
Les comptes de la protection sociale et les régimes de protection sociale

Les comptes de la protection sociale retracent des données relatives aux dépenses de protection sociale et à leur financement. Ce sont des comptes satellites des comptes nationaux qui décrivent l'ensemble du système de protection sociale et son insertion dans l'équilibre macro-économique général. *«L'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale [y sont décrites]). Il agrègent les interventions des régimes et organismes publics, financés pour l'essentiel par des prélèvements obligatoires mais aussi les interventions d'organisations de la sphère privée »*. Ils concernent ainsi potentiellement l'ensemble des agents économiques pouvant contribuer à l'organisation et au financement des interventions sociales. La protection sociale recouvre non seulement les régimes obligatoires (institutions de la Sécurité sociale, indemnisation du chômage...) mais aussi les assurances collectives gérées par les institutions de retraite supplémentaire ou de prévoyance ainsi que les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité. En revanche, les assurances individuelles en sont exclues. Y figurent également les interventions d'organisations sans but lucratif. Ainsi, la protection sociale recouvre les régimes suivants :

– les régimes d'assurances sociales qui sont des régimes obligatoires : le régime général de la sécurité sociale, les autres régimes de base obligatoires de sécurité sociale (pour les travailleurs indépendants (RSI), et le régime agricole notamment (MSA)), les régimes complémentaires (pour les régimes de retraite), les institutions chargées de l'indemnisation du chômage (UNEDIC), les régimes dits « directs » dont les prestations sont directement versées par l'employeur (régimes de retraites des fonctionnaires ou des salariés de certaines entreprises publiques) ;

– les régimes d'employeurs qui versent des prestations « extra-légales », prestations liées au contrat de travail en raison de convention collectives ou d'accords d'entreprises (supplément familial de traitement, compléments d'indemnités journalières, d'indemnités de licenciement) ;

– les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance : prestations qui complètent celles des régimes d'assurances sociales (dans le domaine des soins, la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, d'une partie des dépassements d'honoraires) ;

– les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : principalement financés par l'impôt, ils développent des actions de solidarité nationale en faveur de certaines populations (familles, personnes âgées, personnes handicapées, victimes de la pauvreté ou de l'exclusion sociale) en versant des prestations spécifiques (RMI, AAH, allocations logement...) ;

– les régimes d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) : des organismes privés sans but lucratif dont le financement provient principalement de subventions, qui interviennent essentiellement sur les risques invalidité et pauvreté-exclusion sociale.

Source : Les comptes de la protection sociale en 2007, Études et résultats n°667, DREES, octobre 2008, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er667.pdf>

LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE

C'est un impôt social sur le revenu affecté au financement de la protection sociale, pour les prestations d'assurance maladie, liées à la dépendance, le risque famille et vieillesse, créé en 1991. C'est un prélèvement proportionnel dont l'assiette est plus large que celle des cotisations sociales puisque l'assiette de la CSG comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine et certains revenus de remplacement comme les retraites soumises à l'impôt sur le revenu, les indemnités journalières maladie et maternité, les indemnités chômage...

Son rendement est important, la CSG représentant en 2007, 80,5 milliards d'euros et plus des deux tiers des impôts et taxes affectés à la protection sociale.

LA CSG – SON MONTANT ET SON AFFECTATION

En 1991 : 1,1 points (avec compensation, baisse des cotisations familiales, non déductible) finance la branche « famille » (CNAF).

En 1993 : 2,4% dont 1,1 points pour la branche famille et 1,3 points supplémentaires

pour le Fonds de solidarité vieillesse (financement des dépenses vieillesse qui relèvent de la « solidarité nationale »).

En 1997 (plan Juppé) : 3,4%, le point supplémentaire affecté à la caisse d'assurance maladie (en contrepartie d'une baisse des cotisations d'assurance-maladie des salariés).

En 1998 : 7,5% sur les revenus d'activité (6,2% sur les revenus de remplacement, 8,2% sur les revenus du patrimoine et de placement) les 4,1 points supplémentaires sont affectés à la caisse d'assurance maladie pour les prestations de soins en nature (en contrepartie, baisse de 4,75 points des cotisations maladie salariés qui sont réduites à 0,75 points et elles sont supprimées sur les revenus de remplacement).

Les cotisations maladie restantes financent les prestations maladie et maternité directement liées au salaire (c'est-à-dire les indemnités journalières qui remplacent le salaire en cas de congé maternité ou d'arrêt de travail).

La création en 1996 de la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale, destinée à financer les déficits de la sécurité sociale, participe de la même tendance à la fiscalisation du financement du système de protection sociale. Son taux de 0.5% est le même pour les revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine et des placements.

Avant la création de la CSG, des impôts affectés existaient déjà pour financer le risque maladie : par exemple, les taxes sur les cotisations sur les primes d'assurance auto, une cotisation sur les alcools et sur les produits pharmaceutiques, une taxe sur les tabacs instaurée en 1998. L'idée est de faire participer au financement des prestations maladie soit des professions qui bénéficient du système soit certaines catégories de consommateurs dont le comportement peut être à l'origine de coûts sociaux de dépenses de santé (accidents de la route, alcoolisme, consommation de tabac).

LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

Ce sont des comptes satellites de la comptabilité nationale. Ils rendent compte des dépenses de santé financées par les acteurs économiques dans leur ensemble, qu'il s'agisse des régimes de sécurité sociale, des assurances et des mutuelles, des employeurs ou des ménages. Ils donnent une évaluation chaque année du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France et permettent ainsi l'analyse de leur évolution. Ils sont établis depuis 1976 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Ils sont publiés chaque année à la

Documentation Française + logiciel Eco santé de l'IRDES (ex- CREDES) (Institut de Recherches et de Documentation en Économie de la Santé) et de l'OCDE.

Conformément à la méthodologie générale des comptes nationaux, les Comptes de la Santé s'attachent essentiellement à analyser l'organisation de la production et le financement des activités caractéristiques de la santé (les activités qui concourent directement à la production de biens et de services assurant la fonction santé).

La fonction santé étudiée dans ce cadre a pour objet la prévention et/ ou le traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, telle qu'elle justifie la mise en œuvre de moyens socialement organisés qui visent à la réduire, la supprimer ou à en corriger les effets. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...), de même que les actions qui visent à améliorer le cadre de vie et l'environnement (quand elles n'ont pas une visée sanitaire) ainsi que les activités de l'industrie pharmaceutiques n'y sont donc pas incluses. Depuis 2000, les dépenses de soins de longue durée à l'hôpital ou en établissement ne sont plus répertoriées dans le champ sanitaire et ont rejoint le champ médico-social ; en revanche, faute de pouvoir isoler dans les dépenses de soins de ville, celles qui sont liées à la dépendance et à la prise en charge des personnes âgées, les soins à domicile pour les personnes âgées, réalisés par les professionnels de santé de ville figurent dans le domaine sanitaire. Par ailleurs, les comptes de la santé incluent des activités périphériques aux soins médicaux : l'enseignement et la recherche par exemple ; ceci étant justifié par les interdépendances qu'ont ces productions de services avec celle des soins.

CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE ET DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

La Consommation Médicale Totale permet de connaître les masses financières qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année. Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain et les DOM (base 1995) (par des résidents ou des non-résidents) pour la satisfaction directe des besoins individuels de santé. Il s'agit de biens et services marchands (achats auprès de prestataires tels que les médecins ou les cliniques privées), ou non marchands, c'est-à-dire organisés et financés par une administration (hospitalisation publique). Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, cures

thermales), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses...). Seules les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont prises en compte ; aussi, n'y figurent pas les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement. Y sont également comptabilisées les dépenses de prévention individualisables (services de la Protection Maternelle et Infantile, médecine du travail...). Les montants et les évolutions de la CMT présentés dans les comptes de la santé, ne peuvent être confondus avec les seuls remboursements de l'assurance-maladie de la sécurité sociale.

LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

Elle mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs (Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaires, et ménages) au titre de la santé. Son champ est plus étendu que celui de la CMT puisqu'elle intègre également les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire et les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées).

L'estimation de ces deux agrégats repose sur un système d'information diversifié, puisant à diverses sources, telles l'assurance-maladie, les études d'économie de la santé, des enquêtes spécifiques.

À noter : l'OCDE, Eurostat et l'OMS utilisent un concept commun pour permettre les comparaisons entre leurs membres. La dépense totale de santé est évaluée à partir de la dépense courante en défalquant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant l'investissement (la FBCF) du secteur public hospitalier ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance.

Tableau 1 : Structure de la consommation de Soins et de biens médicaux en 2007

	Valeur en milliards d'euros	Structure (%)
Soins hospitaliers	72,7	44,3
publics	56,4	34,4
privés	16,3	9,9
Soins ambulatoires	45,1	27,5
dont médecins	20,9	12,8
dentistes	9,4	
auxiliaires médicaux	10,2	
analyses	4,2	
Transports de malades	3,2	2,0
Médicaments	33,4	20,4
Autres biens médicaux	9,5	5,8
Consommation de soins et de biens médicaux	163,8	100

Source : à partir de Comptes Nationaux de la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Drees.

Tableau 2 : Structure de la consommation de soins et de biens médicaux (en %)

	1980	1985	1990	1995	2000	2007
Soins hospitaliers	53	51	47,6	48,6	45,8	44,3
Publics	41,4	39,4	36,4	36,2	35,4	34,4
Privés	11,7	11,6	11,2	12,4	10,3	9,9
Soins ambulatoires	26,3	27,3	29,4	27,3	27,1	27,5
Dont médecins	12,4	12,9	13,8	13,2	13,2	12,8
Transports de malades	1	1,3	1,4	1,5	1,6	2,0
Médicaments	17,5	17,6	18,2	18,8	20,5	20,4
Autres biens médicaux	1,9	2,1	2,5	3,8	5,0	5,8

Source : à partir de Comptes Nationaux de la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Drees.

Tableau 3 : La dépense courante de santé en 2007 (en milliards d'euros)

	Montants	Structure (en %)
Dépense pour les malades	182,2	88,2
– Soins et biens médicaux	163,8	79,3
– Soins aux personnes âgées en établissements	5,7	2,7
– Aide aux malades (IJ)	10,7	5,2
– Subventions au système de soins	2	1,0
Dépenses de prévention	5,7	2,8
Dépenses en faveur du système de soins	8,2	4,0
– Recherche médicale		
– Formation	7,0	3,4
	1,2	0,6
Coûts de gestion de la santé	14,3	6,9
Double compte	- 3,9	- 1,9
Dépense courante de santé	206,5	100

Source : à partir de *Comptes Nationaux de la Santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Drees.*

Source : Les comptes nationaux de la santé disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat126.htm>