicateur produit en routine permettant de faire le lien entre des groupes d'informations.

Concernant l'accessibilité du système de santé, trois problématiques peuvent être analysées : Les difficultés financières, géographiques et sociales d'accès aux soins.

Résumé

Les relations entre santé et développement économique sont nombreuses et bidirectionnelles [CMH, 2001]. La relation qui unit l'espérance de vie et l'état de santé moyen de la population avec le revenu par tête est connue [PRESTON, 1975]. Néanmoins, une même hausse de revenu n'a pas les mêmes effets dans tous les pays en termes d'état de santé. Plus que le revenu par tête, la répartition des revenus et son caractère plus ou moins inégalitaire joueraient un rôle significatif dans l'état de santé des populations [WILKINSON, 1992]. Réciproquement, la santé des populations influence la croissance économique et le revenu global. A l'instar de l'éducation, elle constitue une condition essentielle de développement à long terme. Les modèles de croissance endogène soulignent son rôle dans le capital humain, dans la qualité de l'offre de travail et dans la croissance [AGHION ET *alii*, 2010; KOCOGLU ET DE ALBUQUERQUE, 2009]. Ils s'appuient sur l'idée que l'investissement dans la santé des populations ne se limite pas à l'intérêt individuel, il est également rentable pour la collectivité par ses effets externes dont profitent les entreprises. De leur côté, les auteurs keynésiens ont mis l'accent sur le caractère redistributif des dépenses de santé. En opérant une redistribution horizontale des « bien portants » vers les « malades », elles exercent un impact positif sur la demande, la production et l'emploi (effet d'autant plus fort que la conjoncture est dégradée) et constituent un facteur incontesté de cohésion sociale.

Plus généralement par son dynamisme, le système de santé est générateur d'emplois et source d'effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie [AURAY ET DURU, 1995 ; BOURGEOIS ET PILARSKI, 2009], même si la relation entre l'augmentation des dépenses de santé et l'amélioration de l'état de santé n'est pas directe¹.

Sous l'effet notamment de la mondialisation et de la construction de l'Europe par la monnaie, la santé comme levier de la performance économique a perdu de sa légitimité. Les dépenses de santé sont considérées davantage comme un coût que comme un investissement. Les finalités des systèmes de santé sont désormais assujetties à des objectifs comptables, d'équilibre budgétaire, occultant alors le fait que les politiques publiques de santé sont aussi un élément de cohésion sociale et politique.

L'objectif du travail est d'élaborer un état des lieux et une analyse critique des indicateurs disponibles concernant la contribution du secteur de la santé et de l'assurance santé à la croissance et au développement économique et social.

L'analyse des contributions du secteur de la santé sur la croissance économique et le développement social s'inscrit dans le débat sur la mesure de l'efficacité et de la performance du secteur de la santé et du système de santé.

1. La relation dépend de l'efficacité et de l'efficacité des systèmes de santé et des conditions d'accès aux services de santé.

On peut en effet distinguer plusieurs manières d'évaluer les gains économiques attribuables au secteur de la santé :

1/ l'évaluation des gains en santé liés au traitement d'une maladie comparés aux coûts de celle-ci (calcul économique, analyses coûts-avantages) et l'analyse de la contribution de ces gains à l'efficacité du système productif (par des effets sur le capital humain et sur la quantité et la qualité de l'offre de travail) ;

2/ l'évaluation des contributions du secteur de la santé dans une perspective productive (Production, Valeur ajoutée, emplois) ;

3/ l'analyse des liens entre assurance santé et croissance/développement économique et social qui renvoie, d'une part, à la problématique de la redistribution et de la réduction des inégalités de niveaux de vie et de la pauvreté et d'autre part, à la problématique de la croissance permise par la couverture des dépenses de santé, dépenses qui peuvent alors se reporter sur d'autres consommations pouvant être facteur de croissance.

L'analyse a été circonscrite aux deux dernières approches (les points 2/ et 3/).

Le travail réalisé a porté - à partir d'une revue de la littérature sur les relations et les mécanismes en jeu ainsi qu'à partir de l'étude des enquêtes, des bases de données et de la rencontre de personnes ressource- sur l'identification et l'analyse des systèmes d'information, des indicateurs disponibles et en cours de réflexion méthodologique, des méthodologies mobilisées et des questions qui demeurent en suspens. La finalité du travail consiste en la hiérarchisation des indicateurs identifiés et l'identification des indicateurs qu'il serait nécessaire de produire dans un objectif d'appréciation et de suivi de la contribution du système de santé et d'assurance maladie à la croissance économique et au développement social. Il s'agit de faire ressortir « une image chiffrée et interprétée » du système de santé français et de ses contributions à la croissance et au développement économique et social.

Dès lors, nous proposons une étude exploratoire visant à poser les bases méthodologiques et à discuter les indicateurs existants pour une appréciation et une mesure du poids économique et social du secteur de la santé.

Quelle objectivation des contributions du secteur de la santé à la croissance économique et au développement ? Avec la question de la nature des contributions et du type d'indicateurs qui peuvent rendre compte de ces contributions.

Les premiers résultats

Une première perspective consiste à apprécier et mesurer la place économique du secteur de la santé.

Dans une logique de circuit, les dépenses de santé exercent un impact positif sur la demande, la production et l'emploi (effet d'autant plus fort que la conjoncture est

RÉSUMÉ

dégradée) et en opérant une redistribution horizontale des « bien portants » vers les malades constituent un facteur incontesté de cohésion sociale. Plus généralement par son dynamisme, le système de santé est générateur d'emplois et source d'effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie

I. Le système de santé dans l'activité productive : production, valeur ajoutée, emplois, effets directs et indirects

L'analyse à partir des Comptes Nationaux et du Tableau Entrées-Sorties présente l'intérêt de rendre compte du degré d'intégration du secteur de la santé dans l'ensemble de l'économie et des effets d'interaction générés par le secteur de la santé sur le reste de l'économie. Il s'agit d'apprécier la contribution du secteur de la santé à partir de ses retombées économiques [tableaux 1et 2].

Sur longue période et sur le champ restreint de la santé (santé marchande, santé non marchande, industries pharmaceutiques), la part de la VA du secteur de la santé dans la VA nationale a progressé ces 25 dernières années de 4,6% à 6,2% (à mettre en regard de la part dans la VA de la branche « hôtels, cafés, restaurants » qui est de 2,3% en 2005 mais qui n'a progressé que de 0,3 point entre 1981 et 2005).

La contribution de la branche santé à la croissance en volume de la valeur ajoutée a toujours été positive depuis 1981 (même dans les périodes de conjoncture défavorable) (grâce à la santé non marchande et l'industrie pharmaceutique). C'est une exception parmi les principales branches marchandes.

Tableau 1 – Place des branches santé dans l'activité productive			
2005	Production	Valeur ajoutée	Emploi
Santé dans un sens restreint	4.9%	6.2%	5.8%
Champ de la santé total	7.6%	9.3%	9.9%
BTP	6.6%	5.8%	6.4%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche santé</i>			
Effet direct	96	59	10.1
Effet indirect	53	23	3.45
Effet total	149	82	13.56
Place de la santé après prise en compte des effets directs et indirects	10.6%	12.5%	12.7%
Hôtels, cafés, restaurants	2.4%	2.3%	3.7%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche hôtels, cafés, restaurants</i>			
Effet direct	96	46	11.07
Effet indirect	84	39	8.72
Effet total	180	85	17.79
BTP	6.6%	5.8%	6.4%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche BTP</i>			
Effet direct	95	42	7.52
Effet indirect	84	39	6.88
Effet total	179	81	14.4

Source : à partir de Comptes Nationaux, TES 2005 et Bourgeois et Pilarski, 2009

Le modèle input-output présente un intérêt dans une perspective descriptive et statique. Toutefois, il reste un modèle très linéaire et mécanique et dans une approche prospective et de projections à long terme, il se heurte à un certain nombre de difficultés. En effet, l'analyse ici ne dit rien sur l'effet final d'une augmentation de la demande au secteur de la santé sur l'économie qui nécessite de prendre en compte a minima trois dimensions :

1/ Au-delà des seuls effets directs et indirects, il faudrait évaluer les effets d'entraînement en dynamique du secteur de la santé c'est-à-dire les effets « induits » du surplus de revenu ainsi généré, ce surplus de revenu générant à son tour un surcroît de demande finale et in fine de production, de valeur ajoutée et d'emploi. Une telle évaluation suppose la construction d'hypothèses sur le cadre macro-économique en termes d'évolutions des prix, évolutions des volumes, mais aussi sur les fonctions de consommation et d'épargne ;

2/ Il faudrait réaliser un bouclage macroéconomique complet, ce qui impliquerait de faire intervenir le mode de financement de la demande en santé et ses conséquences. La santé est en effet très largement financée par la collectivité, ce qui pose la question des prélèvements obligatoires nécessaires au financement de toute dépense supplémentaire : de même qu'il y a un multiplicateur « positif » lié à une augmentation de la demande, il y a un multiplicateur « négatif » lié aux prélèvements obligatoires supplémentaires (et aux déficits publics et à l'endettement) ;

3/ Enfin, le secteur de la santé est un secteur largement administré, dans lequel la décision publique doit tenir compte de contraintes politiques.

En d'autres termes, l'utilisation d'un tel modèle dans une perspective dynamique et prospective nécessite la construction d'hypothèses sur les comportements des différents agents économiques et des décideurs politiques et la prise en compte des effets d'un mode de financement des dépenses de santé principalement socialisé.

Tableau 2 – Indicateurs et systèmes d'informations

		Indicateurs	Systèmes d'informations
Production, valeur ajoutée, emploi		Poids de la santé dans la consommation finale (en %)	Comptes Nationaux
		Part de la santé dans la VA nationale	
		Part des effectifs employés dans le champ de la santé dans l'emploi total	
		Evolution des parts de la santé dans la CF, dans la VA, dans l'emploi	
		Contribution de la santé à la croissance en volume de la VA	
		Effets multiplicateurs sur la production, sur la VA et sur l'emploi d'un surcroît de demande adressé au secteur de la santé	Comptes nationaux

II. La perspective des ménages : revenus, consommation et réduction des inégalités

Du point de vue du bien-être économique et du point de vue des ménages, il est pertinent de s'intéresser au revenu plutôt qu'au produit. Dans cette perspective, les dépenses de santé – financées par la collectivité – sont aussi des transferts en espèces et surtout des transferts en nature (services rendus par les administrations publiques avec le remboursement des soins médicaux) qui contribuent à l'amélioration du niveau de vie des ménages. En effet, les transferts en nature (dont les dépenses d'éducation et les dépenses de santé sont les plus importantes en termes de budget) augmentent la consommation des ménages et donc implicitement leur revenu et contribuent ainsi à réduire les inégalités. Or, la perspective des ménages est peu développée dans les comptes nationaux. Une des recommandations du rapport Stiglitz est de développer une logique de revenu et de mieux rendre compte des disparités entre ménages. Une perspective en travail aujourd'hui dans le cadre des comptes nationaux, consiste en la décomposition du compte des ménages [ACCARDO ET *alii*, 2009]. Ceci permet d'avoir la perspective des bénéficiaires, notamment sur les prélèvements et les transferts sociaux.

Les travaux entrepris par la Division Comptes nationaux de l'INSEE portant sur la décomposition du compte des ménages pour l'année 2003² ont pour objectif de produire des statistiques de distribution du revenu qui soient cohérentes avec les données agrégées de Comptabilité nationale (système harmonisé et cohérent en termes de concepts). Le travail réalisé a conduit cette décomposition du compte des ménages selon quatre variables : le niveau de vie, l'âge, la CSP et la composition familiale³.

L'intérêt de l'approche est de rendre compte des transferts en espèces mais également de rendre compte dans le champ de la redistribution d'un certain nombre de services rendus par les administrations publiques (services d'éducation, logements sociaux, remboursement des soins de santé) qui contribuent à l'amélioration du niveau de vie des ménages et à réduire les inégalités. En effet, les transferts en nature concernant les dépenses de santé représentent 41,3 % de l'ensemble des transferts sociaux en nature en moyenne pour les ménages. Ces transferts sociaux en nature réalisent la moitié de la réduction totale des inégalités de niveau de vie [BONNEFOY ET *alii*, 2010].

Les prestations sociales réduisent davantage les inégalités de niveaux de vie que la fiscalité. Le rapport entre le niveau de vie moyen des 20 % les plus riches et des 20 %

2. Cette décomposition des données agrégées de la comptabilité nationale s'appuie sur cinq enquêtes de l'INSEE relatives aux thèmes des revenus et de la consommation : le dispositif des Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages (SRCV-2004), les enquêtes Revenus Fiscaux (ERF-2003), Budget des Familles (BdF-2006), Logement (2002) et Santé (2003). Les enquêtes permettent de disposer de données individuelles pour répartir les masses macro-économiques de revenu ou de consommation entre les différentes catégories de ménages.

3. Le travail est en cours sur une cinquième variable, la zone géographique (rurale / urbaine) ; de même, la décomposition du patrimoine financier et non financier par groupes de ménages est en cours actuellement.

les moins aisés qui passe de 7,4 avant redistribution à 3,8 après redistribution monétaire, passe à 2,7 lorsque sont pris en compte également les transferts en nature. Les transferts en nature s'ils apparaissent comme un puissant outil de redistribution, poursuivent un objectif qui s'exprime davantage en termes d'égalité que de redistribution. Leur finalité pour ce qui concerne les transferts liés à l'éducation et la santé est de permettre une égalité de l'accès à l'éducation et aux soins, quelles que soient les ressources des ménages.

Ils participent pour plus de 52 % à la réduction des inégalités de niveaux de vie, et sont donc très redistributifs même s'ils sont moins ciblés que les transferts monétaires. L'explication vient de l'importance des masses en jeu (la santé et l'éducation représentent un transfert trois fois et demi plus élevé que les prestations monétaires). La santé contribue pour 25 % à la réduction des inégalités et l'éducation à hauteur de 27 %.

L'assurance maladie obligatoire apparaît donc comme un facteur important de la consommation finale, tous biens et services confondus, des ménages. En d'autres termes, en l'absence de transferts en nature sous forme de services de santé gratuits ou semi-gratuits, la consommation finale des ménages serait diminuée de façon non négligeable, ceci pouvant impacter l'état de santé des individus, la croissance économique et le développement.

Tableau 3- Décomposition du compte des ménages par échelle de niveaux de vie (quintiles) (en milliards d'euros, montants annuels moyens par ménages, 2003)

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble des ménages ordinaires de métropole
Revenus primaires	11 392	26 838	38 765	52 894	95 187	45 015
Impôts et cotisations	-4 325	-10 388	-	-	-	-18 203
Prestations	8 102	9061	15 608	21 850	38 846	11778
Transferts courants divers	18	-87	10 324	11 737	19664	224
			-146	-94	1430	
Revenu disponible brut	15187	25423	33336	42687	77436	38814
Transferts sociaux en nature	11681	9562	8784	8300	8208	9307
Dont transferts sociaux en nature santé	3945	4270	3985	3464	3550	3843
	(33.8%)	(44.7%)	(45.4%)	(41.7%)	(43.2%)	(41.3%)
Transferts sociaux en nature (total) par UC	7607	6040	5440	5066	5318	5879
Revenu disponible brut ajusté	26868	34985	42120	50987	85643	48121
Part des transferts en nature santé dans le RDBA	14.7%	12.2%	9.5%	6.8%	4.1%	8%
Dépenses de consommation	15242	24093	31220	39096	51716	32274
Consommation finale effective	26923	33655	40004	47396	59923	41580
Part des transferts en nature santé dans la consommation finale effective	14.7%	12.7%	9.9%	7.3%	5.9%	9.2%

Sources : calculs à partir des tableaux disponibles sur

RÉSUMÉ

Les indicateurs qui rendent compte des contributions des dépenses de santé au revenu et à la consommation des ménages mais aussi des contributions des dépenses de santé à la réduction des niveaux de vie sont recensés dans le tableau suivant [tableau 4].

Tableau 4 – Indicateurs et systèmes d'informations

	Indicateurs	Systèmes d'informations
Perspective des ménages : transferts sociaux en nature et consommation	Prise en compte des transferts sociaux en nature (en santé) dans le RDBA des ménages par quintiles de niveaux de vie	Comptes Nationaux 2003 décomposés à partir des données des Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages (SRCV-2004), des enquêtes Revenus Fiscaux (ERF-2003), Budget des Familles (BdF-2006), Logement (2002) et Santé (2003) et à partir du modèle de micro-simulation INES (DREES)
Perspective des ménages : transferts sociaux en nature et réduction des inégalités de niveaux de vie	Ecarts de revenu avant et après transferts en nature (en santé) entre le 1er décile et le dernier décile de niveau de vie / Ecarts de consommation finale avant et après transferts en nature (en santé) entre le 1er décile et le dernier décile de niveau de vie	Comptes Nationaux 2003 décomposés à partir des données des Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages (SRCV-2004), des enquêtes Revenus Fiscaux (ERF-2003), Budget des Familles (BdF-2006), Logement (2002) et Santé (2003) et à partir du modèle de micro-simulation INES (DREES)
	Idem selon l'âge	
	Contribution des transferts monétaires et en nature à la réduction des inégalités de niveau de vie	Modèle de micro-simulation INES adossé aux données de l'Enquête Santé Protection Sociale, des Comptes de la Santé et aux données de l'Enquête Revenus Fiscaux et sociaux (ERFS)

Discussion et prolongements

Le large financement des dépenses de santé par la collectivité pose la question des prélèvements obligatoires nécessaires au financement de toute dépense supplémentaire. En effet en 2009, les dépenses courantes de santé se sont élevées à 223.1 milliards d'euros soit 11,7% du PIB. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 175.7 milliards d'euros (soit 2724 euros par habitant) soit 9,2% du PIB. Sa part a augmenté dans le PIB pour 2009 du fait de la baisse de ce dernier, conséquence de la crise économique (elle représentait en 1960 3,2% du PIB).

Le contexte général de déficit public / dette publique élevés (respectivement 7,1% du PIB et 82,3% du PIB en 2010), accru par les effets de la crise soulève la question de la place et du rôle des déficits sociaux. Les déficits sociaux qui représentent 1,2% du PIB en 2010 et de la dette sociale (8,8% du PIB) se concentrent sur les branches retraite et maladie. Des efforts de réduction du déficit de l'assurance-maladie ont été réalisés sur

la période 2004-2008. Leur poursuite soulève plusieurs questions : celle du partage du financement entre public et privé c'est-à-dire le niveau de prise en charge socialisé (par l'assurance-maladie obligatoire) de la dépense, celle de l'équité et du fonctionnement du système actuel (avec les questions du reste à charge et celles liées à un système compartimenté et opaque) et enfin, celle de l'efficacité du système de soins. Ces différentes questions soulignent la nécessité de prendre en compte et d'objectiver des contributions plus qualitatives et subjectives des dépenses de santé et du système de santé. Comment les dépenses de santé et le système de santé permettent-ils une consommation de soins curatifs et préventifs utile ou productive de santé et de qualité de vie, adaptée aux besoins de soins et de santé de la population et efficace ? Ceci suppose de prendre en compte la perspective du « fonctionnement du système de santé vécu par les individus » [HCAAM, 2011].

Ainsi, l'analyse de la contribution du secteur de la santé et de l'assurance maladie à la croissance économique et au développement doit s'ouvrir aux effets du système de santé, c'est-à-dire aux possibilités réelles, pour les individus, d'accéder à une offre de service de qualité, adaptée à leurs situations épidémiologiques et/ou sociales.

Il s'agit alors de prolonger l'analyse vers deux directions : celle des effets de l'assurance maladie sur la consommation effective de soins de santé et donc sur la réduction des inégalités de santé et celle des effets de l'organisation et de la disponibilité de l'offre de services de santé sur son accessibilité pour tous les individus.

La couverture offerte par l'assurance maladie, en réduisant le prix du recours supporté par le ménage, offre la possibilité aux individus de consommer des biens et services de santé sans que leur budget n'en subisse les répercussions négatives. Cette relation est démontrée par plusieurs études françaises et anglo-saxonnes [PICHETTI S., RAYNAUD D., VIDAL G., 2009 ; CAUSSAT L., GLAUDE M., 1993 ; RAYNAUD D., 2005 ; NEWHOUSE J. P. AND THE INSURANCE EXPERIMENT GROUP, 1993]. Le taux d'affiliation à la couverture obligatoire et à la couverture complémentaire surtout apparaissent donc comme des indicateurs pertinents sur ce point, indicateurs disponibles dans l'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES. Toutefois, il est nécessaire de compléter ces indicateurs par des informations sur les niveaux et la qualité des couvertures complémentaires au regard de leur financement, informations également présentes dans les résultats de l'enquête SPS de l'IRDES. Enfin, pour une analyse fine des liens existants entre assurance santé et consommation de soins, il s'agit de croiser les données ayant trait au type et à la qualité de la couverture complémentaire, aux données de recours et de consommation de soins. Les informations sont disponibles, pour les premières dans l'enquête SPS de l'IRDES, pour les secondes auprès de l'assurance maladie, les études sur la question sont ponctuelles (telle que celle de l'IRDES en 2005) ; il n'existe pas d'indicateur produit en routine permettant de faire le lien entre ces deux groupes d'informations.

RÉSUMÉ

Concernant l'accessibilité du système de santé, trois problématiques peuvent être analysées :

- les difficultés financières d'accès aux soins liées en partie à la problématique de l'accès aux droits mais aussi aux tarifs et dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels et non pris en charge par la couverture complémentaire [HCAAM, 2011],
- les difficultés géographiques d'accès aux soins qui renvoient à la question de la disponibilité de l'offre de services de santé, principalement liée à la problématique de démographie médicale,
- les difficultés sociales d'accès aux soins et à la prévention et la problématique de repérage par et dans le système de santé qui renvoient aux représentations des individus de leur santé et du système de santé, à l'information transmise, à la coordination des acteurs et à la clarté de l'offre de services médico-sociaux et de santé.

Si plusieurs indicateurs peuvent apparaître pertinents pour l'appréciation de ces trois sous-problématiques, peu voire aucun d'entre eux ne sont disponibles et produits en routine. Seule la question de l'accessibilité géographique est renseignée par des indicateurs de densités de professionnels et de distance d'accès au professionnel le plus proche. L'accessibilité financière et l'accessibilité sociale restent donc à la fois à caractériser et à documenter par des indicateurs pertinents et disponibles en routine permettant des comparaisons temporelles et géographiques.

Rapport

Valérie Fargeon, Marion Brunat, Chantal Euzeby

I. Contexte et objectifs

Dans un contexte de déficits publics et de déficits sociaux élevés, la santé comme levier de la performance économique a perdu de sa légitimité. Les dépenses de santé sont considérées davantage comme un coût que comme un investissement.

Or, les relations entre santé et développement économique sont nombreuses et bidirectionnelles [CMH, 2001]. La relation qui unit l'espérance de vie et l'état de santé moyen de la population avec le revenu par tête est connue [PRESTON, 1975]. Néanmoins, une même hausse de revenu n'a pas les mêmes effets dans tous les pays en termes d'état de santé. Plus que le revenu par tête, la répartition des revenus et son caractère plus ou moins inégalitaire joueraient un rôle significatif dans l'état de santé des populations [WILKINSON, 1992]. Réciproquement, la santé des populations influence la croissance économique et le revenu global. A l'instar de l'éducation, elle constitue une condition essentielle de développement à long terme. Les modèles de croissance endogène soulignent son rôle dans le capital humain, dans la qualité de l'offre de travail et dans la croissance [AGHION ET *alii*, 2010 ; KOCOGLU ET DE ALBUQUERQUE, 2009]. Ils s'appuient sur l'idée que l'investissement dans la santé des populations ne se limite pas à l'intérêt individuel, il est également rentable pour la collectivité par ses effets externes dont profitent les entreprises et plus généralement la société. De leur côté, les auteurs keynésiens ont mis l'accent sur le caractère redistributif des dépenses de santé. En opérant une redistribution horizontale des « bien portants » vers les « malades », elles exercent un impact positif sur la demande, la production et l'emploi (effet d'autant plus fort que la conjoncture est dégradée) et constituent un facteur incontesté de cohésion sociale. Plus généralement par son dynamisme, le système de santé est générateur d'emplois et source d'effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie.

Un autre élément de contexte est le renouveau de la réflexion sur le progrès économique, le progrès social et le bien-être d'une société et sur les indicateurs qui peuvent en rendre compte [STIGLITZ, SEN ET FITOUSSI, 2009]. Les indicateurs qui permettent d'en

rendre compte sont aussi des guides pour l'évaluation des politiques publiques et pour la conception de politiques plus adaptées à la « réalité » observée et aux objectifs que se définit et poursuit la société.

Les finalités des systèmes de santé sont désormais assujetties à des objectifs comptables, d'équilibre budgétaire, occultant alors le fait que les politiques publiques de santé sont aussi un élément de cohésion sociale et politique. Il s'agit par cette recherche de contribuer à un changement de paradigme pour considérer les dépenses de santé comme un investissement économique et social.

Adopter cette perspective suppose de déplacer l'analyse du système de santé-secteur de la santé et assurance santé- d'un système générateur de dépenses à l'analyse des contreparties de ces dépenses.

L'étude conduite ici a pour objectif d'établir un état des lieux et une analyse critique des systèmes d'information et des indicateurs disponibles pour objectiver et rendre compte des contributions du secteur de la santé et de l'assurance-santé à la croissance et au développement économique, social et humain. Il s'agit ainsi de repérer les systèmes d'information et les indicateurs disponibles qui rendent compte des contreparties aux dépenses de santé (économiques, sociales : inégalités de niveaux de vie (et de pauvreté), et en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes).

II. Méthodes

Le travail réalisé a porté, à partir d'une revue de la littérature, sur les relations et les mécanismes en jeu ainsi qu'à partir de l'étude des enquêtes, des bases de données et de la rencontre de personnes ressource (OIT, INSEE, IRDES, OCDE...) [annexe 1], sur l'identification et l'analyse des systèmes d'information (Comptes Nationaux, Comptes de la santé, Enquêtes), des indicateurs disponibles et en cours de réflexion méthodologique, des méthodologies mobilisées et des questions qui demeurent en suspens.

L'objectif du travail est d'élaborer un état des lieux et une analyse critique des indicateurs disponibles concernant les contributions du secteur de la santé et de l'assurance santé à la croissance et au développement économique et social.

Deux questions méthodologiques : la nature des contributions et le type d'indicateurs qui peuvent rendre compte de ces contributions.

La revue de la littérature a été organisée autour des deux axes suivants de manière à mettre en évidence les relations et mécanismes en jeu et la nature des contributions du secteur de la santé à la croissance économique et au développement :

- les liens théoriques et empiriques entre santé et croissance économique : cette relation peut être appréhendée à deux niveaux d'analyse, celui des effets d'une bonne santé sur la croissance et celui du secteur de la santé en lui-même sur la croissance (emplois, valeur ajoutée, progrès technique.) ;
- les liens entre assurance santé et croissance/développement économique : cette question renvoie à la problématique de la croissance permise par la couverture des dépenses de santé, dépenses qui peuvent alors se reporter sur d'autres consommations pouvant être facteur de croissance (logique de soutien de la demande et partage dépenses publiques / dépenses privées) ; elle renvoie également à la problématique de la redistribution et de la réduction des inégalités de niveaux de vie et de la pauvreté mais aussi à la réduction des inégalités de santé, dans une perspective de développement social et humain.

Trois types de contributions du secteur de la santé et de l'assurance-maladie sont identifiés. Il s'agit d'analyser les indicateurs qui rendent compte notamment des deux premières contributions :

- le secteur de la santé et ses retombées économiques (production, valeur ajoutée, emplois) ;
- l'assurance-santé obligatoire et ses effets économiques : couverture socialisée des dépenses de santé, soutien du revenu et de la consommation, avec des effets sur la demande globale, la croissance et l'emploi / la redistribution et la réduction des inégalités de niveaux de vie ;
- les contributions des dépenses de santé et du système de santé à l'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie et au bien-être : comment le fonctionnement du système de santé permet-il une consommation de soins curatifs et préventifs utile, adaptée à la situation des personnes et efficace (conditions d'accès aux soins curatifs et préventifs) ?

Ce travail d'objectivation et d'évaluation des contributions du secteur de la santé à la croissance économique et au développement économique et social s'inscrit dans une double hypothèse.

Dans la perspective de la définition des politiques de santé, les indicateurs de suivi des politiques de santé et des dépenses de santé produisent des catégories d'analyse qui structurent les actions et interventions de l'action publique. « *Ce que l'on mesure définit l'objet même de nos programmes d'actions* » [STIGLITZ, SEN, FITOUSSI, 2009 ; DESROSIERES, 2008 ET 2010]. Déplacer l'analyse des dépenses de santé à celle de leurs contreparties est susceptible d'éclairer les choix politiques et citoyens qui se posent aujourd'hui en termes de financement des politiques de santé. Ce déplacement du regard est également porteur de nouvelles politiques de santé.

Par ailleurs, si l'objectivation de la valeur économique des dépenses de santé est nécessaire, elle n'est pas suffisante. La réflexion sur les contributions des dépenses de santé au développement humain est un prolongement de notre analyse ; elle nécessite un détour par le fonctionnement du système -organisation et financement - et par ses modes de régulations. En effet, la santé se situe au cœur du développement social et du développement humain. *Le concept de « développement humain »* trouve son origine dans les travaux du PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) et plus en amont dans les thèses d'A. Sen sur la justice sociale. Le développement est alors « *le processus d'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus* » [SEN, 1999, p.13]. Il doit être entendu comme l'élargissement des possibilités de choix ouvertes aux individus, grâce à l'extension de leurs potentialités et capacités. Ainsi, si le progrès économique est nécessaire, il n'est pas une fin en soi et n'a de signification que s'il s'accompagne de progrès sociaux et humains. Parmi les possibilités de choix figurent, au premier chef, les capacités de vivre longtemps et de préserver sa santé, de

II. MÉTHODES

recevoir une éducation, et de bénéficier de conditions de vie décentes tout au long de sa vie. Le développement humain est d'autant plus grand que la mortalité infantile est réduite ou que l'espérance de vie et le niveau d'éducation sont élevés. Dans ce processus d'expansion des libertés réelles des personnes, le système de santé - dans ses dimensions d'organisation et de financement- joue un rôle essentiel. Il définit en effet dans son fonctionnement les conditions d'accès réels aux soins préventifs et curatifs nécessaires à la protection de la santé de chacun.

Dès lors, nous proposons une étude exploratoire visant à poser les bases méthodologiques et à discuter les indicateurs existants pour une objectivation des contributions du secteur de la santé à la croissance économique et au développement (économique, social et humain) ainsi que pour une appréciation et une mesure de ces contributions.

Il s'agit également de hiérarchiser les indicateurs identifiés et de conduire l'analyse des indicateurs non disponibles qu'il serait nécessaire de produire pour apprécier et suivre les contributions du système de santé (et des dépenses de santé) dans leurs différentes dimensions (économiques et sociales).

Les différents indicateurs repérés ont été renseignés lorsque cela était possible pour construire une « image chiffrée et interprétée » du système de santé français.

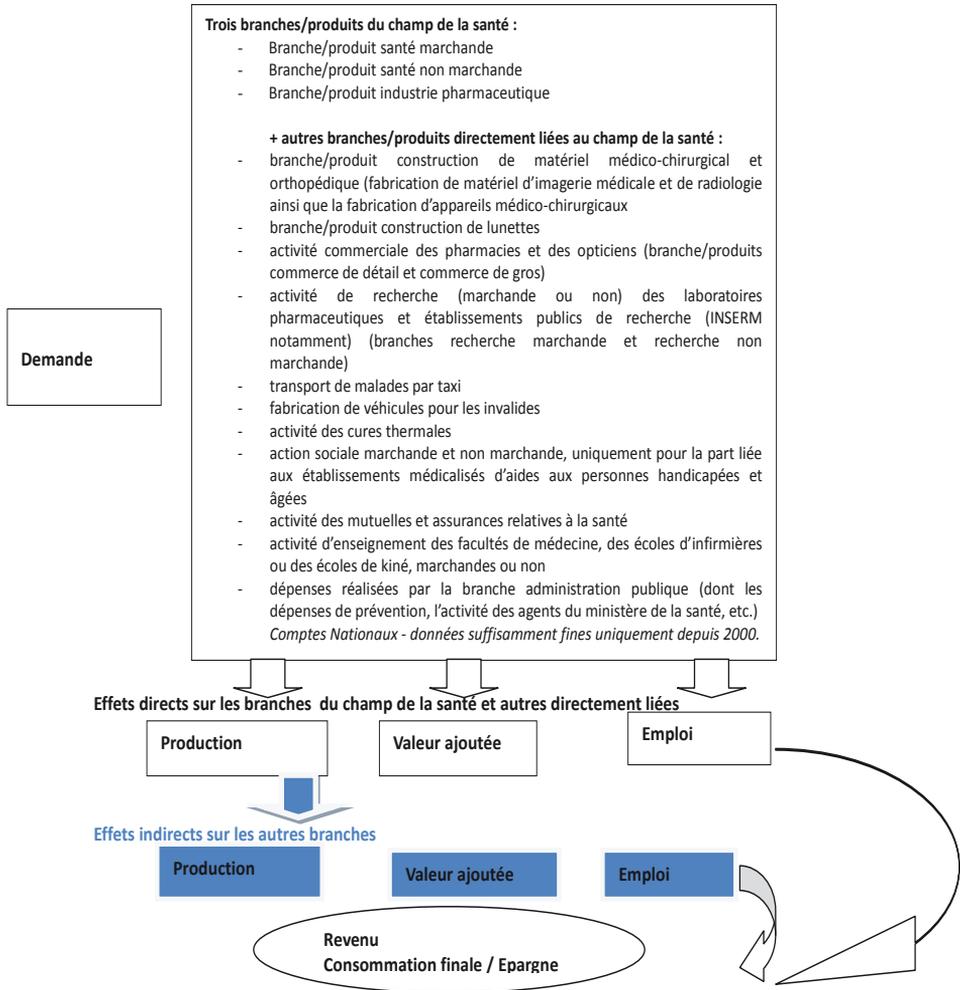
Le travail a porté de manière principale sur les données produites dans le cadre des Comptes Nationaux. Les indicateurs référés aux Comptes Nationaux permettent de rendre compte de la valeur économique du secteur de la santé et de l'assurance santé obligatoire (Partie III). Appréhender la valeur sociale et sanitaire des dépenses de santé et du système de santé nécessite des indicateurs complémentaires (Partie IV).

III. Quels indicateurs des contributions du secteur de la santé et de l'assurance santé à la croissance et au développement ?

Une première perspective consiste à apprécier et mesurer la place économique du secteur de la santé. Il s'agit d'apprécier les contributions du secteur de la santé et de l'assurance santé obligatoire dans ses retombées économiques. Cette approche s'appuie sur l'approche keynésienne qui appréhende l'économie dans une logique de circuit.

Du point de vue de la valeur productive, la demande adressée au secteur de la santé exerce un impact positif sur la production, la valeur ajoutée et l'emploi. Elle est également à l'origine d'effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie [schéma 1].

Schéma 1 – Branche santé et valeur productive

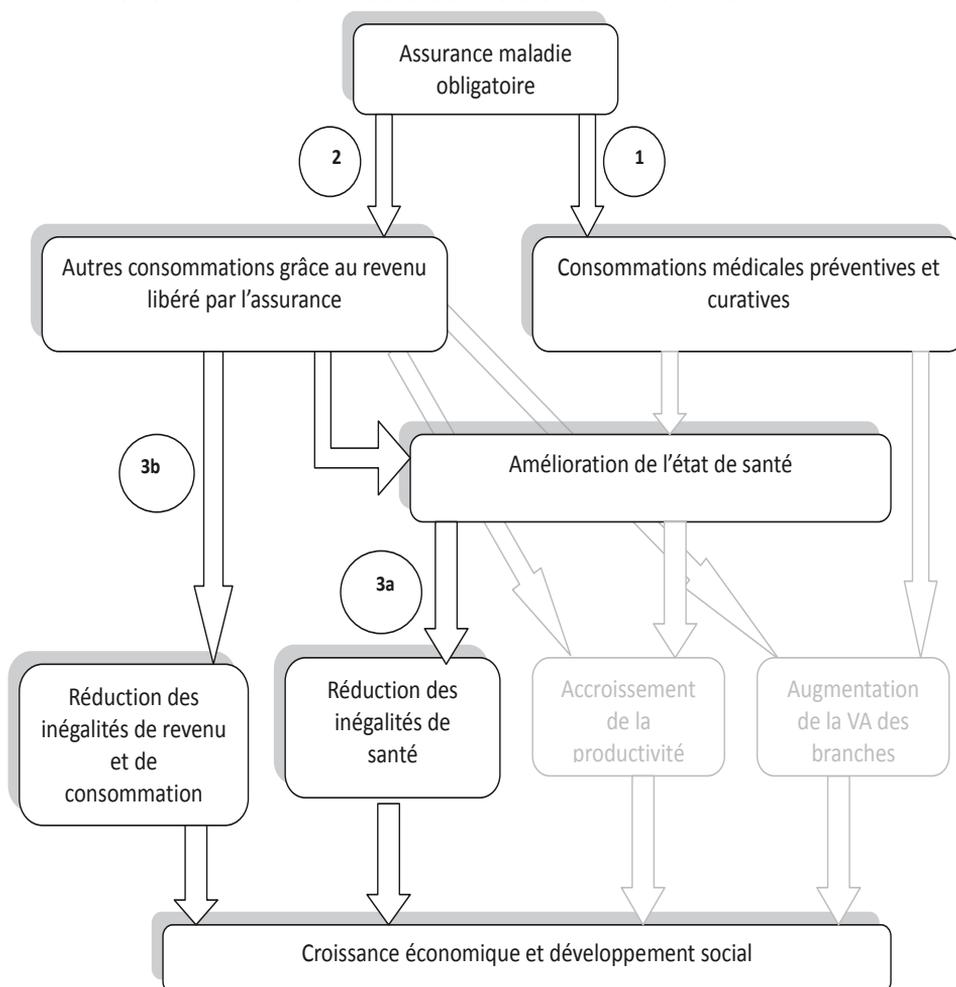


QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

Du point de vue des ménages, on peut considérer les effets de l'assurance-santé obligatoire c'est-à-dire des dépenses publiques de santé, en matière de niveau de vie des ménages et de réduction des inégalités de niveaux de vie entre catégories de ménages.

Ces consommations de services publics (soins médicaux remboursés dans le cadre du système d'assurances sociales), par leur soutien au revenu et à la consommation contribuent au maintien de la demande (en période de conjoncture dégradée notamment) et indirectement à la croissance économique [schéma 2].

Schéma 2- Assurance-maladie et effets sur le revenu et la consommation



Si l'on s'intéresse aux effets de l'assurance maladie obligatoire sur la croissance économique et le développement social, trois relations sont à expliciter :

- 1/ l'effet direct de l'assurance maladie obligatoire sur la croissance et le développement par le biais de l'accroissement des consommations de biens et services médicaux ;
- 2/ l'effet indirect de l'assurance maladie obligatoire sur la croissance et le développement par le biais de l'accroissement des consommations d'autres biens et services 3a/. et 3b/. Les effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire.

La couverture offerte par l'assurance maladie obligatoire¹, en réduisant le prix du recours supporté par le ménage, offre la possibilité aux individus de consommer des biens et services de santé sans que leur budget n'en subisse les répercussions négatives. Elle réduit le poids du coût des soins et permet, théoriquement, aux personnes défavorisées comme aux plus aisées d'accéder aux services médicaux qui sont nécessaires pour leur santé [DOURGNON, GRIGNON, JUSOT, 2001]. La consommation médicale étant dépendante de la part de revenu disponible pour l'achat de soins, il existe une relation immédiate entre la réduction du montant versé par les individus grâce à l'assurance maladie et leur consommation. L'assurance maladie permet donc de consommer davantage de biens et services médicaux, cette consommation impactant à deux niveaux la croissance et le développement économique : à travers l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à travers la dynamique économique associée à la consommation de biens et services (valeur ajoutée, investissement, emplois...)². Ces mécanismes ont été présentés précédemment [schéma 1].

Nous avons centré l'analyse dans les sous-parties suivantes sur les Comptes Nationaux publiés chaque année par l'INSEE.

Dans cette perspective, l'analyse et l'objectivation des contributions des dépenses de santé au développement économique - et à la croissance économique - mais aussi au développement social -avec la prise en compte de leurs effets en termes de réduction de niveaux de vie des ménages s'opère à partir d'une objectivation et d'une mesure quantitatives et monétaires.

1 - Nous distinguons assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire du fait du mode de couverture du risque maladie organisé en France. En effet, l'assurance maladie obligatoire couvre environ 75% des dépenses de santé [Comptes de la santé, DREES]. Dans les Comptes Nationaux, en 2005, le poids de la santé dans la consommation finale (CF) est important puisqu'il atteint 13.9%. Du fait de la prise en charge socialisée des dépenses de l'assurance-maladie, le poids de la santé dans la consommation finale des administrations publiques est de 34% (20% pour la part de l'éducation dans la consommation finale des administrations publiques) alors qu'elle ne représente que 5% de la CF des ménages [BOURGEOIS ET PILARSKI, 2009].

2 - A noter toutefois que la relation peut également être négative dans le cas de l'existence d'un phénomène d'aléa moral [PAULY, 1968 ; NYMAN, 2003]. L'assurance maladie (qu'elle soit obligatoire ou facultative complémentaire) en réduisant le prix apparent des biens couverts peut contribuer à accroître la consommation des individus en biens et services médicaux au détriment de biens qui seraient plus utiles [BARDEY, COUFFINHAL, GRIGNON, 2002]. Il convient alors d'étudier les arbitrages de consommations des ménages.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

Les indicateurs produits (ou qui pourraient être produits régulièrement) rendent compte de ce qu'on peut appeler la valeur économique du système de santé. Trois grands types de contributions du secteur de la santé et de l'assurance santé obligatoire en termes de valeur économique sont distingués :

- des contributions à l'activité productive : production, valeur ajoutée, emplois, effets directs et indirects,
- des contributions au niveau de vie des ménages : revenu et consommation,
- des contributions à la réduction des inégalités de niveaux de vie des ménages.

III. Des indicateurs qui rendent compte des contributions du secteur de la santé à l'activité productive

Le secteur de la santé, que ce soit au sens strict (avec les branches santé marchande, santé non marchande et industrie pharmaceutique) ou au sens large (en prenant en compte des branches ou morceaux de branches dont l'activité et les produits sont directement liés à la santé - par exemple, les activités des mutuelles et des assurances relatives à la santé ou les dépenses réalisées par les administrations publiques.) [cf. schéma 1] peut être considéré du point de vue de la production et de ses retombées économiques (valeur ajoutée, emplois).

A - Indicateurs et systèmes d'information : l'analyse à partir des Comptes Nationaux et du Tableau Entrées-Sorties

L'analyse à partir des Comptes Nationaux et du Tableau Entrées-Sorties présente l'intérêt de rendre compte du degré d'intégration du secteur de la santé dans l'ensemble de l'économie et des effets d'interaction générés par le secteur de la santé sur le reste de l'économie. Il s'agit d'apprécier la contribution productive du secteur de la santé.

Les indicateurs principaux qui rendent compte de cette contribution économique sont les suivants [tableau 1] :

- part des branches santé dans la production totale, dans la VA totale, dans l'emploi total,
- effets directs et indirects des branches santé sur l'économie,
- contenus directs et indirects de la demande finale en santé,
- contribution des branches santé à la croissance en volume de la VA.

Tableau 1 – Indicateurs et systèmes d'informations

		Indicateurs	Systèmes d'informations
Production, valeur ajoutée, emploi		Poids des branches santé dans la consommation finale (en %) Part des branches santé dans la production totale Part des branches santé dans la VA nationale Part des effectifs employés dans le champ des branches santé dans l'emploi total Evolution des parts des branches santé dans la CF, dans la VA, dans l'emploi	Comptes Nationaux
		Contribution des branches santé à la croissance en volume de la VA	
		Effets multiplicateurs sur la production, sur la VA et sur l'emploi d'un surcroît de demande adressé aux branches santé	Comptes nationaux / TES

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

B - Une « image renseignée »

L'étude de Bourgeois et Pilarski [2009] réalisée sur les données 2005 des Comptes nationaux permet de construire une première image du rôle que joue le système de santé au sein de l'activité productive d'un pays, en termes de production, de valeur ajoutée, d'emplois et d'effets directs et indirects [tableau 2]. Le tableau Entrées-Sorties est l'outil privilégié pour conduire cette analyse [encadré 1].

• Le système de santé au sein de l'activité productive

L'analyse conduite sur les données des Comptes Nationaux 2005 met en évidence l'importance du champ de la santé en termes économiques. En 2005, le champ de la santé au sens large représente 9,3 % de la valeur ajoutée totale, 7,6 % de la production totale et emploie près de 2.5 millions de personnes soit près de 10 % de l'emploi total.

La mise en regard de ces données avec le poids de la branche « Hôtels, cafés, restaurants » d'une part et « BTP » d'autre part témoigne de l'importance productive des branches santé [tableau 2].

Tableau 2 – Place des branches santé dans l'activité productive

2005	Production	Valeur ajoutée	Emploi
Santé dans un sens restreint	4.9%	6.2%	5.8%
Champ de la santé total	7.6%	9.3%	9.9%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche santé</i>			
Effet direct	96	59	10.1
Effet indirect	53	23	3.45
Effet total	149	82	13.56
Place de la santé après prise en compte des effets directs et indirects	10.6%	12.5%	12.7%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche hôtels, cafés, restaurants</i>			
Hôtels, cafés, restaurants	2.4%	2.3%	3.7%
Effet direct	96	46	11.07
Effet indirect	84	39	8.72
Effet total	180	85	17.79
BTP	6.6%	5.8%	6.4%
<i>Augmentation de 100 unités de demande à la branche BTP</i>			
Effet direct	95	42	7.52
Effet indirect	84	39	6.88
Effet total	179	81	14.4

Lecture : pour 100 unités de demande supplémentaire adressées au secteur de la santé, 96 unités devraient être produites directement par le secteur de la santé (les autres étant importées). Pour réaliser cette production, 53 unités supplémentaires tous secteurs confondus seraient nécessaires.

Sources : [Bourgeois et Pilarski, 2009] à partir de *Comptes nationaux (base 2000)*, INSEE.

Sur le champ restreint de la santé (santé marchande, santé non marchande, industries pharmaceutiques), la part de la valeur ajoutée du secteur de la santé dans la valeur ajoutée nationale a progressé ces 25 dernières années de 4,6 % à 6,2 % (à mettre en regard de la part dans la valeur ajoutée de la branche « hôtels, cafés, restaurants » qui est de 2,3 % en 2005 mais qui n'a progressé que de 0,3 point entre 1981 et 2005) [BOURGEOIS ET PILARSKI, 2009]. La contribution de la branche santé à la croissance en volume de la valeur ajoutée a toujours été positive depuis 1981 (même dans les périodes de conjoncture défavorable) (grâce à la santé non marchande et l'industrie pharmaceutique).

• **La prise en compte des effets directs et indirects**

L'étude de Bourgeois et Pilarski [2009] permet également de rendre compte du poids indirects de la branche santé en 2005.

Ainsi, l'effet multiplicateur pour la branche santé sur la production directe et indirecte est de 1,49 [tableau 2]. En d'autres termes, pour une consommation finale de 100 unités, 149 unités de production directe et indirecte sont nécessaires, qui se décomposent ainsi : 96 unités résultent d'un effet direct de l'augmentation de production, elle-même faisant suite à la hausse de 100 unités de demande après prise en compte des importations ; 53 unités résultent d'un effet indirect de l'augmentation des productions de consommations intermédiaires. La branche santé a un effet d'entraînement significatif sur la production directe et indirecte, mais plus faible que celui des branches BTP (1,79) ou hôtels, cafés, restaurants (1,80), qui ont des effets indirects près de deux fois supérieurs.

Encadré 1 - La filière santé et la prise en compte des interactions qui la lient au reste de l'économie : les effets indirects

Tenir compte du poids indirect de la santé dans l'ensemble de l'économie revient à inclure les productions, réalisées en amont de la seule production de santé c'est-à-dire à prendre en compte les « *inputs* » consommés dans le processus de production de la branche santé et qui relèvent de la production d'autres biens et services. Car en effet, leur production génère également de la valeur ajoutée, de l'emploi et des revenus.

La prise en compte des interactions peut être complétée par un modèle d'analyse entrée-sorties (ou modèle *input-output*). C'est un modèle habituellement utilisé pour analyser un choc de demande sur l'économie et estimer les effets directs et les effets indirects d'une augmentation de la demande finale d'une unité d'un produit.

Si l'on augmente par exemple la demande finale en hospitalisation d'une unité (choc de demande) en l'absence d'importations, le secteur de la santé répond à cette demande par la production d'un séjour hospitalier : c'est l'effet direct. La production de ce séjour hospitalier supplémentaire nécessite des consommations intermédiaires de divers produits (médicaments, matériel médical, hébergement et blanchisserie, etc.), qui doivent être produits préalablement. Leurs producteurs devront, pour satisfaire la demande de l'hôpital, consommer au cours du processus de production d'autres produits, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un nouvel équilibre soit trouvé. En plus de l'effet direct, on appelle effet indirect la somme de ces effets de second ordre.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

Ces modèles permettent de comparer les effets d'entraînement des différentes branches face à des chocs de demande de même nature, c'est-à-dire comparables en termes de financement public ou privé. on peut examiner l'impact global sur la production, la valeur ajoutée et l'emploi.

Les multiplicateurs de production (rapport de la production totale, directe ou indirecte, nécessaire pour répondre au choc de demande initiale) sont d'autant plus forts que la branche observée a de fortes consommations intermédiaires au regard de sa propre production, autrement dit, qu'elle a un faible taux de valeur ajoutée et que son produit est faiblement importé.

La plupart des branches de l'économie interviennent de manière significative dans le processus de production du secteur de la santé. Ce phénomène est dû à la grande diversité des consommations intermédiaires, notamment de la production hospitalière.

A partir de [Bourgeois et Pilarski, 2009]

En termes de valeur ajoutée, les effets sont plus faibles puisqu'il faut déduire des effets sur la production les consommations intermédiaires nécessaires aux différents processus de production, que ce soit de la santé directement ou des branches qui en dépendent : 100 unités de demande finale en santé supplémentaire augmentent de 82 unités la valeur ajoutée (effet direct et indirect).

En termes d'emplois créés par le surcroît de demande : pour satisfaire 100 unités de demande finale en santé, 14 emplois environ seraient créés (effet direct et indirect) alors que pour le BTP ou la branche « hôtels, cafés, restaurants », respectivement 14 et 18 emplois sont créés.

Ce type de modèle permet également d'évaluer *a posteriori* le poids de la demande de santé dans l'économie, une fois pris en compte ses effets indirects sur les autres branches [tableau 2]. En 2005, la production de la santé représente 235 milliards d'euros, soit 7,6 % de la production totale de l'économie. Si l'on tient compte des effets directs et indirects, la production de la branche représente alors 10,6 % de la production totale. En termes de valeur ajoutée, la place de la santé dans l'économie nationale est supérieure si l'on tient compte à la fois des effets directs et indirects : elle atteint alors 12,5 % de la valeur ajoutée dans l'économie. En termes d'emploi, la santé occupe directement ou indirectement 3,2 millions de personnes, ce qui représente 12,7 % des actifs.

• Intérêt et précautions

L'analyse à partir des Comptes Nationaux présente l'intérêt de rendre compte du degré d'intégration du secteur de la santé dans l'ensemble de l'économie et des effets d'interaction générés par le secteur de la santé sur le reste de l'économie.

Les données précédentes sont issues des Comptes Nationaux. Dans l'estimation de la valeur économique du secteur de la santé en termes de production, d'emploi et de

valeur ajoutée, se pose une question de délimitation du champ de la santé considéré. En effet, dans l'étude de Bourgeois et Pilarski, ce champ de la santé est plus ou moins extensif et a fait l'objet de construction à partir de différentes branches et morceaux de branches. Selon qu'on retient un champ de la santé restreint aux trois branches *stricto sensu* (santé marchande, santé non marchande, industrie pharmaceutique) ou un champ de la santé élargi en prenant en compte des morceaux de branches dont les activités et produits sont directement liés à la santé [cf. schéma 1], la valeur de la production, de la valeur ajoutée et de l'emploi augmente d'un facteur de 1.5 à 1.6.

C- Intérêt et questions méthodologiques

L'analyse de la place productive des branches santé dans l'économie à partir des Comptes Nationaux atteste de son importance. Toutefois, les indicateurs produits ne prennent pas en compte trois ensembles d'éléments.

• La non prise en compte de la production domestique et bénévole

La production et les consommations intermédiaires évaluées dans le système des Comptes Nationaux sont celles de biens et services échangés sur un marché. Ainsi, ni la production domestique de services ni la production bénévole ne sont prises en compte. L'enquête « *Emploi du temps des ménages* » pourra peut-être donner quelques indications. Par ailleurs, l'enquête « *Handicap-Santé* » est une nouvelle enquête, réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008 et 2009 et qui devrait permettre de documenter cette question. Elle comprend différents volets, notamment une enquête sur les aidants informels qui a été adossée à l'enquête santé en ménages ordinaires (HSA, DREES, 2008), afin de mieux connaître cette population. L'enquête HID (Handicaps-Incapacité-Dépendance, 1998-1999) estimait à 5 millions de personnes le nombre de personnes bénéficiant d'une aide régulière pour accomplir certains actes de la vie quotidienne. Et pour près de la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile, il s'agissait exclusivement d'une aide de l'entourage ; 62 % des personnes en situation de handicap vivant à domicile sont aidées par un ou plusieurs aidants non professionnels, principalement des membres de la famille.

Le champ de la santé - notamment au sens large - est un champ où les associations sont nombreuses ; dans le même temps, la production domestique et bénévole est importante. Il apparaît en outre important d'avoir une connaissance des évolutions de cette production domestique et bénévole compte tenu des évolutions économiques et sociétales. En effet, les services de soins au sens large (ou de *care*), peuvent être produits au sein de la sphère domestique et familiale mais également dans la sphère marchande. Or, les périmètres de ces deux champs sont variables d'une société à l'autre et le déplacement de leurs frontières est l'objet de politiques publiques. Ces

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

déplacements d'activités de la production domestique vers la production marchande (ou inversement) ont des effets sur la variation des performances économiques - que ce soit en termes de production ou en termes de revenus pour les ménages- qu'il est important de pouvoir qualifier et mesurer.

• Le bouclage macro-économique

Le modèle *input-output* présente un intérêt dans une perspective descriptive et statique. Toutefois, il reste un modèle très linéaire et mécanique et dans une approche prospective et de projections à long terme, il se heurte à un certain nombre de difficultés. En effet, l'analyse ici **ne dit rien sur l'effet final** (en dynamique) d'une augmentation de la demande au secteur de la santé sur l'économie qui nécessite de prendre en compte a minima trois dimensions :

1/ Au-delà des seuls effets directs et indirects, il faudrait évaluer les effets d'entraînement en dynamique du secteur de la santé c'est-à-dire les effets « induits » du surplus de revenu ainsi généré, ce surplus de revenu générant à son tour un surcroît de demande finale et in fine de production, de valeur ajoutée et d'emploi. Une telle évaluation suppose la construction d'hypothèses sur le cadre macro-économique en termes d'évolutions des prix, évolutions des volumes, mais aussi sur les fonctions de consommation et d'épargne des ménages ;

2/ il faudrait réaliser un bouclage macroéconomique complet, ce qui impliquerait de faire intervenir le mode de financement de la demande en santé et ses conséquences. La santé est en effet très largement financée par la collectivité, ce qui pose la question des prélèvements obligatoires nécessaires au financement de toute dépense supplémentaire : de même qu'il y a un multiplicateur « positif » lié à une augmentation de la demande, il y a un multiplicateur potentiellement « négatif » lié aux prélèvements obligatoires supplémentaires (et aux déficits publics et à l'endettement) ;

3/ enfin, le secteur de la santé est un secteur largement administré, dans lequel la décision publique doit tenir compte de contraintes politiques.

Ainsi, l'utilisation d'un tel modèle dans une perspective dynamique et prospective nécessite la construction d'hypothèses sur les comportements des différents agents économiques et des décideurs politiques et la prise en compte des effets d'un mode de financement des dépenses de santé principalement socialisé.

Cette question des effets du partage du financement public/privé est éclairée par les parties III2 et III3 sur les transferts sociaux en nature dans la consommation et le revenu des ménages. Mais comme on le souligne infra, l'analyse mérite d'être complétée par une image plus complète des restes à charge et des bilans transferts /consommation mis en regard des contributions (aussi bien pour ce qui concerne les dépenses de

santé financées par des prélèvements obligatoires que celles financées par les assurances complémentaires).

• **La contribution des dépenses à l'amélioration du bien-être matériel et non matériel des ménages**

Les données contenues dans les Comptes Nationaux ne donnent pas d'indication de la qualité des dépenses et *a fortiori* non plus de leur possible utilité et contribution au bien-être. Il convient pour cela de passer à une perspective de revenu et de consommation et plus largement à la perspective des bénéficiaires et des ménages. Les parties III2. et III3. mettent en évidence le rôle des transferts sociaux en nature dans le bien-être matériel des ménages. En effet, dans les Comptes nationaux la perspective retenue est celle de la production. Or, « *les niveaux de vie matériels sont plus étroitement associés aux mesures de revenus réels et de la consommation réelle* ». En outre, les données disponibles dans les Comptes nationaux sont des données agrégées qui rendent mal compte des dispersions et des situations vécues par les ménages et les individus.

Cette question de l'appréciation de la contribution des dépenses sociales et notamment de santé à l'amélioration du bien-être matériel est largement référée aux recommandations du rapport Stiglitz : dans le cadre de l'évaluation du bien-être matériel, « *se référer aux revenus et à la consommation plutôt qu'à la production* » [STIGLITZ, SEN, FITOUSSI, 2009a, p. 42], « mettre l'accent sur la perspective des ménages » voire des individus lorsque cela est possible et « accorder davantage d'importance à la répartition des revenus, de la consommation et des richesses » [*op cit.*, p. 43], en d'autres termes aux indicateurs de dispersion et d'inégalités.

III.2. Des indicateurs qui rendent compte des contributions de l'assurance santé obligatoire (dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires) au niveau de vie des ménages

Du point de vue du bien-être économique et du point de vue des ménages, il est pertinent de s'intéresser au revenu plutôt qu'au produit. Or, la perspective des ménages est peu développée dans les comptes nationaux. Une des recommandations du rapport Stiglitz est de développer une logique de revenu et de mieux rendre compte des disparités entre ménages. Dans cette perspective, les dépenses de santé - financées par la collectivité - sont aussi des transferts en espèces et surtout des transferts en nature (services rendus par les administrations publiques avec le remboursement des soins médicaux) qui contribuent à l'amélioration du niveau de vie des ménages. En effet, les transferts en nature (dont les dépenses d'éducation et les dépenses de santé sont les plus importantes en termes de budget) augmentent la consommation des ménages et leur revenu.

A- Indicateurs et systèmes d'information : le compte des ménages et les indicateurs de Revenu disponible brut ajusté et consommation finale effective

Dans les comptes nationaux, sont traditionnellement utilisés deux grands types d'indicateurs : le Revenu Disponible Brut (RDB) et les Dépenses de Consommation des ménages. Ils sont utilisés pour mesurer l'évolution du pouvoir d'achat des ménages. Le revenu disponible brut des ménages est obtenu à partir du revenu primaire des ménages (qui correspond aux revenus tirés de leurs activités salariées ou indépendantes ainsi que de leur patrimoine par les ménages) en lui retranchant les impôts et cotisations sociales et en ajoutant les transferts sociaux « en espèces »³.

Deux autres indicateurs sont peu mis en avant et mériteraient un suivi et une analyse régulière [FESSEAU ET *alii*, 2010]. Il s'agit du Revenu Disponible Brut Ajusté (RDBA) qui ajoute les transferts sociaux en nature sous forme de services gratuits ou quasi-gratuits au revenu disponible brut⁴ et de la Consommation Finale Effective (ce qui est

3 - Selon l'INSEE, le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs. Quatre impôts directs sont généralement pris en compte : l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, la contribution sociale généralisée et la contribution à la réduction de la dette sociale.

4 - Selon l'INSEE, pour les ménages, le RDBA correspond au revenu disponible augmenté des transferts sociaux en nature contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages.

réellement consommé par les ménages) qui ajoute à la Dépense de Consommation (ce qui est payé directement par les ménages) les transferts sociaux en nature⁵.

Les indicateurs qui rendent compte de la perspective des ménages et permettent d'apprécier l'importance des services publics gratuits en santé notamment dans le revenu et la consommation des ménages sont les suivants [tableau 3].

	Indicateurs	Systèmes d'informations
La perspective des ménages : transferts sociaux en nature et revenu et consommation Prise en compte des transferts sociaux en nature (en santé)	Rapport RDBA / RDB Rapport Consommation finale effective / dépenses de consommation Part des transferts sociaux en nature dans le RDBA des ménages (en moyenne) Part des transferts sociaux en nature relatifs à la santé dans le RDBA des ménages (en moyenne) Part des transferts sociaux en nature dans la consommation finale effective des ménages (en moyenne) Part des transferts sociaux en nature relatifs à la santé dans la consommation finale effective des ménages (en moyenne)	Comptes Nationaux

Ces deux ensembles d'indicateurs - de Revenu Disponible Brut et de Consommation Finale d'une part et de Revenu Disponible Brut Ajusté et de Consommation Effective des ménages permettent d'étudier les relations entre consommation et revenu à deux stades de la redistribution (le revenu disponible brut après prise en compte des transferts sociaux monétaires (pensions de retraite, dépenses d'action sociale...) et le revenu disponible brut ajusté après prise en compte également des transferts sociaux en nature). ils permettent d'apprécier l'effet de la prise en charge collective de certaines dépenses sociales.

L'intérêt de l'approche est de rendre compte des transferts en espèces mais également de rendre compte dans le champ de la redistribution d'un certain nombre de services rendus par les administrations publiques (services d'éducation, logements sociaux, remboursement des soins de santé) qui contribuent à l'amélioration du niveau de vie des ménages. **L'assurance maladie obligatoire apparaît donc comme un facteur important de la consommation finale, tous biens et services confondus, des ménages.** En d'autres termes, en l'absence de transferts en nature sous forme de services de santé gratuits ou

5 - Selon l'INSEE, la consommation effective des ménages inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des ISBLSM, donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

semi-gratuits, la consommation finale des ménages serait diminuée de façon non négligeable, ceci pouvant impacter l'état de santé des individus, la croissance économique et le développement.

B - Une « image renseignée »

• Pour 2003 et 2009, on peut disposer des informations suivantes permettant de renseigner les indicateurs prenant en compte les transferts sociaux en nature [FESSEAU et *alii*, 2010]

En 2009, le revenu disponible brut des ménages représente 1294 milliards d'euros. Les dépenses de consommation qui comprennent la consommation de soins de santé payée directement par les ménages représentent 1085 milliards d'euros en 2009 et les dépenses concernant la santé et l'éducation représentent 5% de ces dépenses de consommation [FESSEAU ET *alii*, 2010].

Tableau 4- Place des transferts en nature dans le revenu et la consommation des ménages
Revenu disponible brut ajusté et Consommation finale effective

Indicateurs	Comptes Nationaux 2003 (montants moyens par ménage en euros)	Comptes Nationaux 2009 (montants totaux)
Revenus primaires	45 015	
Revenu Disponible Brut des ménages	38 814	1294 milliards d'euros
Revenu Disponible Brut Ajusté des ménages	48 121	1628 milliards d'euros
Rapport RDBA / RDB	Augmentation de 24%	Augmentation de 25%
Dépenses de consommation des ménages	32 274	1085 milliards d'euros
Consommation finale effective des ménages	41 580	1419 milliards d'euros
Rapport Consommation finale effective / dépenses de consommation	Augmentation de 28.8%	Augmentation de 30%
Transferts sociaux en nature	9 307	334 milliards d'euros
Transferts en nature relatifs à la santé	3 843	
Part des transferts sociaux en nature dans le RDBA des ménages (en moyenne)	19.3%	20.5%
Part des transferts sociaux en nature relatifs à la santé dans le RDBA des ménages (en moyenne)	8%	
Part des transferts sociaux en nature dans la consommation finale effective des ménages (en moyenne)	22.4%	23.5%
Part des transferts sociaux en nature relatifs à la santé dans la consommation finale effective des ménages (en moyenne)	9.2%	

Ces différents indicateurs montrent l'importance des transferts sociaux en nature et notamment de ceux relatifs à la santé dans le revenu des ménages et dans leur consommation effective [tableau 4]. En effet, en 2009 les transferts sociaux en nature représentent en moyenne 20,5 % du RDBA des ménages et 23,5 % de la consommation finale effective de ces derniers. En 2003, les transferts en nature relatifs à la santé représentent, quant à eux, 8 % du RDBA moyen par ménage et 9,2 % de la consommation finale effective moyenne par ménage.

Ainsi, l'assurance maladie obligatoire a un effet indirect sur la croissance et le développement par le biais à la fois des consommations de produits de santé et des autres consommations [DOURGNON P., GRIGNON M., JUSOT F., 2001]. La dégradation de l'état de santé entraîne, en l'absence de couverture maladie, des dépenses supplémentaires, une baisse du revenu disponible et donc une diminution des consommations non médicales. Ce mécanisme est d'autant plus fort que le niveau d'assurance est faible. A l'inverse, l'assurance maladie obligatoire permet de libérer un revenu disponible pour d'autres consommations à comptabiliser dans la croissance économique et le développement social. Deux types de consommations sont à distinguer. Une partie d'entre elles n'a pas d'autres effets identifiés sur la santé mais une partie importante peut aussi avoir des effets sur l'état de santé, c'est le cas du logement, de l'alimentation, des loisirs sportifs ou de détente par exemple.

Les transferts sociaux en nature tels que ceux relatifs à la santé apparaissent comme des soutiens au revenu et à la consommation des ménages. Ceci témoigne aussi de leur effet amortisseur en période de crise.

C- Intérêt et questions méthodologiques

• L'intérêt d'un suivi des indicateurs de Revenu Disponible Brut Ajusté et de Consommation finale effective des ménages est double.

Raisonnement dans la perspective des ménages, c'est avancer dans la perspective d'une appréciation de leur bien-être matériel, avec une mesure plus complète de leur revenu disponible pour consommer et épargner, en prenant en compte la production de services collectifs individualisables (santé, éducation, ...).

Force est de constater que les indicateurs traditionnellement utilisés - comme le RDB des ménages - sous-estiment la contribution des dépenses publiques au niveau de vie des ménages. Par la mise à disposition gratuite ou semi-gratuite des services d'éducation et de santé, ces dépenses collectives sont des ressources pour les ménages et font partie intégrante de leur revenu et de leur consommation.

C'est aussi déplacer l'analyse des prélèvements obligatoires vers leurs contreparties,

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

en d'autres termes sur les contributions des dépenses publiques de santé au pouvoir d'achat des ménages.

Le suivi du revenu disponible brut ajusté est plus représentatif du pouvoir d'achat des ménages et permet un suivi dans le temps et dans l'espace (des comparaisons internationales) de l'évolution du bien-être matériel des ménages.

Ainsi que le soulignent Stiglitz, Sen, Fitoussi [2009b, p. 40], si l'on tient compte des bénéfices reçus des pouvoirs publics en retirant les impôts, la différence de revenu disponible ajusté réel des ménages en 2005 entre la France et les États-Unis, est réduite de plus de 20 % par rapport à la différence de revenu disponible réel des ménages entre les deux pays, simplement parce que les transferts sociaux en nature reçus par la population sont beaucoup plus importants en France.

De même, pour 2000 (données OCDE), pour certains pays et en particulier les pays scandinaves, omettre les services publics individualisables conduit à ce que l'appréciation du pouvoir d'achat à partir du revenu disponible brut des ménages n'a aucune signification réelle quant au véritable niveau de vie des ménages. Pour les autres pays, les écarts entre « revenus disponibles » et « revenus disponibles ajustés » sont d'environ 20 % [SÉNAT, 2008].

Toutefois, intégrer dans la mesure du revenu des ménages les transferts sociaux en nature (ou les dépenses publiques donnant lieu à des services publics dont la consommation est individualisable) soulève des questions méthodologiques importantes.

• La valorisation des transferts en nature : la mesure de la valeur des services non marchands

Certains services publics qui pourtant contribuent au bien-être matériel des ménages ne sont pas intégrés dans ces indicateurs de RDBA et de CFE, tels que la sûreté, les dépenses de protection de l'environnement. (i.e. les dépenses collectives non individualisables).

Par ailleurs, la méthode de valorisation des services non marchands est insatisfaisante pour différentes raisons.

En effet, le mode de calcul du PIB est approprié pour les biens et services marchands valorisables à leur prix de marché même s'il faut alors faire la part de l'évolution des prix qui résulte de l'inflation et de celle qui traduit l'amélioration de la qualité (et une possible amélioration du bien-être). La question se pose notamment pour les biens de haute technologie et pour les services.

Les services fournis par les administrations publiques posent une difficulté technique qui renvoie à la question de savoir quelle valeur monétaire attribuer à un service que par définition on ne paie pas.

Pour les services publics tels que la santé et l'éducation, c'est le cas puisqu'ils sont fournis à titre gratuit. On ne dispose donc pas de prix permettant de les valoriser. L'approche retenue par les comptables nationaux est la méthode des inputs ou des intrants : ainsi la valeur de la production de ces services est supposée égale au coût des facteurs utilisés pour les produire. Les coûts pris en compte sont les suivants : les rémunérations (salaires et cotisations sociales), les consommations intermédiaires que nécessite leur production; les impôts et taxes liés à la production; la consommation de capital fixe. En fait, ces coûts correspondent pour l'essentiel à des dépenses publiques. Mais dans ces conditions, « *la contribution des dépenses publiques à la production nationale est estimée, dans la comptabilité nationale,... au montant qu'elles atteignent. (...) De même, la contrepartie productive de la variation des dépenses publiques est égale... à la variation de leur montant* » [SÉNAT, 2008].

La commission Stiglitz [2009b, p. 35] souligne que l'on ne dispose d'aucune bonne méthode de mesure de la valeur des biens et des services produits par les pouvoirs publics. Toutefois, la méthode traditionnellement utilisée, celle de la valorisation des services non marchands à partir des intrants soulève deux questions. Elle suppose que l'augmentation de la productivité dans le secteur public est identique à celle du reste de l'économie, et qu'il n'y a pas de « dividende social ».

La mesure de la production à l'aide des intrants (et par conséquent l'omission des « profits » ou du « dividende social ») peut conduire à une sous-estimation de la production du secteur public.

Si un pays a opté pour une fourniture publique de la majeure partie de ses soins de santé et si ces services sont sous-valorisés par la méthode d'imputation qu'on a retenue, il apparaîtra moins riche qu'un pays dans lequel les mêmes services sont assurés par le marché et valorisés au prix de ce marché. Mais il s'agit là d'un artefact [CLERC ET *alii*, 2010].

Inversement, dans certains pays, les pouvoirs publics fournissent des services auxquels les citoyens n'attribuent pas de valeur ou des services produits de manière inefficace, si bien que le fait d'évaluer la production grâce aux intrants peut entraîner une surestimation de la valeur des services [STIGLITZ ET *alii*, 2009b].

La méthode des *inputs* ne permet pas d'appréhender les gains de productivité et les améliorations du service rendu.

Et si la qualité des soins médicaux s'améliore mais que cette amélioration n'est pas prise en compte dans l'évolution du volume, le revenu des ménages sera sous-estimé. De même, si le système de santé est moins efficace dans un pays, le fait de valoriser les services à partir des moyens mis en œuvre peut conduire à une estimation du revenu faussée. « *Ainsi, par rapport à la plupart des pays européens, les États-Unis ont des dépenses de santé par habitant supérieures, alors qu'en termes d'indicateurs de santé standard, les*

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

résultats obtenus sont moins bons. Les écarts de revenus observés entre les États-Unis et d'autres pays s'expliquent, au moins en partie, par ces problèmes de mesure » [STIGLITZ ET alii, 2008, p.16].

Il s'agit alors de viser un principe d'invariance : la mesure du niveau de vie doit rester la même lorsque la fourniture d'un service bascule du secteur public au secteur privé ou inversement,

du moins tant que ce basculement se fait à qualité constante. A cette condition, les comparaisons entre pays ayant des « dispositions institutionnelles » différentes sont possibles.

D'où une approche fondée sur des mesures directes de l'output (voire de l'*outcome*) est préférable ; fabriquer un système de mesure basé sur les résultats obtenus permet d'évaluer en volume et en valeur les services de santé. De nombreux pays européens ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont entrepris des travaux en ce sens mais l'approche est techniquement et méthodologiquement difficile.

III. Des indicateurs qui rendent compte des contributions de l'assurance santé obligatoire (dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires) à la réduction des inégalités de niveaux de vie

Les transferts en nature augmentent le revenu et la consommation des ménages. N'ayant pas le même poids selon le niveau de vie des ménages, ils contribuent ainsi à la réduction des inégalités de niveaux de vie. Une perspective de travail dans le cadre des comptes nationaux, consiste aujourd'hui, en la décomposition du compte des ménages [ACCARDO ET *alii*, 2009]. Ceci permet d'avoir la perspective des bénéficiaires, notamment sur les prélèvements et les transferts sociaux.

A- Indicateurs et systèmes d'information : transferts sociaux en nature et réduction des inégalités de niveaux de vie

• **Les travaux de l'OCDE [OCDE, 2008] soulignent le fait que dans la plupart des pays de l'OCDE, l'inégalité des revenus était plus marquée au milieu des années 2000 qu'au milieu des années 1980, à l'exception de quelques pays, tels que la France (mais aussi la Grèce et l'Espagne).**

Depuis cinq ans, le phénomène se poursuit avec une aggravation de la pauvreté et de l'inégalité dans les deux tiers des pays de l'OCDE. Est souligné également que « *l'inégalité n'est pas qu'une question de revenu : c'est une question de possibilités et de résultats* » et dans cette dernière perspective, les services fournis par les autorités publiques notamment pour l'éducation, la santé et le logement contribuent de manière importante à réduire les inégalités. La redistribution par les impôts et prestations en espèces réduit en moyenne dans les pays de l'OCDE les inégalités de revenus d'un tiers (de même, elle permet de réduire la pauvreté d'environ 60 % par rapport à ce qu'elle serait sans impôts et prestations).

Toutefois, si l'on prend en compte les services publics d'éducation, de santé et de logement, on observe un effet redistributif marqué : ainsi, ce dernier représente en moyenne dans les pays de l'OCDE, les deux tiers de l'impact de la fiscalité et des prestations avec des variations importantes d'un pays à l'autre. Ainsi, pour la France, s'agissant de l'inégalité de revenus, le coefficient de Gini en % se situe autour de 25 %, situation d'inégalité de revenu faible par rapport aux pays de l'OCDE, mais après prise

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

en compte du bénéfice des services publics (éducation, santé, logement), l'inégalité de revenus mesuré par le coefficient de Gini passe alors à 18 % environ l'amenant dans le groupe des pays où l'inégalité de revenus après prise en compte des services publics est la plus faible.

• **Par ailleurs, en France, les travaux entrepris par la Division Comptes nationaux de l'INSEE portant sur la décomposition du compte des ménages pour l'année 2003** ont pour objectif de produire des statistiques de distribution du revenu qui soient cohérentes avec les données agrégées de comptabilité nationale (système harmonisé et cohérent en termes de concepts). Le travail réalisé a conduit cette décomposition du compte des ménages selon quatre variables : le niveau de vie, l'âge, la CSP et la composition familiale⁶ [ACCARDO ET *alii*, 2009].

Cette décomposition des données agrégées de la comptabilité nationale s'appuie sur cinq enquêtes de l'INSEE relatives aux thèmes des revenus et de la consommation : le dispositif des Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages (SRCV-2004), les enquêtes Revenus Fiscaux (ERF-2003), Budget des Familles (BdF-2006), Logement (2002) et Santé (2003). Les enquêtes permettent de disposer de données individuelles pour répartir les masses macro-économiques de revenu ou de consommation entre les différentes catégories de ménages. Les enquêtes couvrent les ménages ordinaires c'est-à-dire des personnes qui vivent dans un logement indépendant mais pas les personnes vivant en collectivités (internats, foyers de travailleurs, maisons de retraite, prisons...). Elles portent le plus souvent sur la seule métropole. Les masses relatives aux ménages ordinaires résidant en métropole ont été isolées dans le champ des données de la comptabilité nationale, représentant ainsi 95 % de la population. Les masses globales pour 2003 issues des comptes Nationaux concernant le revenu disponible (993.4 Md euros) ; les dépenses de consommation (821.2 Md euros) et les transferts sociaux en nature (229.5 Md euros) ont été décomposées par catégories de ménages « ordinaires ». Ces transferts constituent les consommations individualisables des ménages et proviennent dans les catégories de la comptabilité nationale des Administrations Publiques (APU) et des Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM). Les remboursements de l'assurance-maladie et la prise en charge de l'éducation par les administrations publiques représentent plus des deux tiers de ces dépenses individualisables ; les dépenses de santé constituant plus de 40 % de l'ensemble de ces dépenses individualisables.

6 - Le travail est en cours sur une cinquième variable, la zone géographique (rurale/urbaine) ; de même, la décomposition du patrimoine financier et non financier par groupes de ménages est en cours actuellement.

Encadré 2 : Dépenses de santé dans les comptes nationaux et dans les enquêtes

En comptabilité nationale, la dépense des ménages en soins et produits médicaux correspond au reste à charge après remboursements de l'assurance maladie mais avant ceux des organismes d'assurances complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, instituts de prévoyance). Les transferts sociaux en nature viennent des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages. Ces données ne sont donc pour la plupart pas (ou mal) collectées dans les enquêtes réalisées auprès des ménages. Ainsi, on ne dispose d'aucune information dans les enquêtes ménages sur les dépenses d'éducation prises en charge par la collectivité par exemple. Deux types de transferts en nature sont cependant bien couverts par les enquêtes : la prise en charge de la santé hors hospitalisation d'une part et les allocations logement d'autre part.

Les remboursements ou prises en charge de la santé peuvent être appréhendés en utilisant les variables de l'enquête Santé appariée avec les données de l'assurance maladie. Ces données apportent une connaissance précise des remboursements des soins de ville ainsi que de la prise en charge par la CMU complémentaire. L'enquête couvre environ 80 % des transferts sociaux estimés dans les comptes nationaux. Aussi, les montants des services de santé (transferts sociaux en nature relatifs à la santé) ont été répartis à partir de l'enquête Santé 2002-2003 dont une partie des données a été appariée aux données de dépenses de soins et de demandes de remboursement du SNIR-AM.

Trois postes de dépenses de santé sont retracés dans les dépenses de consommation des ménages dans l'enquête : le premier poste comprend les dépenses en médicaments, appareils, prothèses... ; le deuxième les honoraires médicaux et dentaires, des auxiliaires médicaux, des laboratoires d'analyses médicales, des transporteurs sanitaires et des dispensaires, et le troisième les frais de séjour des hôpitaux publics et privés.

Au moment de l'enquête, le SNIR-AM ne comprenait pas les données des hôpitaux publics, le troisième poste ne peut donc pas être évalué à partir de cette source. Il faut également noter que seules les dépenses donnant lieu à remboursement sont comptabilisées dans ce système d'information. Dans ces deux cas (hospitalisation et automédication), une exploitation des questions spécifiques à l'hospitalisation (et à l'automédication) de l'enquête Santé a donc été nécessaire. Une question recueille le nombre de jours d'hospitalisation complète ou les venues en hospitalisation de jour des 12 derniers mois précédant le questionnement. Ramenés à l'ensemble de la population, les résultats de l'enquête totalisent 21,6 millions de journées dans le secteur privé et 41 millions dans le secteur public en hospitalisation complète. Ces chiffres sont du même ordre de grandeur que ceux publiés par la Drees pour le court séjour. L'enquête étant effectuée à domicile avec un questionnement individuel, ce mode de questionnement exclut de fait les personnes hospitalisées en long séjour et probablement en psychiatrie.

L'enquête ne permettant pas la valorisation des séjours, le montant de dépense en frais d'hospitalisation des comptes nationaux mesuré sur les ménages ordinaires de métropole a donc été réparti selon le nombre de journées constaté par type de ménages. Le calcul a été effectué de façon à conserver la répartition des montants entre secteur privé et secteur public donnée par les comptes de la santé.

A partir de [BELLAMY, CONSALES, FESSEAU, LE LAIDIER, RAYNAUD, 2009]

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

• **D'autres travaux réalisés par la DREES simulent l'ensemble des transferts sociaux et fiscaux sur un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes vivant dans un ménage** ordinaire de France métropolitaine, à partir du modèle de micro-simulation INES adossé aux données de l'Enquête Revenus fiscaux et sociaux⁷ et à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2002 (IRDES) et des Comptes de la santé [BONNEFOY et *alii*, 2010]⁸.

Ces deux derniers ensembles de travaux permettent de disposer d'indicateurs pour rendre compte de la contribution des transferts sociaux en nature notamment ceux relatifs à la santé (i.e. des dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires) à la réduction des inégalités de niveaux de vie des ménages [tableau 5].

Tableau 5- Indicateurs et systèmes d'informations dans la perspective des ménages : réduction des inégalités de niveaux de vie et réduction de la pauvreté

	Indicateurs	Systèmes d'informations
La perspective des ménages : transferts sociaux en nature et réduction des inégalités de niveaux de vie	Ecarts de revenu avant et après transferts en nature (en santé) entre le 1er décile et le dernier décile de niveau de vie	Comptes Nationaux 2003 décomposés à partir des données des Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie des ménages (SRCV-2004), des enquêtes Revenus Fiscaux (ERF-2003), Budget des Familles (BdF-2006), Logement (2002) et Santé (2003)
	Ecarts de consommation finale avant et après transferts en nature (en santé) entre le 1er décile et le dernier décile de niveau de vie	
	Ecarts de revenu avant et après transferts en nature (en santé) entre le 3eme décile et le 1 ^{er} décile et entre le dernier décile et le 3 ^{eme} décile de niveau de vie	
	Ecarts de consommation finale avant et après transferts en nature (en santé) entre le 3eme décile et le 1 ^{er} décile et entre le dernier décile et le 3 ^{eme} décile de niveau de vie	
	Contribution des transferts monétaires et en nature à la réduction des inégalités de niveau de vie	Modèle de micro-simulation INES adossé aux données de l'Enquête Santé Protection Sociale, des Comptes de la Santé et aux données de l'Enquête Revenus Fiscaux et sociaux (ERFS)

7 - Enquête qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Cnaf et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

8 - Sur les méthodes de micro-simulation et l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES, voir les annexes 2 et 3.

B - Une « image renseignée »

• Une redistribution verticale

La prise en compte des transferts sociaux en nature (éducation, santé et logement) montre les redistributions verticales (riches vers pauvres) puisque la part de RDB total détenue par le premier quintile passe de 7,8% avant prise en compte des transferts sociaux en nature à 11,2% après; et que celle détenue par le deuxième quintile passe de 13,1% avant prise en compte des transferts sociaux en nature à 14,5% après. De même, la part de la dépense de consommation totale consentie par le premier quintile de niveau de vie passe de 9,5% avant transferts sociaux en nature à 12,9% après et celle consentie par le deuxième quintile passe de 14,9% avant transferts sociaux en nature à 16,2% après [tableau 6]. En revanche, pour ce qui concerne le troisième quintile, la prise en compte des transferts sociaux en nature est neutre sur la part de revenu et de consommation détenus.

**Tableau 6 – Décomposition du compte des ménages par échelle de niveaux de vie (quintiles)
(en milliards d’euros, montants annuels, 2003)**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble des ménages ordinaires de métropole
RDB	76.6	128.4	168.4	215.6	391.2	980.4
Part dans le RDB total	(7.8%)	(13.1%)	(17.2%)	(22%)	(39.9%)	(100%)
Transferts sociaux en nature	59.0	48.3	44.4	41.9	41.5	235.1
Part dans les transferts sociaux totaux	(25.1%)	(20.5%)	(18.8%)	(17.9%)	(17.7%)	(100%)
Transferts en nature santé	23.9	27.1	26.1	23.4	24.7	125.2
Part dans les transferts en nature santé totaux	(19,1%)	(21.7%)	(20.8%)	(18.7%)	(19.7%)	(100%)
Revenu Disponible Brut ajusté	135.7	176.7	212.8	257.6	432.6	1215.4
Part dans le RDBA total	(11.2%)	(14.5%)	(17.5%)	(21.2%)	(35.6%)	(100%)
Dépenses de consommation	77.0	121.7	157.7	197.5	261.2	815.2
Part dans les dépenses de consommation totales	(9.5%)	(14.9%)	(19.4%)	(24.2%)	(32%)	(100%)
Consommation finale effective	136	170	202.1	239.4	302.7	1050.2
Part dans la consommation finale effective totale	(12.9%)	(16.2%)	(19.3%)	(22.8%)	(28.8%)	(100%)

Sources : calculs à partir des tableaux disponibles sur http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=16&sous_theme=2.2- Revenu, consommation, épargne par catégorie de ménages en 2003

L'analyse des montants annuels moyens par ménage par quintile de revenu en 2003 confirme le rôle des transferts en nature et notamment celui des transferts santé dans la réduction des inégalités de niveaux de vie des ménages [tableau 7]. En effet, les transferts santé en nature représentent près de 15 % du revenu disponible brut ajusté annuel des ménages des plus modestes contre seulement 4,1 % de celui des ménages les plus aisés. Leur part dans la consommation effective annuelle est également de près de 15 % pour les ménages appartenant au 1^{er} quintile de revenu contre 5,9 % pour ceux appartenant au 5^e quintile de revenu.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

Le rapport de revenu Disponible Brut (RDB) entre le 5^e quintile et le 1^{er} quintile est de 5.1. Pour le Revenu Disponible Brut Ajusté (après transferts sociaux en nature), ce même rapport passe à 3.1. Le rapport de dépenses de consommation entre le 5^e quintile et le 1^{er} quintile est de 3.4 et ce même rapport passe à 2.2 lorsqu'on considère la consommation finale effective. De même, en moyenne, les transferts sociaux en nature soutiennent davantage la consommation des ménages les plus modestes (augmentation de la consommation de 77 % pour le premier quintile, augmentation de 16 % pour le dernier quintile). Le rapport de RDB entre le 3^e quintile et le 1^{er} quintile est de 2.2. Pour le RDBA, ce même rapport passe à 1.6. Le rapport de dépenses de consommation entre le 3^e quintile et le 1^{er} quintile est de 2 et ce même rapport passe à 1.5 lorsqu'on considère la consommation finale effective. Le rapport de RDB entre le 5^e quintile et le 3^e quintile est de 2.3. Pour le RDBA, ce même rapport passe à 2. Le rapport de dépenses de consommation entre le 5^e quintile et le 3^e quintile est de 1.7 et ce même rapport passe à 1.5 lorsqu'on considère la consommation finale effective. Les redistributions opérées par les transferts sociaux en nature sont donc plus fortes entre les ménages aux extrêmes de niveaux de vie que vers les ménages du milieu de la distribution des niveaux de vie.

**Tableau 7 - Décomposition du compte des ménages par échelle de niveaux de vie (quintiles)
(en milliards d'euros, montants annuels moyens par ménages, 2003)**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble des ménages ordinaires de métropole
Revenu disponible brut	15 187	25 423	33 336	42 687	77 436	38 814
Revenu disponible brut ajusté	26868	34985	42120	50987	85643	48121
Rapport RDBA/ RDB	+77%	+37.6%	+26.3%	+19.4%	+10.6%	+24%
Dépenses de consommation	15 242	24 093	31 220	39 096	51 716	32 274
Consommation finale effective (CFE)	26 923	33 655	40 004	47 396	59 923	41 580
Rapport CFE / Dépenses de consommation	+77%	+39.7%	+28%	+21%	+16%	+29%
Transferts sociaux en nature	11 681	9 562	8 784	8 300	8 208	9 307
Dont transferts sociaux en nature santé	3 945 (33.8%)	4 270 (44.7%)	3 985 (45.4%)	3 464 (41.7%)	3 550 (43.2%)	3 843 (41.3%)
Part des transferts sociaux en nature dans le RDBA	43.5%	27.3%	20.8%	16.3%	9.6%	19.3%
Part des transferts en nature santé dans le RDBA	14.7%	12.2%	9.5%	6.8%	4.1%	8%
Part des transferts sociaux en nature dans la consommation finale effective	43.4%	28.4%	21.9%	17.5%	13.7%	22.4%
Part des transferts en nature santé dans la consommation finale effective	14.7%	12.7%	9.9%	7.3%	5.9%	9.2%

Sources : calculs à partir des tableaux disponibles sur http://www.insee.fr/themes/theme.asp?theme=16&sous_theme=2.2. Revenu, consommation, épargne par catégorie de ménages en 2003

La même décomposition du compte des ménages peut être faite selon l'âge, selon la CSP et selon la composition familiale. La décomposition par âge montre les redistributions horizontales opérées par les transferts sociaux en nature relatifs à la santé.

• La contribution des transferts sociaux en nature relatifs à la santé à la réduction des inégalités de niveaux de vie

Les travaux de Bonnefoy et *alii* [2010] retiennent dans l'analyse la prise en charge par l'Assurance-Maladie des dépenses de soins (les indemnités journalières ne sont pas incluses). La prise en charge par l'assurance-maladie d'une partie du coût des dépenses de soins correspond à un service d'assurance. On considère que chacun est couvert par une assurance publique. La valeur implicite de cette assurance est estimée en fonction du sexe et de l'âge des personnes : il s'agit de l'ensemble des dépenses de santé dont ont bénéficié les personnes d'âge et de sexe donnés rapportées à cette population⁹.

Tableau 8 – Montants moyens des transferts en nature par équivalent adulte par quintiles de niveau de vie avant redistribution (données 2009)

	Quintiles de niveau de vie avant redistribution					Ensemble de la population
	1er	2eme	3eme	4eme	5eme	
Cotisations maladie et CSG maladie						
Montant en euros	-740	-1 700	-2 770	-4 100	-8 080	-3 480
Part dans le revenu net (en%)	-11.1	-12.3	-14.7	-16.5	-17.1	-15.6
Transferts en nature santé						
Montants en euros	2 900	3 340	3 140	3 000	3 070	3 090
Part dans le revenu net (en %)	43.5	24.1	16.8	12.1	6.5	13.9

Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire dont le revenu net est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante

Lecture : les personnes du 3eme quintile de niveau de vie avant redistribution ont reçu en moyenne 3140 euros de transfert en nature lié à la santé ce qui augmente leur niveau de vie net de 16.8%

On peut noter que les personnes âgées sont peu représentées dans le 1^{er} quintile et plus nombreuses dans le 2eme quintile

Source : [Bonnefoy et alii, 2010]

Même s'ils sont moins ciblés que les transferts monétaires, les transferts sociaux en nature participent pour plus de 52 % à la réduction des inégalités de niveaux de vie en 2009, et sont donc très redistributifs [tableau 9]. L'explication vient de l'importance des masses en jeu (la santé et l'éducation représentent un transfert trois fois et demi plus élevé que les prestations monétaires). La santé contribue pour 25 % à la réduction des inégalités et l'éducation à hauteur de 27 %.

9 -Ces dépenses sont estimées à partir de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2002 et des Comptes de la santé réalisés par la DREES.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

Tableau 9— Contribution des transferts monétaires et en nature à la réduction des inégalités de niveau de vie en 2009

	Part du transfert dans le revenu « ajusté » (en %) (A)	Progressivité du transfert (B)	Contribution à la réduction des inégalités (en %) (C)
Transferts monétaires			
Prélèvements	26.2	1.3	20.7
Dont cotisations maladie et CSG	12.3	0.7	4.8
Prestations	5.6	8.1	27.2
Transferts en nature			
Santé	11.0	3.9	25.3
Education	9.3	4.8	26.9

Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire dont le revenu net est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante

Lecture : les prélèvements représentent en moyenne 26.2% du revenu « ajusté » et contribuent pour 20.7% à la réduction des inégalités.

Source : Bonnefoy et alii, 2010

Les transferts en nature apparaissent comme un puissant outil de redistribution. Ils poursuivent un objectif qui s'exprime davantage en termes d'égalité que de redistribution. Leur finalité pour ce qui concerne les transferts liés à l'éducation et la santé est de permettre une égalité dans l'accès à l'éducation et aux soins.

C - Intérêt et questions méthodologiques

L'assurance-maladie obligatoire est un transfert en nature qui offre la gratuité d'une partie des soins de santé. Son financement socialisé crée un effet redistributif, des personnes en bonne santé vers celles en plus mauvaise santé (redistribution horizontale) et des personnes les plus aisées vers celles qui ont les revenus les plus faibles (redistribution verticale). Le fait de contribuer au financement de la dépense de santé de façon proportionnelle à son revenu, sans tenir compte ni de l'état de santé, ni des facteurs de risque, ni de la consommation de biens et services de santé effective, implique une redistribution vers les populations les plus fragiles médicalement et économiquement. Toutes caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques égales par ailleurs, les individus qui participent le plus au financement des dépenses de santé ne bénéficient pas davantage de services de santé gratuits ou semi-gratuits.

L'analyse permise par la prise en compte des transferts sociaux en nature atteste de ces effets redistributifs.

Toutefois, elle ne permet pas de prendre en compte les effets redistributifs de l'assurance-maladie complémentaire.

Par ailleurs, cette analyse - pour les effets des transferts sociaux en nature - existe pour l'année 2003 mais elle est loin d'être produite de manière régulière.

• **Quels effets des efforts de réduction du déficit de l'assurance maladie mobilisant des politiques de participation financière ?**

Alors que les remboursements de soins versés par l'assurance maladie obligatoire décroissent avec le niveau de vie, ceux versés par l'assurance maladie complémentaire sont croissants. Les assurances complémentaires induisent un effet anti-redistributif. Néanmoins, l'assurance maladie obligatoire ayant davantage de poids dans la dépense totale, au niveau global, la somme des remboursements obligatoires et complémentaires reste décroissante avec le niveau de vie contribuant ainsi à la redistribution [CAUSSAT, LE MINEZ et RAYNAUD, 2005]. Cette redistribution est en partie la conséquence des dépenses de soins plus élevées des ménages les plus modestes, en raison d'un moins bon état de santé.

Lorsque l'on regarde ces prestations au regard des prélèvements versés par les ménages, on observe que les prélèvements obligatoires sont très fortement croissants avec le niveau de vie (plus de 15 fois supérieurs pour le dernier décile par rapport au premier décile). Les cotisations versées aux organismes complémentaires sont également croissantes avec le niveau de vie mais dans une moindre mesure que les prélèvements obligatoires.

Au total, les ménages les plus modestes perçoivent davantage de prestations qu'ils ne cotisent tandis que l'inverse est observé en haut de l'échelle des niveaux de vie. C'est l'assurance maladie obligatoire et la CMU-C qui sont principalement à l'origine de cette situation [CAUSSAT, LE MINEZ et RAYNAUD, 2005].

Soulignons en outre que les contrats individuels d'assurance maladie complémentaire sont très divers. En 2004, pour les prothèses céramiques choisies comme exemple, pour lesquelles le tarif de convention est de 107,5 euros, la Sécurité Sociale rembourse 70 % de ce tarif conventionné, soit 75,25 euros. Le contrat de couverture complémentaire moyen rembourse en plus de cette somme 208,5 euros sur un coût moyen total de 750 euros. Aux extrêmes, seuls 5 % des contrats remboursent moins que le ticket modérateur et 5 % remboursent plus de 480 % de ce dernier en plus du remboursement de la sécurité sociale [COUFFINHAL, PERRONNIN, 2004]. Or, le taux d'effort pour acquérir une couverture complémentaire augmente de façon importante quand les revenus des ménages diminuent. A cela s'ajoute qu'en dépit d'un effort important, ces ménages accèdent à des contrats qui proposent des garanties inférieures à celles des contrats des ménages les plus aisés [KAMBIA-CHOPIN, PERRONNIN, PIERRE, ROCHEREAU, 2008].

Les politiques de réduction du déficit de l'assurance maladie s'appuyant sur une logique de participation financière, ont conduit à une augmentation de la part laissée à la charge des ménages pouvant être remboursée par une assurance complémentaire. **On assiste donc par ce mécanisme à une diminution des effets redistributifs de l'assurance santé expliqué par le rétrécissement de la part des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire (ce point est approfondi dans la partie IV).**

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

De ce point de vue, l'intérêt de la production d'indicateurs spécifiques aux effets des assurances santé complémentaires sur les revenus et la consommation ainsi qu'en termes de réduction des inégalités de niveaux de vie est évident.

Cette analyse permettrait d'éclairer les effets du transfert d'une part du financement des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance santé complémentaire. Cette analyse est d'autant plus importante qu'on peut penser que ces transferts ont tout lieu de se poursuivre (cf. Partie iV1 *infra*).

• Des difficultés de production d'indicateurs en routine

Le travail de décomposition du compte des ménages par quintile de niveaux de vie, âge et CSP a été réalisé pour les données de l'année 2003. Son intérêt est réel pour l'analyse des effets des transferts en nature sur la réduction des inégalités en disposant d'indicateurs cohérents avec les indicateurs traditionnels présents dans les comptes nationaux. Toutefois, les indicateurs issus de cette démarche sont loin d'être produits en routine. La lourdeur et la complexité du travail de décomposition limitent à l'heure actuelle sa réalisation systématique et annuelle pouvant permettre des comparaisons temporelles et spatiales et ainsi amener la perspective des ménages et des inégalités au même niveau que la perspective de la production. Un groupe de travail travaille dans cette perspective à l'OCDE.

III.4. Des indicateurs qui rendent compte de la valeur économique du secteur de la santé et de l'assurance santé

La partie III présente un certain nombre d'indicateurs qu'il est possible de construire et de suivre (dans une certaine mesure¹⁰) à partir des Comptes Nationaux. Ces indicateurs attestent de la valeur économique du secteur de la santé et de l'assurance santé obligatoire (c'est-à-dire des dépenses de santé financées par les prélèvements obligatoires).

Ils rendent compte des contributions importantes du système de santé et de ses dépenses en termes de valeur productive (perspective PIB et emploi) mais aussi en termes de bien-être matériel des ménages (perspective du Revenu, de la Consommation) et enfin en termes d'effets redistributifs et de réduction des inégalités de niveaux de vie (perspective de cohésion sociale et politique).

L'analyse des Comptes Nationaux et des indicateurs existants ou en cours de construction a permis de mettre en évidence que les dépenses de santé et l'assurance santé obligatoire contribuent de manière directe et indirecte au développement économique. Elles ont également un effet amortisseur des effets de la crise économique et contribuent à réduire l'incertitude sur l'avenir des ménages.

En suivant la commission Macro-économie et Santé de l'OMS en 2001 qui souligne que « l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme » [WHO, 2001], on peut considérer que ces dépenses s'apparentent davantage à des dépenses d'investissement qu'à des dépenses de consommation publique.

Toutefois, la relation entre augmentation des dépenses de santé et amélioration de l'état de santé est loin d'être mécanique et directe. Elle dépend de la médiation faite par les systèmes de santé, leur organisation et leur financement structurant les modalités d'accès aux soins médicaux. on a vu que ce débat est largement présent dans la mesure de la valeur des services de santé, notamment non marchands. Pour les pays développés, on peut prendre la situation relative des Etats-unis. Dans ce pays, souvent cité en exemple pour la faiblesse de ses prélèvements obligatoires¹¹, et où les dépenses de santé sont les plus élevées du monde (mais plus privées que publiques)¹², l'espé-

10 - Comme on l'a évoqué précédemment, ils ne sont pas tous produits de manière régulière.

11 - En 2005, le taux de prélèvements obligatoires (impôts plus cotisations sociales versés à des organismes de protection sociale sur PIB) ne s'est élevé qu'à 27,3% aux Etats-Unis, contre 44,1% en France, 50,3% au Danemark, ou 50,7% en Suède. Pour des comparaisons internationales en matière de prélèvements obligatoires, voir OCDE, *Revenue Statistics/Statistiques des recettes publiques*, Paris, 2007.

12 - En 2004, les dépenses de santé aux Etats-Unis ont représenté 15,4% du PIB (dont 6,9% de dépenses prises en charge par la protection sociale et 8,5% de dépenses privées), contre 10,5% en France ou 9,1% en Suède.

QUELS INDICATEURS DES CONTRIBUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ À LA CROISSANCE ET AU DÉVELOPPEMENT ?

rance de vie à la naissance est inférieure de 2,3 ans à celle de la France ou de 2,6 ans à celle de la Suède ; de même, la probabilité à la naissance de décéder avant l'âge de 60 ans est de 11,6 % d'une classe d'âge aux Etats-Unis, mais de 8,9 % en France et de 6,7 % seulement en Suède.

Ceci souligne le rôle des politiques de santé et des systèmes de santé, notamment dans leur financement et leur organisation.

Si l'on veut appréhender les contributions du système de santé à l'amélioration du bien-être dans ses dimensions non monétaires (son effet en termes de production de santé, de production de qualité de vie), il convient alors de conduire l'analyse et l'évaluation du fonctionnement du système de santé et des politiques de santé, de leur efficacité, leur équité et leur efficience.

Les indicateurs analysés dans la partie III témoignent également que la réflexion sur la performance économique et le progrès social trouve des prolongements dans la pratique statistique. En effet, les données disponibles dans les Comptes Nationaux (mais aussi dans les Comptes de la santé) sont des données agrégées et la perspective retenue dans les Comptes Nationaux est celle de la production. Les travaux entrepris pour rendre compte de la perspective des ménages, de leur revenu, des dimensions de leur bien-être matériel mais aussi des dispersions, permettent de progresser sur la connaissance des bénéficiaires des dépenses de santé. Ils permettent en même temps de passer d'une appréciation des contributions du secteur de la santé et des dépenses de santé d'un niveau macro au niveau des ménages. Si des enjeux méthodologiques sont soulevés avec en particulier les questions de l'appréhension et de la mesure / valorisation des transferts sociaux (notamment les transferts en nature relatifs à la santé) mais aussi de l'articulation de données agrégées avec des données d'enquêtes sur les ménages, voire des données individuelles (données administratives de remboursement de l'assurance-maladie, données d'enquête), l'enjeu est aussi politique. En effet, changer de perspective en tentant d'affiner la perspective des bénéficiaires, la mesure de la contribution du système de santé de leur point de vue et enfin la mesure des dispersions/inégalités doit permettre d'amener la préoccupation des distributions / inégalités auprès des instances décisionnaires en apportant de premières mesures « cohérentes » avec les agrégats habituellement utilisés (PIB, Dépense courante de santé...) pour une meilleure prise en compte dans les politiques de santé menées.

Il s'agit de produire de nouvelles catégories pour construire d'autres politiques tant il est vrai que « (...) *ce que l'on mesure a une incidence sur ce que l'on fait* » [STIGLITZ ET *alii*, 2009, p. 31].

Enfin, si les indicateurs repérés dans la partie III permettent une objectivation monétaire des contributions du secteur de la santé et de l'assurance-maladie obligatoire en

termes de valeur économique (contribution à la production et à la valeur ajoutée et à sa croissance, au bien-être matériel des ménages), ils ne rendent pas compte de la valeur sociale et sanitaire des dépenses de santé et du système de santé. Rendre compte en effet de l'utilité et de la qualité des dépenses de santé ou en d'autres termes du service rendu par les dépenses de santé et le système de santé aux individus et à la collectivité suppose de prolonger l'analyse et d'approfondir la perspective des bénéficiaires - ménages et individus.

C'est indispensable pour quitter une logique de développement exclusivement centré sur l'économique et la croissance et passer à une logique de développement social et humain.

IV. Les prolongements : d'autres indicateurs pour rendre compte de la valeur sociale et sanitaire du secteur de la santé et de l'assurance sante

Passer à une perspective de développement social et humain nécessite de pouvoir objectiver la valeur sociale et sanitaire des dépenses de santé. Il s'agit ainsi de rendre compte du service rendu aux individus et à la collectivité / population par le système de santé et ses dépenses et de tenter d'objectiver comment les consommations de soins et les dépenses de santé sont contributives au bien-être individuel et collectif.

Dans quelle mesure les dépenses de santé sont productives d'amélioration de l'état de santé et de qualité de vie et contribuent à la réduction des inégalités de santé ?

La santé est un « bien » particulier qui constitue un préalable au bon fonctionnement de chacun dans la société et de la société elle-même.

Le « droit à la protection de la santé » est un objectif constitutionnel reconnu en France depuis 1946 et qui se fonde sur le 11^e alinéa du préambule de la Constitution de 1946 :

« La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Il s'agit à la fois d'un droit individuel et d'un droit collectif, qui revêt des dimensions préventive et curative. Ce droit à la protection de la santé se concrétise dans un droit aux soins avec un droit d'accès aux soins et une égalité de traitement pour un même besoin de soins. Deux moyens essentiels soutiennent cette concrétisation dans le système français : le caractère obligatoire de l'assurance-maladie et un système de santé accessible.

Avancer dans la réflexion sur les contributions des dépenses de santé au développement humain suppose de déplacer l'analyse des réalisations (les niveaux de vie par exemple) à celle des opportunités (et conditions) données par le système de santé et les politiques dans l'accès aux soins préventifs et curatifs et dans l'accès aux droits.

Cela implique une double perspective : celle de l'évaluation du fonctionnement du système de santé et des politiques de santé au regard de leurs objectifs et celle du point de vue des ménages et des individus.

Nous montrons dans cette partie la nécessité de produire des indicateurs qui rendent compte du fonctionnement du système de santé pour les personnes (restes à charge, renoncement aux soins, accessibilité du système de soins). Ceci suppose d'approfondir la perspective des ménages et des individus. Il s'agit de produire une connaissance sur les usages et les conditions d'usages réels du système de santé c'est à dire les « *possibilités réelles d'accès aux soins préventifs et curatifs* » [BRUNAT, 2010 ; FARGEON ET alii, 2010].

Cette connaissance et la production d'autres indicateurs complémentaires à ceux qui existent ou pourraient exister dans les Comptes Nationaux (partie III) est susceptible d'éclairer les politiques de santé dans deux directions : les questions du financement et du partage du financement des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) et la question de l'accessibilité réelle du système de soins et de santé, accessibilité entendue dans ses dimensions financière et non financière.

IV1. Des indicateurs pour éclairer les choix en matière de partage assurance maladie obligatoire (AMO) / assurance maladie complémentaire (AMC)

En effet, le large financement des dépenses de santé par la collectivité pose la question des prélèvements obligatoires nécessaires au financement de toute dépense supplémentaire.

Les systèmes de santé sont partout mis à l'épreuve de la soutenabilité financière compte tenu de la pression des besoins de soins et des difficultés à trouver les financements publics ou à les maintenir. L'augmentation de la participation des ménages au financement des dépenses de santé apparaît alors comme une réponse partagée par les pays de l'OCDE [CHAMBARETAUD ET HARTMANN, 2007]¹³. Cette tension inévitable entre la soutenabilité financière des systèmes de santé et leur soutenabilité sociale (soit la perspective dans laquelle les politiques publiques de santé sont aussi considérées comme un élément de cohésion sociale et politique) conduit à des arbitrages. Pour éclairer ces choix politiques, il apparaît nécessaire de pouvoir objectiver les contributions des dépenses de santé à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être. Or, ces contributions dépendent du système de santé, son organisation et son financement ainsi que des conditions d'accès aux soins et aux services de santé.

• Comment poursuivre les efforts de réduction du déficit de l'assurance-maladie ?

Les Comptes de la Santé sont un compte satellite des Comptes Nationaux (c'est-à-dire que ses agrégats sont articulés de manière cohérente avec le cadre central). Ils permettent de suivre et de mesurer au niveau macro-économique les dépenses de santé (et leur structure) ainsi que la structure de financement de ces dépenses et son évolution.

Ainsi, en 2009, en France, les dépenses courantes de santé se sont élevées à 223.1 milliards d'euros soit 11,7 % du PIB. La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 175.7 milliards d'euros (soit 2724 euros par habitant) soit 9,2 % du PIB. Sa part a augmenté dans le PIB pour 2009 du fait de la baisse de ce dernier, conséquence de la crise économique (elle représentait en 1960 3,2 % du PIB). La prise en charge socialisée de ces dépenses est en moyenne de près de 77 % en 2009¹⁴.

13 - Si les mécanismes de participation financière des patients (co-paiements, tickets modérateurs, franchises...) sont généralement pratiqués, ils restent variables d'un pays à l'autre. L'étude de Chambaretaud ET Hartmann [2007] portant sur cinq pays européens - dont les systèmes de santé sont caractérisés par l'affiliation obligatoire de tous les résidents en situation régulière à un régime d'assurance maladie de base - illustre bien la diversité des mécanismes mis en oeuvre ainsi que le bilan mitigé qu'on peut en faire.

14 - La part financée par la sécurité sociale est de 75.5% et celle de l'Etat est de 1.3% (essentiellement la CMU-C).

En France, des efforts de réduction du déficit de l'assurance-maladie ont été réalisés sur la période 2004-2008 qui ont mobilisé une augmentation de la participation financière des patients, notamment. Ainsi, si le déficit de l'assurance-maladie s'est creusé en 2009 et 2010¹⁵ sous les effets de la crise financière et de la crise économique, il s'était réduit de manière marquée entre 2004 et 2008¹⁶.

La poursuite des efforts de réduction du déficit de l'assurance maladie soulève la question essentielle du partage du financement entre public et privé c'est-à-dire le niveau de prise en charge socialisé (par l'assurance-maladie obligatoire) de la dépense de santé. En effet, sur cette même période 2004-2008, le reste à charge moyen des ménages (après AMO et AMC) est passé de 8,3 % de la dépense de soins et de biens médicaux à 9,4 % tandis que la part socialisée de la dépense de soins et de biens médicaux passait quant à elle de 78,5 % à 76,8 % [DREES, Comptes de la santé, 2010].

Même si la France est l'un des pays de l'OCDE où en 2008, le reste à charge des ménages est le plus limité (2^e position derrière les Pays-Bas) et la prise en charge publique des dépenses de santé l'une des plus élevées (9^e position) [Eco-santé OCDE 2010, juin 2010], les variations du reste à charge moyen des ménages sont liées à des tendances qui peuvent en partie se compenser.

Différents éléments soutiennent ces tendances en France :

- le développement de la couverture complémentaire (la part de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire (AMC + CMU-C) est passée de 84 % en 1996 à 94 % en 2009) mais aussi le développement de la part des soins remboursée par des organismes d'assurance-maladie complémentaire,
- la dynamique des dépenses de santé prises en charge à 100 % par les régimes de base dans le cadre des Affections de Longue Durée (ALD),
- l'évolution de la structure de la dépense de soins selon les types de soins plus ou moins bien remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire. Ainsi, le reste à charge demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments (alors qu'il est faible pour les soins hospitaliers et les transports de malades, de l'ordre de 3 %) [FENINA, LE GARREC, KOUBI, 2010].

Dans la perspective d'une poursuite de la réduction du déficit de l'assurance-maladie, plusieurs options sont possibles.

15 - Il passe de -4.4 milliards d'euros en 2008 à -10.6 milliards d'euros en 2009

16 - le déficit de l'assurance-maladie (régime général) est passé en effet de -10, 6 milliards d'euros en 2003 à -4.4 milliards d'euros en 2008.

LES PROLONGEMENTS : D'AUTRES INDICATEURS POUR RENDRE COMPTE DE LA VALEUR SOCIALE ET SANITAIRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ

Un premier scénario est celui que l'on pourrait qualifier « au fil de l'eau » dans lequel on poursuit et approfondit la politique conduite ces dernières années. Les efforts sont demandés aux assurés sociaux¹⁷ avec une augmentation des tickets modérateurs, des franchises et de manière générale l'augmentation de la participation financière des assurés. C'est courir le risque d'un approfondissement d'inégalités déjà présentes dans le système actuel. Réduire la part de financement de la collectivité revient à augmenter la part de financement de l'assurance maladie complémentaire avec un inévitable report de cette dernière augmentation sur les primes des assurances complémentaires au final supportées par les ménages et le risque d'un développement des inégalités dans l'accès à l'assurance-maladie complémentaire et dans les niveaux de cette couverture [PERRONIN ET *alii*, 2011].

L'expérience a montré également qu'une telle stratégie était porteuse d'inefficacités en favorisant une logique curative des problèmes de santé au détriment d'une approche plus préventive dispensée dans les soins de premiers recours (médecin généraliste, infirmiers...) et en contribuant, en outre, à l'instauration de différents « réseaux et parcours de soins » définis non pas selon une logique de santé publique mais par des degrés d'accessibilité financière différents.

Un second scénario consiste à ouvrir le débat sur le panier de soins pris en charge par la collectivité et garanti à tous et sur le partage couverture obligatoire / couverture complémentaire. Ce scénario suppose finalement une posture d'évaluation du système de santé au regard de ses objectifs [HCAAM, 2011a, 2011b].

Mais ouvrir le débat et l'alimenter nécessite une meilleure connaissance du fonctionnement du système de santé, dans ses dimensions d'accessibilité théorique qui renvoie à ses caractéristiques institutionnelles en matière de couverture maladie mais aussi dans ses dimensions d'accessibilité réelle.

17 - La Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale en 2008 réalise une estimation de l'impact des transferts de l'assurance-maladie aux ménages suite aux différentes mesures prises sur la période de 2004 à 2008 (visant à augmenter la participation financière aux soins des ménages). Elle montre un transfert de plus de 3 milliards d'euros supporté en quasi-totalité par les ménages. De même, elle estime que le reste à charge global des ménages se décompose de la manière suivante : plus de la moitié pour les co-paiements, un tiers pour les dépassements d'honoraires et 21% pour les dépenses hors panier remboursable ou non présentées au remboursement.

IV2. Des indicateurs pour produire une connaissance sur les usages et les conditions d'usages du système de santé

Des enjeux méthodologiques et politiques portent aujourd'hui sur la construction d'indicateurs qui rendent compte de la manière dont les dépenses de santé et le système de santé permettent une consommation de soins curatifs et préventifs utile ou productive de santé et de qualité de vie, adaptée aux besoins de soins et de santé de la population et efficiente. Dans cette perspective, on doit quitter l'analyse quantitative des comptes nationaux pour aller vers une appréciation de la qualité de ces dépenses et du point de vue des bénéficiaires de ces dépenses. Il s'agit dès lors de produire des indicateurs qui rendent compte du fonctionnement du système de santé pour les personnes ou de produire une connaissance sur les usages et conditions d'usages du système de santé par les personnes.

On peut revenir plus précisément sur deux types de travaux qui nourrissent cette réflexion. Ceux de l'OCDE permettent, en qualifiant les caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé de mieux caractériser les conditions d'accès théoriques aux soins des différents systèmes. D'autres travaux permettent quant à eux d'avancer dans la perspective d'une production de connaissance sur les conditions d'accès réels aux soins préventifs et curatifs.

• Mieux qualifier les caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé

Dans des travaux récents, l'OCDE a collecté un ensemble d'information sur les caractéristiques des systèmes de santé de 29 pays [PARIS, DEVAUX AND WEI, 2010 ; OCDE, 2010a ; OCDE, 2010b ; JOURNARD, ANDRE ET NICQ, 2010]. L'information rassemblée indique comment chaque pays organise la couverture de la population contre les risques liés à la santé ; elle décrit également le financement des dépenses de santé et l'organisation des soins¹⁸.

Trois types d'informations sont mobilisés pour juger de la qualité de la couverture : la part de la population couverte par un système public d'assurance-maladie (*Breath*), l'éventail de soins et de services remboursés (*Scope of basic coverage*), l'intensité de la prise en charge de ce panier de soins (*Depth*) c'est-à-dire la part restant à la charge des patients. En France, si la couverture de base est obligatoire elle n'est pas pour autant automatique puisqu'elle est liée à un critère professionnel. Toutefois, depuis 2000, l'Etat garantit une couverture à ceux qui n'en ont pas, la CMU pour 2,3 % de la population en 2008.

18 - D'autres thématiques importantes sont également abordées : celles de la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités).

LES PROLONGEMENTS : D'AUTRES INDICATEURS POUR RENDRE COMPTE DE LA VALEUR SOCIALE ET SANITAIRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ

L'étendue des services inclus dans le cadre de l'assurance santé de base et la profondeur (ou l'intensité de la couverture (c'est-à-dire la part des coûts couverts par l'assurance de base) sont calculés pour dix types de soins en référence à une « situation typique » ou « situation fréquente ».

On peut faire deux remarques. Pour les soins ambulatoires ou soins primaires, seuls quatre pays indiquent un taux de couverture inférieur à 75 % : la France (en moyenne 60 %), l'Irlande, la Corée du sud et la Nouvelle-Zélande. De manière générale, les soins dentaires et les lunettes sont couverts à un niveau plus faible que les autres types de soins ou ne sont pas couverts du tout pour les adultes dans les pays de l'OCDE.

Il est de plus nécessaire de tenir compte des exonérations partielles ou totales des co-paiements. Deux autres indicateurs viennent compléter le taux de couverture moyen ou théorique : le pourcentage de la population exonérée partiellement ou totalement des co-paiements et le pourcentage de la population exposée à des dépenses de soins catastrophiques (out of pocket paiements supérieur ou égal à 40 % de la capacité de dépense du ménage¹⁹). En France, la part de personnes au moins partiellement exonérées de co-paiement est de 18 % alors que celle des ménages exposés à des dépenses de soins catastrophiques n'est pas disponible.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la couverture de base pour les soins est complétée d'une couverture secondaire. Selon leur rôle - supplémentaire, complémentaire, ou duplicatif - ces sources secondaires de couverture sont susceptibles d'influencer la performance du système de soins.

La couverture complémentaire existe dans 14 pays. Dans trois pays, plus de 50 % de la population est couverte par une telle complémentaire : France, Belgique et Luxembourg. Avec un taux de population couverte par une couverture complémentaire de 92 % et une part des dépenses de santé couvertes par l'assurance complémentaire de 13,8 %, la France présente les taux les plus élevés des pays étudiés. Il convient de noter la place importante du mouvement mutualiste (par rapport aux assurances privées) dans l'assurance maladie complémentaire en France.

Ces différents indicateurs permettent de qualifier les spécificités institutionnelles des systèmes dans l'organisation de la couverture maladie et dans le financement des soins notamment dans sa partie socialisée (périmètre du panier des soins financés par la collectivité et degré de financement socialisé selon le type de soins). Ils montrent également que l'analyse des conditions d'accès réels aux soins doit être menée en lien avec l'organisation des systèmes de santé et leur pilotage.

19 - La capacité de dépense du ménage est la part du revenu disponible après prise en compte des dépenses de subsistance.

• Vers des indicateurs d'accessibilité réels aux soins préventifs et curatifs ?

Toutefois, la couverture théorique et la couverture réelle doivent être distinguées. Cette dernière dépend en effet des comportements des usagers et des professionnels de santé ainsi que de la disponibilité / accessibilité réelles des soins et des services de santé.

Pour exemple, certains travaux récents montrent les dispersions de reste à charge entre ménages [LEGAL ET *alii*, 2010 ; HCAAM, 2011b], dispersions liées à la détention d'une couverture complémentaire ou non, à l'état de santé (qui peut exonérer les personnes du paiement des tickets modérateurs et des franchises) et au type de soins et leur niveau de remboursement. Ainsi, si les personnes en ALD représentent 15 % de la population (régime général) en 2008, leur part dans les dépenses présentées au remboursement pour la consommation de soins (Soins hospitaliers et soins ambulatoires) est de 55 % et cette même part dans les dépenses remboursées pour la consommation de soins est de 62 % [HCAAM, 2011]. De même, le taux de remboursement de la dépense totale (soins hospitaliers et soins ambulatoires) présentée au remboursement en 2006 est de 92 % pour les personnes ALD et de 67% pour les personnes non-ALD [HCAAM, 2011].

Dans une autre perspective, certains travaux soulignent que l'indicateur d'affiliation (à la couverture maladie, en France (obligatoire et complémentaire) n'est pas suffisant pour juger de l'accès réel aux soins, notamment préventifs.

En France en particulier, malgré la création de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), les disparités dans l'accès aux soins préventifs demeurent. L'utilisation des services de santé peut être considérée comme la résultante de trois ordres de facteurs : des déterminants sociétaux, des caractéristiques du système de soins et des déterminants individuels. Et les caractéristiques du système de soins, notamment du système de soins de première intention vont structurer l'accès potentiel c'est-à-dire la possibilité d'accéder aux soins et aux services (accessibilité) et l'accès réalisé (recours ou utilisation). Ces possibilités peuvent être influencées par les comportements de recours au système de soins des patients ainsi que par la capacité du système à offrir les différents services nécessaires à la santé et au bien-être de chacun. La question du rôle important de l'organisation de l'offre de services de santé dans l'accès aux soins et sur la qualité des soins est soulevée par plusieurs travaux [LOMBRIL, 2007 ; MACINKO, STARFIELD, SHI, 2003 ; VAN DOORSLAER, KOOLMAN, 2004]. Si l'assurance santé réduit largement les barrières financières d'accès aux soins, la disponibilité et l'organisation de l'offre conditionnent l'accès effectif aux services de santé adaptés aux situations épidémiologiques et/ou sociales des personnes.

L'enjeu se porte alors sur la production d'une connaissance sur les « possibilités réelles d'accès aux soins préventifs et curatifs ».

Ainsi, la problématique de l'accès aux soins et à la prévention peut se décliner selon

LES PROLONGEMENTS : D'AUTRES INDICATEURS POUR RENDRE COMPTE DE LA VALEUR SOCIALE ET SANITAIRE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE SANTÉ

trois types de freins ou trois questions distinctes :

- les **difficultés financières d'accès aux soins** liées en partie à la problématique de l'accès aux droits mais aussi aux tarifs et dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels et non pris en charge par la couverture complémentaire ;
- les **difficultés géographiques d'accès aux soins** qui renvoient à la question de la disponibilité de l'offre de services de santé, principalement liée à la problématique de démographie médicale. Celle-ci regroupe trois questions majeures : la diminution globale prévue du nombre de certains professionnels de santé dans les années à venir, les déséquilibres entre territoires qui se font déjà ressentir et enfin les aspirations des jeunes médecins et la féminisation de la profession qui imposent une réorganisation du fonctionnement de l'offre de services de santé. La mobilité des personnes est également à prendre en compte dans l'analyse ;
- les **difficultés sociales d'accès aux soins et à la prévention et la problématique de repérage par et dans le système de santé** qui renvoient aux représentations des individus de leur santé et du système de santé, à l'information transmise, à la coordination des acteurs et à la clarté de l'offre de services médico-sociaux et de santé.

Plusieurs indicateurs pertinents (restes à charge, renoncement aux soins, modalités et pratiques de prises en charge et pratiques professionnelles, disponibilité de l'offre de services de santé, trajectoires de soins...) peuvent être construits et renseignés de façon ponctuelle dans le cadre d'études spécifiques.

En effet, cette perspective des usages et conditions d'usages / accès aux soins et à la santé ne peut être documentée en l'état à partir des Comptes de la santé qui renseignent peu la partie des bénéficiaires.

Si les comptes de la santé produisent des indicateurs qui permettent de suivre au niveau macro-économique la structure du financement et sa dynamique, ils ne donnent pas d'indications de cette même structure de financement (et de ses évolutions) au niveau individuel ou des ménages. En outre, s'ils rendent compte à un niveau macro des dépenses de santé, les indicateurs qualitatifs (par exemple, le type de couverture complémentaire, la disponibilité de l'offre de services..) sont renseignés par le biais des enquêtes (DREES, IRDES, CNAMTS).

Aussi, la production d'indicateurs permettant de renseigner et de caractériser les trois axes d'analyse des « possibilités réelles d'accès aux services de santé » nécessitent de mobiliser les données enquêtes, celles de l'IRDES par exemple et de chaîner des données d'enquête avec des données administratives. De même, les réflexions conduites par le HCAAM [2011a, 2011b] et les travaux de micro-simulation de la DREES [LEGAL ET alii, 2010], sont des voies prometteuses pour ce type d'analyse. C'est le cas également des travaux autour du renoncement aux soins (conduits par l'IRDES notamment) mais

aussi du non-recours aux droits et aux services (conduits par l'ODENORE).

Pour conclure, ce travail, par l'analyse des systèmes d'information et des indicateurs existants (ou en cours de construction) référés aux Comptes Nationaux, a permis de mettre en évidence qu'un certain nombre d'indicateurs rendent compte et attestent de la valeur économique du secteur de la santé et de l'assurance santé (du point de vue de sa valeur productive mais aussi de la contribution des dépenses de santé financées par des prélèvements obligatoires au bien-être matériel des ménages, et à la réduction des inégalités de niveaux de vie entre eux). Quant à la construction d'indicateurs qui rendent compte de la valeur sociale et sanitaire du secteur de la santé - c'est-à-dire de sa contribution au bien-être individuel et collectif- si différentes démarches sont en cours, elles nécessitent des approfondissements de manière à saisir le point de vue des individus sur leurs usages et conditions d'usages du système de santé.

Produire cette connaissance soulève de nombreux enjeux méthodologiques et scientifiques. Elle comporte aussi une dimension politique. Parce que cette connaissance est porteuse de changements dans les « manières de penser », les représentations et les catégories d'action des politiques de santé, la poursuite de la démarche est indispensable pour quitter une logique de développement exclusivement centré sur l'économie et la croissance et passer à une véritable perspective de développement social et humain.

*Nous tenons à exprimer nos remerciements aux différentes personnes
qui ont accordé des entretiens avec qui les échanges ont toujours été
d'une grande richesse.*

LA SANTÉ : UNE VALEUR AJOUTÉE ÉCONOMIQUE SUPÉRIEURE À 9 % DU PIB

Bibliographie

ACCARDO J., BELLAMY V., CONSALES G., FESSEAU M., LE LAIDIER S., RAYNAUD E. (2009) Les inégalités entre ménages dans les comptes nationaux. Une décomposition du compte des ménages, *L'économie française, édition 2009*, INSEE, pp. 77-101.

AGHION P., HOWITT P., MURTIN F. (2010) « Le bénéfice de la santé, un apport des théories de la croissance endogène », *Revue de l'OFCE*, n° 112, 88-108

BARDEY D., COUFFINHAL A., GRIGNON M. (2002), « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 53.

BELLAMY V., CONSALES G., FESSEAU M., LE LAIDIER S., RAYNAUD E. (2009) « Une décomposition du compte des ménages de la Comptabilité nationale par catégorie de ménages en 2003 », *Document de Travail*, 2009/11, INSEE, Direction des Etudes et Synthèses Economiques.

BOISGUERIN B., GISSOT C. (2002), « L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU - Résultat d'une enquête réalisée en novembre 2000 », *Etudes et Résultats*, n° 152, DREES.

BONNEFOY V., CAZENAVE M.C., EIDELMAN A., RAZAFINDRANOVONA T., *La redistribution en 2009, Portrait social de la France*, 2010, pp. 79-95.

BOURGEOIS A., PILARSKI C. (2009) « La place de la santé dans l'économie française », In Fenina A., Le Garrec M.A., Duée M. *Comptes Nationaux de la Santé 2008*, DREES, DT, Série Statistiques n° 137, pp. 63-75.

BRUNAT M. (2010) *Analyse économique de l'accessibilité des soins primaires en France : la question de l'organisation de l'offre de services ambulatoires*, Thèse de 3^e cycle, Université de Grenoble.

CAUSSAT L., LE MINEZ S. ET RAYNAUD D. (2005), « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossier Solidarité et Santé*, n° 1.

CAUSSAT L., RAYNAUD D. (2004), « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », *Revue d'Economie Financière*, n° 76, 129-151.

CHAMBARETAUD S., HARTMANN L., 2007, *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens*, HAS, Document de travail.

CLERC M., GAINI M., BLANCHET D. (2010) « Les préconisations du rapport Stiglitz-Sen-Fitoussi : quelques illustrations », *L'économie française, édition 2010*, INSEE, pp. 71-100.

CMH (2001) *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Genève, OMS.

COUFFINHAL A., PERRONNIN M. (2004), « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement », *Questions d'économie de la santé*, n° 80.

DESROSIERES A. (2008) *Gouverner par les nombres. L'argument statistique*, Presses de l'Ecole des Mines.

DESROSIERES A. (2010) *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La découverte/ Poche.

DOURGNON P., GRIGNON M., JUSOT F. (2001), « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 43.

ELBAUM M. (2007) « Protection sociale et solidarités en France. Evolutions et questions d'avenir », *Revue de l'OFCE - n° spécial : l'OFCE a 25 ans*, n° 102, 2007/3

FARGEON V., BRUNAT M., EUZEBY C. (2010) *Organisation de l'offre de soins primaires et réduction des inégalités de santé. Les allocataires de la CMU-C face à trois modes d'organisation des soins*, Rapport final, Appel à projet Expérimentations sociales, HCSA.

FENINA A., LE GARREC M.A., KOUBI M. (2010) « *Les Comptes nationaux de la santé 2009* », DREES, Série Statistiques, Document de Travail, n° 149, septembre 2010.

FESSEAU M., MISSEGUE N., PLACE D. (2010) *La perspective des ménages dans les Comptes Nationaux : revenu, consommation, épargne et pouvoir d'achat*, 13^e colloque de l'ACN, juin 2010.

GRIGNON M., PERRONIN M. (2003), « Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur la consommation de soins », *Questions d'Economie de la Santé*, n° 74.

HAUT CONSEIL A L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2011a), *L'accessibilité financière : comment la mesurer ?*, Avis du 27/01/2011 et annexes.

HAUT CONSEIL A L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2011b), *L'assurance-maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance-maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins*, Rapport annuel, décembre 2011.

JOUMARD I., ANDRE C. ET C. NICQ « Health Care Systems : Efficiency and Institutions », ECO/WKP (2010) 25 n° 769 May 2010.

BIBLIOGRAPHIE

KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., PIERRE A., ROCHEREAU T. (2008), « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'Economie de la Santé*, n° 132.

KOCOGLU Y., DE ALBUQUERQUE D.R. (2009) « Santé et croissance économique de long terme dans les pays développés : une synthèse des résultats empiriques », *Economie publique*, n° 24-25 / 1-2, 41-72.

LEGAL R., RAYNAUD D., VIDAL G. (2010) « Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation », DREES, *Comptes Nationaux de la santé 2009*. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossiers-financement_cns2009.pdf

LE LAIDIER S. (2009), « Les transferts en nature atténuent les inégalités de revenus », Insee Première, n° 1264.

LENGAGNE P., PERRONNIN M. (2005), « Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance Maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires », *Questions d'économie de la santé*, n° 100.

LOMBRAIL P. (2007), « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n° 1, 23-30.

MACINKO J., STARFIELD B., SHI L. (2003), « The contribution of primary care systems to health outcomes in OCDE countries », *Health Services Research*, vol. 38, n° 3, 819-854.

NYMAN J-A. (2003), *The Theory of Demand for Health Insurance*, Stanford University Press.

OCDE (2008) *Croissance et inégalités. Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*.

OECD (2010a) *Health Care Systems : Efficiency and Policy Setting*, OECD 2010.

OCDE (2010b) *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, OCDE Département des Affaires Economiques, Notes de politiques économique n° 2.

PAULY M. V. (1968), « The Economics of Moral Hazard : Comment », *American Economic Review*, 58, 531-537.

PARIS V. M. DEVAUX AND L. WEI (2010) « *Health Systems Institutional Characteristics : A Survey of 29 OECD Countries* » OECD Health Working Papers, n° 50, OECD Publishing.

PERRONNIN M., PIERRE A., ROCHEREAU T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, n° 161.

PICHETTI S., RAYNAUD D., VIDAL G. (2009), « Les déterminants individuels des dépenses de santé », in BRAS P-L., DE POUVOURVILLE G., TABUTEAU D., *Traité d'Economie et de Gestion de la Santé*, SciencesPo Les Presses, 115-122.

PRESTON S.H., 1975, « The changing relation between mortality and level of economic development », *Population Studies*, 29, p. 213-248.

Sen A., (1999) *Un nouveau modèle de développement économique*, Paris, O. Jacob.

Senat (2008), *Rapport d'information sur les dépenses publiques* fait au nom de la délégation du Sénat pour la Planification par M. Bernard ANGELS, n° 441.

STIGLITZ J.E, SEN A. FITOUSSI J.P. (2008) *Mesure des performances économiques et du progrès social réexaminée. Réflexions et vue d'ensemble des questions abordées*, Note problématique, 25/07/2008, CMPEPS.

STIGLITZ J.E, SEN A. FITOUSSI J.P. (2009a) *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*.

STIGLITZ J.E, SEN A. FITOUSSI J.P. (2009b) *Mesure des performances économiques et du progrès social réexaminée. Réflexions et vue d'ensemble des questions abordées*, CMPEPS.

VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X. (2004), « Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, 629-647.

WILKINSON, 1992, « Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, 304, p.165-168.

Annexes

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées

Edith Archambault, Professeur émérite d'économie, Université Paris 1

Anne-Juliette Bessonne, INSEE, Département des Comptes Nationaux

Florence Bonnet, OIT

Alexandre Bourgeois

Maryse Fesseau, INSEE, actuellement à l'OCDE

Charles Pilarski, INSEE

Marc Perronin, IRDES

Denis Raynaud, DREES

Xenia Scheil-Adlung, OIT

Annexe 2. Les modèles de micro-simulation

A partir de [LEGAL R., RAYNAUD D., VIDAL G., 2010]

Objectifs et sources des modèles de micro-simulation :

Les modèles de micro-simulation ont pour objectif de saisir, à un niveau microéconomique la structure de financement des dépenses de santé des ménages en tenant compte de la grande hétérogénéité des ménages face au risque maladie et face à la couverture de ce risque maladie par les assurances obligatoires et complémentaires. Ils offrent la possibilité d'un dépassement d'une analyse globale des dépenses de santé et de leurs modes de financement - en 2009, la Sécurité sociale a financé 75,5 % des dépenses de santé, les organismes complémentaires 13,8 %, les ménages 9,4 % et l'État 1,3 % au travers essentiellement de la CMu-C - en observant les structures de financements des dépenses de santé et les restes à charge au niveau individuel, c'est-à-dire au niveau du ménage (afin de tenir compte de la mutualisation des ressources, des risques et des dépenses qui s'opère à ce niveau) et leur variabilité en fonction des caractéristiques des ménages, que sont le revenu, l'âge et le statut d'activité.

Cet outil simule l'ensemble de la structure de financement des dépenses de santé présentées au remboursement pour un échantillon représentatif de 8000 ménages ordinaires (les 8000 ménages qui sont interrogés dans l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES) et définit donc pour chacun le montant des dépenses remboursées par la Sécurité sociale, par la CMu-C, par les organismes complémentaires ainsi que les frais payés directement par les ménages.

Le modèle de micro-simulation mobilise trois sources d'informations : l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la Caisse nationale d'assurance maladie (échantillon au 1/600e d'assurés sociaux du régime général, présence des données suivantes : le montant total des dépenses de santé, des remboursements par la Sécurité sociale, des tickets modérateurs, des dépassements et des participations forfaitaires), l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES (recueil de données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, revenu, etc.), sur les couvertures complémentaires ainsi que sur l'état de santé et l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats modaux (recueil de données sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs de chaque opérateur les plus souscrits (aussi appelés « contrats modaux »)). Compte tenu des contraintes de disponibilité des données (notamment de SPS), le modèle de micro-simulation est construit sur l'année 2006.

Quelques éléments de résultat du modèle de micro-simulation :

- la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est plus élevée pour les ménages les plus modestes : elle est d'environ 75 % de la dépense présentée au remboursement pour les ménages les plus aisés (D9 et D10) contre 79 % en moyenne, les personnes les plus précaires sont quant à elles prises en charge de manière plus importante par la Sécurité sociale.
- la part des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires est en revanche plus importante pour les ménages aisés que pour les ménages modestes et très modestes : elle représente 15 % de la dépense de santé contre 13 % en moyenne. Pour les ménages très modestes, la CMU-C compense le faible niveau d'intervention des couvertures complémentaires privées, faisant ainsi doubler la part prise en charge dans le cadre de la couverture complémentaire (elle passe de 6 % à 12 %).
- le reste à charge moyen des ménages augmente avec le niveau de vie
- le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible : avant intervention de la couverture complémentaire, le taux d'effort des ménages du 1^{er} décile est estimé à 2,3 % de leur revenu, alors que celui des ménages du dernier décile est 4 fois plus faible (0,5 % de leur revenu). La CMU-C joue un rôle particulièrement important dans la mesure où le taux d'effort des ménages du 1^{er} décile est divisé par 3,5 après intervention de la complémentaire et celui des ménages des trois déciles suivants par 2,5. Le taux d'effort des ménages des déciles 5 à 9 est ainsi divisé par 3 après intervention de leur complémentaire.

Annexe 3. L'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES

L'enquête Santé et Protection Sociale est une enquête par sondage en population générale réalisée depuis 1988 par l'IRDES qui recueille au niveau individuel des informations sur l'état de santé, l'accès aux soins, la couverture santé et le statut économique et social. Les individus sont suivis dans le temps et leurs consommations de soins sont recueillies dans les fichiers de l'assurance maladie.

Le champ de l'enquête est celui des ménages ordinaires (les institutions et les personnes sans domicile fixe doivent faire l'objet de protocoles spécifiques) résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est assuré à la Cnamts, au RSI ou à la MSA.

Sont donc exclus du champ de l'enquête :

- les ménages collectifs (maisons de retraite, congrégations religieuses, prisons, etc.) ;
- les ménages domiciliés dans les Dom-Tom ou à l'étranger ;
- les assurés ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe (SDF) ;
- les ménages ordinaires dont aucun membre n'est ressortissant d'un des trois grands régimes.

Les questionnements de l'enquête ESPS en 2006	
Questionnaire principal	
Répondant : un par ménage, le plus souvent l'assuré principal (90 % des cas) ou un autre adulte	Contenu : – composition du ménage – revenu du ménage – renoncement aux soins pour raison financière – capital social – réforme du médecin traitant – conditions de vie dans l'enfance
Questionnaire Santé soins médicaux	
Répondant : chaque membre du ménage	Contenu : – état de santé – consommation médicamenteuse de la veille – tabac, alcool – problèmes respiratoires (asthme) – dernière séance de généraliste – dernière séance de spécialiste
Questionnaire Couverture complémentaire	
Répondant : un questionnaire par contrat	Contenu : – mode d'obtention – prix – garanties

Institut Montparnasse
3, square Max-Hymans - 75015 Paris
Tél. : 01 40 47 20 27
e-mail : contact@imontparnasse.fr
www.institut-montparnasse.fr

