

## LA SANTÉ DANS L'ÉCONOMIE NATIONALE

A. GRAND et S. KOPEL

L'économie de la santé est une discipline récente marquée encore très fortement par l'idée de maîtriser des dépenses en constante augmentation. Il est cependant nécessaire de dépasser cette vision réductrice pour comprendre l'ensemble des mécanismes économiques jouant sur le système de santé.

Classiquement, l'approche économique comporte deux volets. Un premier volet macro-économique permet d'appréhender les grands équilibres financiers à travers notamment l'agrégat de la Consommation des Soins et des Biens Médicaux (CSBM) et celui de la Dépense Nationale de Santé (DNS) utilisé pour les comparaisons internationales. La CSBM montre, depuis 1990, l'importance des soins hospitaliers et la forte augmentation des dépenses de médicaments. Le poids de la DNS dans le PIB est en constante augmentation et situe la France en 3<sup>ème</sup> position dans l'OCDE.

L'approche micro-économique s'intéresse à la structure de la consommation médicale au sein de la consommation des ménages. Deux types de facteurs expliquent pour les premiers sa variabilité individuelle et pour les seconds sa constante augmentation. Les facteurs individuels sont entre autres l'âge, le genre, la CSP, le niveau de protection sociale etc. Les facteurs collectifs peuvent être liés à la demande ; le vieillissement démographique, la généralisation de la protection sociale... Ils peuvent être également liés à l'offre : pression des industries de bio-technologie, modes de rétribution des professionnels...

L'analyse de ces facteurs est au cœur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ces dernières résultent de la combinaison des évolutions des prix d'une part, du volume de consommation de l'autre. L'irrésistible croissance de cette consommation vient en partie d'un effet de déresponsabilisation de l'utilisateur dont l'essentiel des dépenses est prise en charge par la collectivité (la sécurité sociale). Les plans de sauvetage de l'assurance maladie se succèdent sans véritable effet de fond car le débat est plus d'ordre politique que de nature technique.

## SOMMAIRE

### **I - Définition**

A – L'économie politique

B- La prise en compte de la répartition

### **II-L'approche macro-économique : les grands équilibres financiers**

A –Les comptes de santé

1- L'évolution de la CSBM

2- L'évolution de la DNS

B - La structure de la CSBM

1- La prédominance des soins hospitaliers

2- La forte croissance des dépenses de médicaments

3- L'évolution de la structure du financement des la DCS

### **III-L'approche micro-économique : la consommation médicale**

A – Les caractéristiques

B – Les facteurs de la consommation médicale

1- L'âge

2- Le genre

3- La catégorie socioprofessionnelle

3-1- Des différences notables

3-2- Le lien avec l'état de santé

4- Le niveau de couverture sociale

### **IV- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé**

A- Le calcul des dépenses de santé

B- La mesure de l'effet volume et de l'effet prix

C – La maîtrise des dépenses de santé

1- L'augmentation des prix

2- La croissance en volume

2-1- La spécificité de la consommation médicale

2-2- Une combinaison de facteurs inflationnistes

2-3- Un système particulièrement fragile

### **IV- La place de la santé dans l'économie**

A- Une réflexion d'abord politique puis technique

B- Le rôle moteur et régulateur de la santé

## I - Définitions

L'économie de la santé est une spécialisation de l'économie d'apparition relativement récente en France. On peut faire remonter sa naissance à la fin de la *décennie 70*, au moment où le ralentissement de la croissance économique commençait à mettre en péril le financement des budgets sociaux et notamment celui de l'assurance maladie. Il faut donc bien se garder de considérer l'économie de la santé comme un simple catalogue des méthodes permettant de "faire des économies" dans le domaine de la santé.

### A- L'économie politique

A cette vision très réductrice et limitée au court terme, on peut opposer la définition de l'économie politique : "l'économie politique est la science qui étudie les principes de l'allocation rationnelle des ressources dans les sociétés humaines en fonction des objectifs que celles-ci se fixent et des contraintes qu'elles subissent (notamment la rareté)".

Appliquée à la santé, cette définition permet de dépasser le problème de la simple contention des dépenses pour poser celui plus large de la *place de la santé dans la société*. Elle renvoie aux trois grands objectifs de tout système de santé :

- réduction des risques auxquels est exposée la population,
- prise en charge la plus efficiente possible des problèmes de santé,
- garantie de l'égalité de tous devant la santé et la maladie.

### B- La prise en compte de la répartition

Une autre définition peut être proposée qui insiste plus particulièrement sur la *répartition des richesses produites* ; il s'agit de la définition de Walras (Ecole des Marginalistes) : « L'Economie est la science permettant de déterminer les conditions de la production la plus abondante possible et de la répartition la plus équitable de la richesse sociale entre les hommes en société ».

Elle fait écho au troisième objectif du système de Santé.

## II - Approche macro-économique : les grands équilibres financiers

### A- Les comptes de la santé

L'ensemble des ressources et des dépenses de la nation sont, après "agrégation", répertoriées dans un "*système élargi de la comptabilité nationale*" utilisé en France depuis 1976. La comptabilité nationale fournit une représentation quantifiée de l'économie du pays, envisagée sur un plan global dans les comptes du cadre central, et par grands champs d'activité dans les comptes satellites. Parmi les comptes satellites, se trouvent les comptes de la santé. Ils sont établis en France *chaque année* et fournissent des données détaillées sur chacun des agrégats permettant de mesurer les dépenses de santé<sup>1</sup> (encadré 1).

---

<sup>1</sup> Depuis l'année 2004, les comptes de la santé sont présentés en base 2000 (au lieu de 1995). Ce changement de base induit un certains nombres de modifications. Par exemple l'ensemble des soins aux personnes âgées en établissement sort du champ de la CSBM pour rejoindre, dans le domaine de l'action sociale, ceux dispensés à l'enfance inadaptée et aux adultes handicapés. L'ensemble des modifications conduit à diminuer de 0,6 point le ratio de la CSBM dans le PIB, et à majorer de 0,3 point le ratio de DCS au PIB, qui inclut notamment les frais de gestion.

## ENCADRÉ 1

### Consommation et dépenses de santé

Les comptes de la santé se composent de différents agrégats.

#### La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 163,8 milliards d'euros en 2007

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements).

La consommation médicale totale (167,1 milliards) ajoute à la CSBM la prévention individuelle (3,3 milliards).

#### La dépense courante de santé : 206,5 milliards d'euros en 2007

C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) effectuées par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la consommation médicale totale puisqu'elle prend également en compte : les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention collective, de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

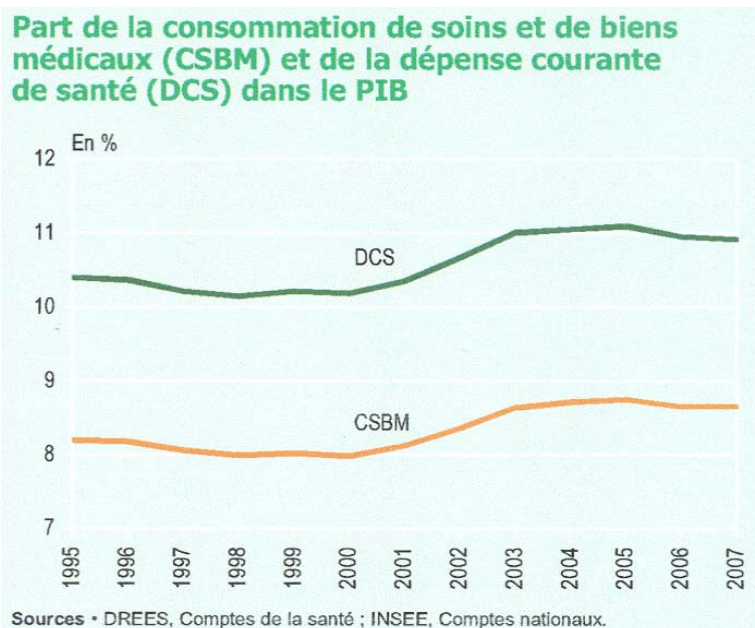
#### La dépense totale de santé : 199 milliards d'euros en 2006

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'OMS utilisent un concept commun pour comparer les dépenses de santé de leurs membres : la dépense totale de santé. En France, elle est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les IJ, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

Source : Drees n°655 – septembre 2008- « Les comptes nationaux de la santé en 2006 ».

### 1- L'évolution de la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux)

Parmi ces agrégats, la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) sert de référence pour apprécier les évolutions (encadré 1). *La part prise par la CSBM dans le Produit Intérieur Brut (PIB) ne cesse de s'accroître depuis 2001 (8,7% pour 200, niveau identique à 2006), après avoir subi une certaine stagnation entre 1995 et 2000 (graphique 1). Elle a progressé en valeur plus rapidement qu'en 2006 (+4,7 % après 3,5 %) approchant le niveau de 2005 (+ 4,4%). Cependant, elle connaît une évolution inférieure à celle observée au début de la décennie (plus de 6 % en moyenne par an de 2001 à 2003). La progression en volume est de 3,7 %. L'année 2007 renoue ainsi avec les évolutions plus dynamiques, proches de celles observées en 2000.*



Source : DREES n° 655 – septembre 2008

## 2 – L'évolution de la DNS (Dépense Nationale de Santé)

La Dépense Nationale de Santé (DNS) est l'agrégat utilisé pour les comparaisons entre les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (encadré 1). Elle s'élève pour la France à 10,9 % du PIB en 2007 (graphique 1). Ce ratio est légèrement inférieur à celui de 2006 (11 %). Néanmoins, ce taux place toujours la France *au 3<sup>ème</sup> rang* derrière les Etats-Unis (15,3%) suivie de la Suisse (11,3%). Elle a progressé de deux places depuis 2004 (5<sup>ème</sup> position soit 10,5% du PIB) et devance maintenant l'Allemagne (10,6 %).

La part de la DNS dans le PIB suit la même évolution que la CSBM (cf. graphique 1).

### B- La structure de la CSBM

#### 1- La prédominance des soins hospitaliers

Lorsqu'on analyse la structure des dépenses de la CSBM (163,8 milliards d'Euros) (tableau 1), on constate que les *soins hospitaliers* arrivent en 1<sup>ère</sup> position (72,7 milliards d'€ soit 44,3%), suivis des *soins ambulatoires* (45,1 milliards d'€ soit 27,5%), *des médicaments* (33,4 milliards d'€, soit 20,4 %), des autres biens médicaux et ambulatoire (9,5 milliards d'€ soit 5,8 %) et des transports de malades (3,2 milliards d'€ soit 2 %). *Les trois premiers représentent 92,3 % de la CSBM, stable depuis 2006 et en légère diminution depuis 2004.*

La croissance du secteur hospitalier (établissements publics et privés) est de 3,9 % en valeur et 1,9 % en volume ce qui constitue une accélération par rapport à 2006. Toutefois, la progression est inférieure à celles enregistrées au début des années 2000. La croissance en valeur des soins ambulatoires se poursuit (+ 5,5). A l'instar des années précédentes, ces deux derniers ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM.

Si l'on raisonne en volume, la consommation de médicament contribue le plus à la croissance de la CSBM suivi à niveau équivalent des soins hospitaliers et des soins ambulatoires (3,2 points).

Tableau 1

	Valeurs en milliards d'euros 2007	Taux d'évolution annuels moyens									
		en valeur (en %)					en volume (en %)				
		1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007	1995-2000	2000-2005	2005	2006	2007
<b>1- Soins hospitaliers</b>	72,7	2,0	5,1	5,0	3,5	3,9	0,5	1,6	2,5	1,5	1,9
publics	56,4	2,8	5,1	4,6	3,4	3,9	1,1	1,4	2,3	1,2	1,8
privés	16,3	-0,5	5,0	6,0	3,7	3,8	-1,3	2,1	3,2	2,6	2,1
<b>2- Soins ambulatoires</b>	45,1	3,1	5,6	3,2	4,4	5,5	2,5	4,0	1,7	1,9	3,3
Dont médecins	20,9	3,2	4,7	3,2	4,2	5,3	2,4	1,4	0,5	-0,4	1,8
dentistes	9,4	2,3	5,5	1,1	3,4	3,8	1,8	7,0	0,1	1,6	2,4
auxiliaires médicaux	10,2	4,0	7,1	5,2	6,8	8,4	3,1	5,3	5,2	6,8	7,4
analyses	4,2	3,2	7,3	3,7	3,2	3,5	3,7	6,9	3,7	3,2	3,5
<b>3- Transports de malades</b>	3,2	5,0	8,4	7,0	9,2	5,1	3,1	6,3	4,9	5,8	3,8
<b>4- Médicaments</b>	33,4	5,1	5,9	4,2	1,5	4,4	5,0	7,0	5,5	5,4	7,1
<b>5- Autres biens médicaux</b>	9,5	9,0	8,1	5,4	4,7	8,0	8,1	6,8	4,2	4,5	7,4
<b>Consommation de soins et de biens médicaux (1 à 5)</b>	<b>163,8</b>	<b>3,3</b>	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>	<b>3,5</b>	<b>4,7</b>	<b>2,3</b>	<b>3,8</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>	<b>3,7</b>

Sources : DREES, Comptes de la santé.

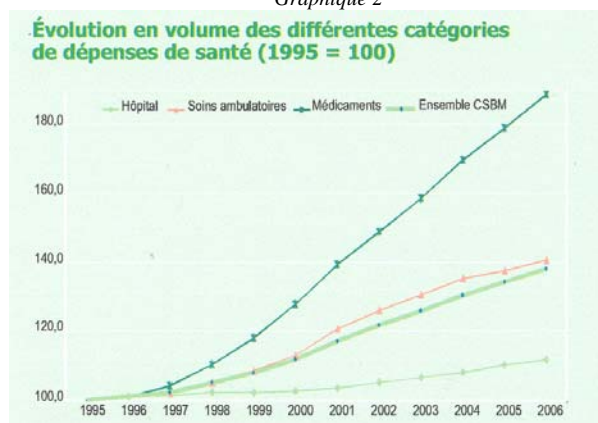
Source : DREES n° 655 – septembre 2008

## 2- La forte croissance des dépenses de médicaments

A partir de 1996, la contribution des différents postes des dépenses à la croissance totale des soins et biens médicaux (graphique 2) fait ressortir *une très forte croissance, notamment à partir de 1997, des dépenses de médicaments en volume*. Les médicaments représentent en 2007, 20,4% de la CSBM (33,4 milliards d'euros) ce qui en fait le contributeur le plus important de la croissance en volume de la CSBM, comme à l'accoutumée. Mais c'est en 2001 que le poste médicament connaît son plus fort taux de croissance (+ 9,1%). Pour 2007, la croissance en volume atteint 7,1 % ce qui marque une accélération par rapport aux années 2005 et 2006. Cette progression s'explique principalement par la mise sur le marché de nouvelles spécialités. Cependant, la part des génériques sur l'ensemble des médicaments remboursables représentent 10,1% en valeur pour 2007. Elle reste modeste au regard d'autres pays Européens (autour de 20 %) mais cela s'explique pour partie par la définition plus restrictive des génériques en France.

*Les soins ambulatoires ont, pour leur part, connu une progression rapide entre 1998 et 2006, faisant suite à une longue période de croissance moins rapide que l'ensemble des dépenses de santé. Depuis 2003, ils progressent en volume à un rythme sensiblement identique à celui de la CSBM dans son ensemble.*

Graphique 2



Source : DREES n° 593 – septembre 2007

### 3- L'évolution de la structure du financement de la DCS (Dépense Courante de Santé)

Depuis trois ans, la part de prise en charge par les ménages est orientée à la hausse, tout en restant inférieure à son niveau de 2000 : il atteint 8,5 % en 2007 contre 8,3 % en 2004 et 9 % en 2000 (tableau 2). La progression du reste à charge des ménages et la baisse de la part de la Sécurité Sociale depuis 2005 (76 % en 2007 contre 77 % en 2005) découlent des diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie. Pour l'année 2007, la pénalisation du non respect du parcours de soins a été accrue (4 euros au lieu de 1) expliquant la tendance à la hausse du reste à charge pour les ménages. La progression de la part financée par les organismes complémentaires (13,2 % en 2005 et 13,6 % en 2007) s'explique pour l'essentiel par les hausses du forfait journalier hospitalier d'une euro par an et des tarifs journaliers de prestations qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public.

Tableau 2

**Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux**

En %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Sécurité sociale (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6
CMU-C organismes de base et AME	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4
Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,9
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,2
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,4	8,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.  
 (2) Y compris prestations CMU complémentaire versées par ces organismes.  
 Sources : DREES, Comptes de la santé.

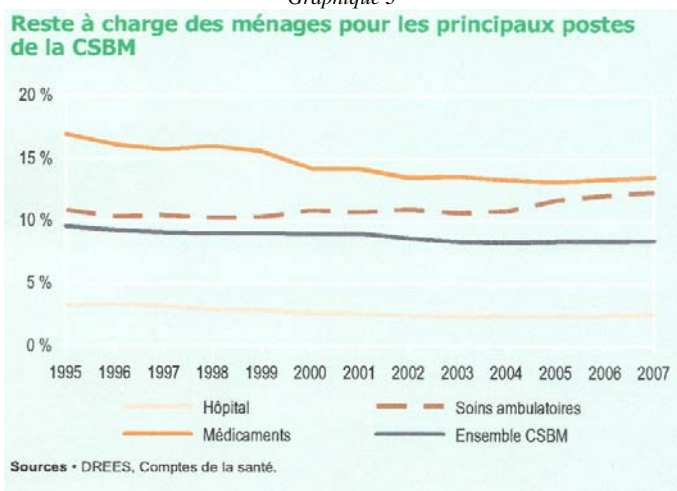
Source : DREES n° 655 – septembre 2008

### III - Approche micro-économique : la consommation médicale

#### A – Les caractéristiques

La part prise par la CSBM dans la consommation des ménages (graphique 3) suit logiquement une évolution parallèle à celle prise par la CSBM dans le Produit Intérieur Brut (graphique 1). Elle est relativement stable autour de 12,1 % depuis l'année 2004 et atteint 12,05 % pour 2007.

Graphique 3



Source : DREES n° 655 – septembre 2008

L'analyse de la consommation des ménages en biens et services par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE – Résultat – consommation des ménages 2007) montre que les dépenses directes de santé assumées par les ménages représentaient en 2006, 3,4% de la consommation effective, contre 3,3% en 1996.

Si l'on compare au 12,1 % que représente la part prise par la CSBM dans la consommation des ménages, on constate que l'essentiel des dépenses est assumé par la solidarité nationale. Cela positionne les dépenses de santé en 4<sup>ème</sup> position derrière les dépenses de logement (25,2%) de transport (14,7%) et d'alimentation (13,7%)

## B - Les facteurs de la consommation médicale

Un certain nombre de facteurs influent sur la consommation médicale. Il s'agit tout d'abord de la morbidité individuelle qui explique la concentration logique des dépenses médicales sur une fraction réduite de la population.

### 1- L'âge

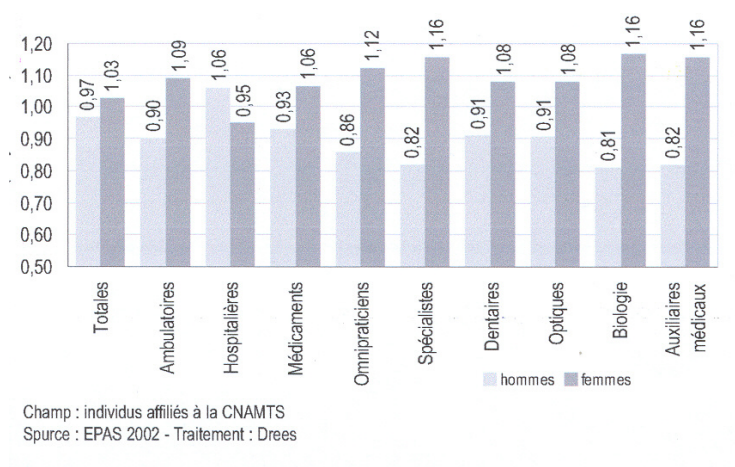
La courbe de consommation médicale selon l'âge montre une *croissance exponentielle à partir de 50 ans dans les deux sexes avec un nouveau seuil au-delà de 70 ans*. Ce sont les dépenses ambulatoires qui augmentent très significativement à partir de 50 ans, suivies par les dépenses hospitalières à partir de 60 ans. En fait, le niveau de consommation varie avec l'âge selon une courbe en U, le minimum étant situé entre 10 et 20 ans. Pour les femmes, le niveau s'élève aux âges de la maternité (dépenses de gynécologie, obstétrique).

### 2- Le genre

*A structure d'âge identique, les dépenses totales de soins ne montrent pas de réelle différence selon le genre (indice 0,97 pour l'homme et 1,03 pour la femme)*

(graphique 4). Toutefois, la structure des dépenses marque une différence : les femmes engagent plus de dépenses de ville et notamment de médecins spécialistes (+ 10% en 2003) et moins de dépenses hospitalières (-22 % en 2003). En revanche, les dépenses de médicaments, premier poste de soins de ville (plus du tiers des dépenses), ne semble pas lié au genre.

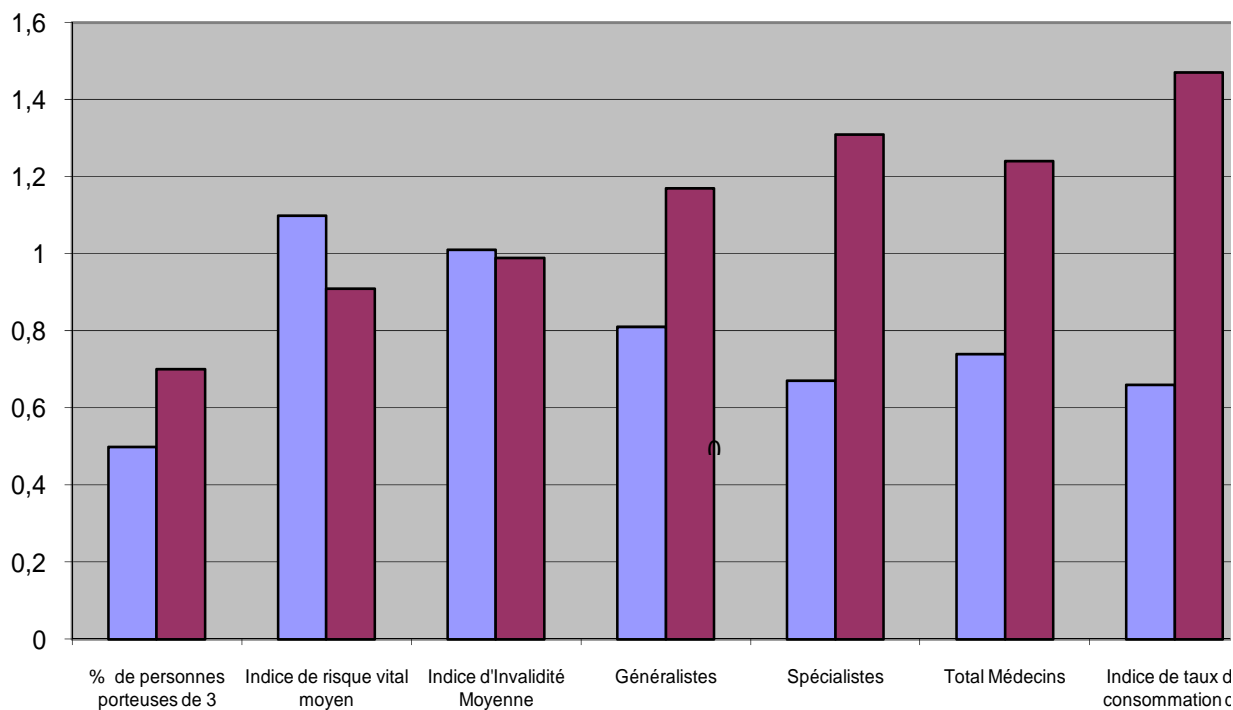
Graphique 4 - Indices de dépenses de soins par genre.



Source : Etudes et Résultats n°413- Juillet 2005 : « Les comptes nationaux de la santé en 2004 », Drees.

La corrélation entre la consommation et la morbidité (graphique 5), montre que les femmes déclarent significativement plus de maladies que les hommes, sans qu'elles soient toutefois plus en incapacité fonctionnelle (indice d'invalidité équivalent à celui des hommes) ou plus exposées à des affections sévères (indice de risque vital inférieur à celui des hommes). Cette différence dans la structure de consommation est généralement expliquée par *une plus grande attention des femmes aux problèmes de santé et par une meilleure utilisation du système de santé*.

Graphique 5 - Morbidité et consommation selon le genre

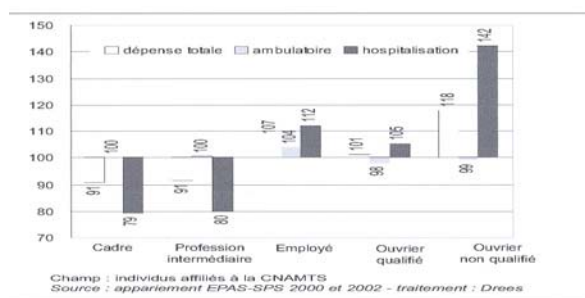


### 3- La catégorie socioprofessionnelle (CSP)

#### 3-1- Des différences notables

La CSP joue également un rôle important sur la consommation médicale (graphique 6). *La dépense totale de soins augmente ainsi quand on descend dans l'échelle sociale, du « cadre et profession intermédiaire » (indice : 0,91) à « l'ouvrier non qualifié » (indice : 1,18).* Cela est lié au poids de l'hospitalisation dans les dépenses de santé des catégories les moins favorisées (indice : 1,42). On ne retrouve pas une telle différence sur les dépenses ambulatoires qui ne paraissent pas bouger en fonction de l'échelle sociale.

Graphique 6 : Indice des dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence.



Source : Etudes et Résultats n°378- Février 2005 : « Les déterminants individuels des dépenses de la santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », Drees.

Il apparaît dès lors essentiel de corrélérer ces profils de consommation à la morbidité et au risque vital.

### **3-2- Le lien avec l'état de santé**

On observe que les deux indices de risque vital moyen d'une part, d'invalidité moyenne d'autre part, sont d'autant plus bas que l'on s'élève dans l'échelle sociale. *Les cadres présentent ainsi le meilleurs état de santé* suivis par les professions intermédiaires, alors que les ouvriers ont l'état de santé le plus dégradé.

*La plus forte exposition des catégories défavorisées à des pathologies sévères et invalidantes* ainsi qu'à divers risques (alcool, tabac, accidents...) peut être logiquement associée à son plus fort recours à l'hospitalisation.

### **4- Le niveau de couverture sociale**

*Les individus les plus protégés (mutuelles, assurances complémentaires...) consomment logiquement plus que les autres.* En revanche, la moindre consommation de catégories sociales telles que les agriculteurs ou les indépendants est en partie sous-tendue par leur moindre niveau de protection sociale. La mise en place de la Couverture Maladie Universelle a manifestement permis l'accès aux soins des catégories les plus démunies.

## **IV- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé**

### **A- Le calcul des dépenses de santé**

Pour bien comprendre le mécanisme de l'accroissement des dépenses de santé, il est essentiel de distinguer deux types de composantes dans la constitution des coûts : le *volume des produits ou services consommés* d'une part, *le prix de ces mêmes produits ou services* d'autre part. C'est ainsi que l'on obtient l'équation suivante :

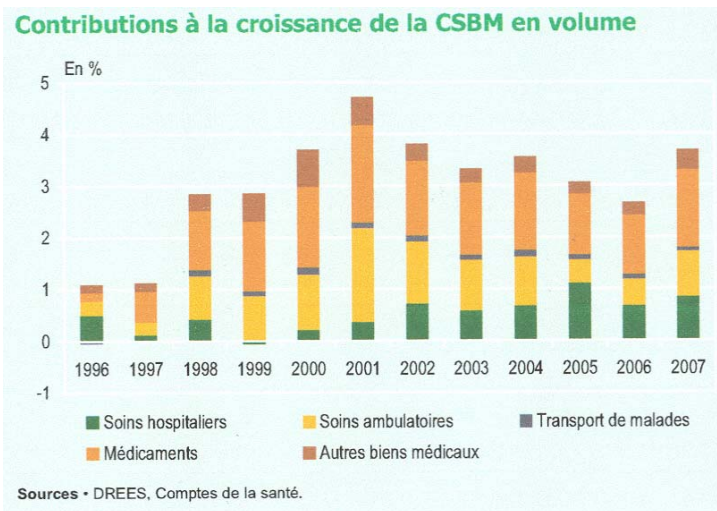
$$\text{Variation de valeur} = \text{Variation de volume} \times \text{Variation de prix}$$

La variation de volume comprend l'ensemble des variations de quantités, de structure et des changements de produits qui influent sur la variation de la valeur.

La variation de prix ne prend en compte que les changements de prix des produits élémentaires composant l'agrégat à structure constante.

### **B- La mesure de l'effet volume et de l'effet prix**

L'équation précédente permet de faire la part, dans l'augmentation des dépenses de santé, de ce qui est lié à un accroissement de la consommation et de la prescription de soins et de biens médicaux (effet volume) et de ce qui est lié à un accroissement des prix de ces mêmes soins et biens médicaux (effet prix). La figure suivante (graphique 7) montre la participation respective des grands postes de dépenses à la croissance en volume de la CSBM depuis 1996. Au-delà de cette tendance à long terme, le plan médicament a pour effet un tassement des prix sur 2006 (3,7%).



Source : DREES n° 655 – septembre 2008

## C – La maîtrise des dépenses de santé

Toutes les mesures prises pour limiter l’inflation des dépenses de santé pourront être différenciées selon qu’elles portent plutôt sur les prix ou plutôt sur le volume des soins et des biens médicaux consommés.

### 1- L’augmentation des prix

Même si les négociations s’avèrent souvent difficiles avec les organisations professionnelles (syndicats médicaux et paramédicaux, industrie pharmaceutique...), le contrôle de la croissance des prix apparaît *relativement facile à mettre en œuvre*. C’est ainsi que les prix d’un certain nombre de médicaments ont pu être abaissés (août 1994) et qu’un certain nombre d’actes ont vu leur tarif diminuer (plan CNAMTS en 1996, baisse des tarifs des radiologues et gel de l’augmentation prévue de certains tarifs en 1998, etc.).

### 2- La croissance en volume

La croissance en volume de la consommation s’avère en revanche *beaucoup plus délicate à maîtriser*. Cela est lié au caractère très spécifique de la consommation médicale par rapport aux autres types de consommation.

#### 2-1- La spécificité de la consommation médicale

Dans le circuit économique général, il y a le plus souvent confrontation directe du producteur et du consommateur ; le prix fait alors office de régulateur de la consommation :

(régulation par les prix)

Producteur-----Consommateur

Dans le domaine de la santé, la confrontation directe producteur/consommateur est exceptionnelle ; le plus souvent, elle est *médiatisée par l’intervention de deux protagonistes qui sont le financeur et le prescripteur* :

Financier

(éclatement des 3 fonctions)

Producteur-----Consommateur

Prescripteur

En effet, contrairement à ce qui se passe dans le circuit économique général, le consommateur est rarement prescripteur et financeur direct de ses dépenses de santé (sauf en cas d'automédication). Il y a donc dissociation entre ces trois rôles et cela induit une *forme de déresponsabilisation (en tout cas économique) du consommateur vis-à-vis des dépenses engagées*. Il peut ainsi se soumettre sans pénalisation aux pressions du prescripteur et du producteur qui ont eux tout intérêt à augmenter ces dépenses.

Les seuls freins existants sont représentés par *le ticket modérateur et l'avance des fonds qui sont très souvent rendus inopérants par les mutuelles ou assurances privées* (prise en charge au moins partielle du ticket modérateur, système du tiers payant). Le *forfait hospitalier*, augmenté en 2004, a également été instauré dans cet objectif de responsabilisation de même que les franchises médicales (2007). Dans un tel contexte, seul le *financeur* a intérêt à modérer les dépenses. Or il ne maîtrise aucun des maillons de la chaîne de décision qui va du recours au système de santé jusqu'à la consommation en passant par la prescription. Cela explique pourquoi les organismes d'assurance maladie sont en déséquilibre chronique et luttent en permanence (de plan de redressement en plan de redressement) pour combler un déficit qui constitue une grande partie du « *trou de la Sécurité Sociale* ». Divers facteurs collectifs contribuent en effet à accroître les dépenses de santé.

## **2-2- Une combinaison de facteurs inflationnistes**

Ces facteurs peuvent être liés à la demande : le vieillissement démographique, la généralisation de la protection sociale et les exigences croissantes de la population en matière de prise en charge.

D'autres facteurs peuvent être liés à l'offre : la pression des industries de biotechnologie, les modes de rétribution des institutions (tarification à l'activité) et des professionnels de santé (paiement à l'acte)...

Enfin, l'évolution sociétale contemporaine se caractérise par la médicalisation de nombreux problèmes sociaux qui échappaient auparavant au champ de la médecine. Par exemple : le contrôle des naissances (contraception, IVG...), la procréation médicalement assistée, l'alcoolisme, la toxicomanie, l'inadaptation scolaire, la délinquance, la prise en charge des handicaps et des personnes âgées...

## **2-3- Un système particulièrement fragile**

Le système de santé français, qui associe liberté de consommation individuelle et financement collectif, apparaît ainsi comme un *système particulièrement fragile*. Cette liberté est un confort auquel sont attachés les français mais qui sera à l'avenir nécessairement bridée pour restaurer l'équilibre de l'assurance maladie. La mise en place du médecin traitant, avec interdiction d'accès direct du patient à la plupart des spécialistes, est une mesure prémisses de cette évolution.

## **V – La place de la santé dans l'économie**

La santé consomme une fraction de plus en plus importante de la richesse nationale ; ce qui a amené les économistes à se poser la question de l'opportunité d'un tel investissement. La réponse à cette question est nécessairement politique avant d'être technique.

### **A- Une réflexion d'abord politique puis technique**

Le premier niveau de réponse est d'ordre politique, parce que la santé ne saurait être considérée comme un système parasite de l'économie générale. L'amélioration du niveau sanitaire doit être un objectif prioritaire de toute la société avant d'être évaluée à l'aune de sa rentabilité économique.

Le second niveau de réponse est d'ordre technique, car il faut pouvoir prouver aux gestionnaires que les investissements réalisés dans le domaine de la santé se traduisent effectivement par une élévation du niveau sanitaire. Or le système de santé est vulnérable parce qu'il a insuffisamment développé les recherches épidémiologiques et médico-économiques susceptibles de lui fournir des données sur les résultats des actions entreprises. C'est là tout l'objet des *études coût/efficacité*<sup>2</sup> qui se multiplient à l'heure actuelle dans le but de combler cette lacune.

### **B- Le rôle moteur et régulateur de la santé**

Il se manifeste de trois manières :

- par la restauration de la force de travail qu'il entraîne,
- par l'impulsion qu'il donne à certaines branches de l'économie (biotechnologies, industrie pharmaceutique...),
- par le soutien à la consommation que représentent les revenus des professionnels de la santé et la distribution des revenus de substitution (indemnités journalières, pensions d'invalidité...).

Au total, une intrication profonde existe entre la santé et l'économie générale qui permet de comprendre *l'étroitesse de la marge de manoeuvre des gestionnaires*. En fait la rationalisation économique ne peut être extérieure au système de santé et ne saurait être obtenue sans la participation effective des professionnels, tant dans la définition des objectifs que dans le choix des moyens.

---

<sup>2</sup> Il s'agit d'établir un bilan dans lequel les effets sur la santé vont être mesurés en termes physiques, par exemple : décès évités, amélioration de paramètres biologiques...

## RESUME DES POINTS CLEFS DU CHAPITRE

- 1- L'économie de la santé est une discipline récente datant des années 1970.
- 2- Les comptes nationaux de la santé distinguent différents agrégats dont les plus utilisés sont la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) et la Dépense Nationale de Santé (DNS).
- 3- Le poids respectif de la CSBM et de la DNS dans le PIB ne cessent d'augmenter depuis trois décennies.
- 4- L'approche micro-économique s'intéresse aux caractéristiques et à la structure de la consommation médicale.
- 5- Les profils de consommation sont fortement diversifiés selon notamment, l'âge, le genre, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de protection sociale.
- 6- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente l'ensemble des moyens mis en œuvre pour contenir les dépenses de santé sans nuire à la qualité des soins.
- 7- La spécificité de la consommation médicale explique les difficultés de maîtrise de la croissance en volume des dépenses.
- 8- La santé joue un rôle moteur et régulateur dans l'économie générale.