

TUTORAT NIÇOIS : UE 7 : DÉPENSES DE SANTÉ

1) Introduction

Depuis 1970 : inadéquation entre :

- évolution de la **croissance du PIB**
- évolution des **dépenses de santé (DS)**
- ⇒ pose le problème du **contrôle des coûts**

France en 2005 : DTS (dans le PIB) = 10,6%

France en 2008 : DTS (dans le PIB) = 11,2 %

⇒ 2^e rang derrière les Etats-Unis (16 %)

a) Elasticité des dépenses de santé

Elasticité de long terme des DS au PIB ≈ 1 (en France et pays de l'OCDE)

⇒ Sur longue période : **hausse de 1% du PIB => hausse de 1% des DS**

Rappel : élasticité = effet de la variation relative d'une variable sur la variation relative d'une autre variable

L'élasticité des DS / PIB indique de quel % les DS lorsque le PIB ↑ de 1%.

- Elasticité = 1 : dépenses ↑ au même rythme que PIB
- Elasticité > 1 : dépenses ↑ plus vite (2 fois plus vite si élasticité = 2)
- Elasticité < 1 : dépenses ↑ moins vite que PIB

b) Données de consommation médicale

- présentées **chaque année** dans les **comptes nationaux de la santé**
- mettent en évidence la répartition des ≠ postes de DS
- régulation des DS : par examen des **indicateurs** de conso

c) Sources de données

Comptes nationaux de la santé = comptes satellites de la comptabilité nationale

⇒ évaluation rétrospective **chaque année** conso/financement de la «**fonction santé**» (= actions qui concourent au ttt/prévention perturbation de l'état de santé)

⇒ Montants de l'ensemble des postes de conso méd exprimés sous forme d'**agrégat**

d) Définition d'un agrégat

Agrégat = grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique.

Ex : ensemble des dépenses du secteur santé évalué par un agrégat = **Dépense Courante de Santé (DCS)**

2) Agrégats des comptes de la santé

Dépense Totale de Santé = DTS	= concept utilisé par OCDE + OMS pour comparer DS entre leurs membres DTS = DCS – (indemnités journalières + dépenses prévention/recherche/format°) + dépenses en capital secteur santé + dépenses handicap/dépendance
Dépense Courante de Santé = DCS	= regroupe ensemble des paiements intervenus pt 1 an pour santé (dont charge est assurée par financeurs sys santé privés/publics : Sécu, Etat, Collectivités locales = effort financeurs DCS = CMT + dépenses individuelles + dépenses collectives + double compte Dépenses individuelles = indemnités journalières, soins aux personnes âgées Dépenses collectives = prévention, recherche, formation, gestion, subvention Double compte = dépenses de recherche pharma financées ++ par vente médicaments CMT = Conso Médicale Totale = CSBM + Prévention Individuelle (vaccination, dépistage K) CSBM = Consommation de Soins et Biens Médicaux (hôpital = 1^{er} poste CSBM) CSBM = soins hospitaliers + soins ambulatoires + transports sanitaires + médocs + autres biens médicaux - dépenses soins personnes handicapées/âgées en établiss. = Σ soins/biens méd conso par population ss forme marchande (remboursés ou Ø) Soins ambulatoires = médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme Biens médicaux = optique, prothèses, « petits matériels et pansements »

En 2009 : montant DS = 223 milliards €

1^{er} poste DS = **dépense de soins hospitaliers/ambulatoires + biens médicaux (conso en dh hôpital) = 175,7 milliards €**

3) Evolution des dépenses de santé

a) Consommation de Biens et Services Médicaux = CSBM

Hospitalisation = 44% / Transports = 2% / Biens médicaux = 26% / Soins ambulatoires = 28%

1950	part du revenu consacrée aux dépenses de soins/biens médicaux = 2,5 %
2001-2003	↑ CSBM en valeur la + rapide (5,8%) : ↑ volumes + ↑ prix ⇒ CAR ↑ tarifs médecins + ↑ coûts salariaux à l'hôpital + ↓ temps de travail
2009	part du revenu consacrée aux dépenses de soins/biens médicaux = 9,2 % ralentissement croissance CSBM = 175,7 milliards € ⇒ +80% en 15 ans (car en 1995 : 98 milliards €) • progression de 3,3% en valeur/ 3% en volume (par rapport à 2008) ➤ prix des soins hospitaliers : ↑ +1,1% ➤ prix des soins ambulatoires : ↑ +0,8% ➤ prix des médicaments : ↓ -2,6% (mesures de ↓ prix + ↑ génériques) Les 3 postes : soins hospitaliers/soins ambulatoires/médicaments = 91% de la CSBM En valeur : ↑ CSBM +++ par soins hospitaliers + soins ambulatoires En volume : ↑ CSBM +++ par soins hospitaliers + médicaments + soins ambulatoires Pour ralentir rythme croissance du volume des médicaments : politique agissant sur prescriptions = déremboursement médocs

Soins Hospitaliers	consommation = 78 milliards € = 44,4% de la CSBM ➤ croissance de 3,8% en valeur ➤ croissance de 2,7% en volume ✕ Dans secteur public : conso = 60 milliards € ⇒ faible progression/années 2000 dû au ralentissement croissance masse salariale ✕ Dans secteur privé : conso = 18 milliards €
Soins Ambulatoires (médecin, dentiste, auxiliaires)	consommation = 48 milliards € = 27,9% de la CSBM ➤ croissance de +3,0% en valeur = ralentissement ++ (/2007 (+5,2%)) ➤ croissance de +2,2% en volume
Analyses médicales	consommation ↑ de 2,4% en valeur puis ralentit ✕ mise en place rémunération du médecin traitant ✕ remplacement NGAP (nomenclature générale activités professionnelles) par CCAM (classification commune des actes médicaux) ✕ ↑ prix consultation généralistes
Soins de dentiste	consommation ↓ : 2000 = +6%2009 = +1,5%
Soins d'auxiliaires médicaux	consommation ↑ de 5,9% en valeur et 3,8% en volume ↓ progression à cause des soins infirmiers
Analyses de laboratoire	Depuis 2004 : mesures de maîtrise => prix n'augmentent pas ! Exception : hausse tarifaire des PV à domicile
Médicaments	consommation = 35,4 milliards € = 20,1% de la CSBM France ≈ Belgique ≈ Espagne : dépense = 4^e rang mondial (après EU/Canada/Irlande) ➤ croissance de +2,5% en valeur ➤ croissance de +5,2% en volume ⇒ CAR déremboursement certains médocs (pour SMR insuffisant) + politique maîtrise médicalisée

b) Consommation Médicale Totale = CMT

en 2009	CMT = 179 milliards €
en 2001	CMT = 130,6 milliards €

⇒ **+37%** en 8 ans

1 Français dépense en moyenne **2 775 €/an** pour sa santé :

1209 € en soins d'hospitalisation + **748 €** en soins ambulatoires + **549 €** en médicaments

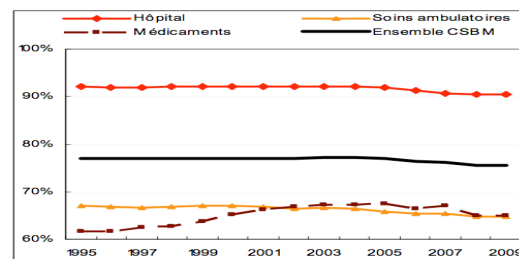
4) Financement des dépenses de santé

a) Les financeurs

- ✂ dépenses prises en charges par assurance maladie
- ✂ dépenses de l'État et des collectivités locales
- ✂ dépenses des organismes complémentaires (*mutuelles, assurances et instituts de prévoyance*)
- ✂ dépenses des ménages : ce qui reste à la charge des ménages = ce qui n'est pas remboursé

b) Sécurité sociale

Graphique 11 - Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM



Financement CSBM en 2009 :

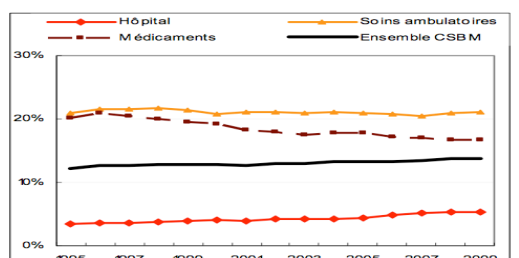
= **132,7 milliards €**

= **75,5%**

2009 = rupture avec ↘ constante de la part de la Sécu dans financement CSBM des 3 dernières années

c) Organismes complémentaires

Graphique 12 - Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



en 2009 :

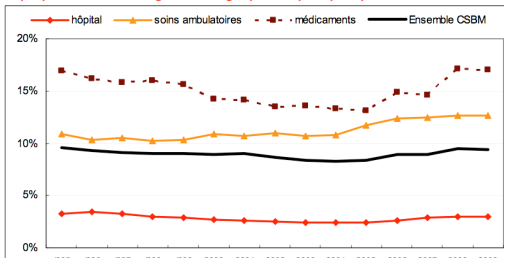
= **24,3 milliards €**

= **13,8%** de la CSBM

⇒ CAR dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par organismes complémentaires

d) Les ménages

Graphique 13 - Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



= **14 m illiards €** en 2009 = **9,4%** de la CSBM

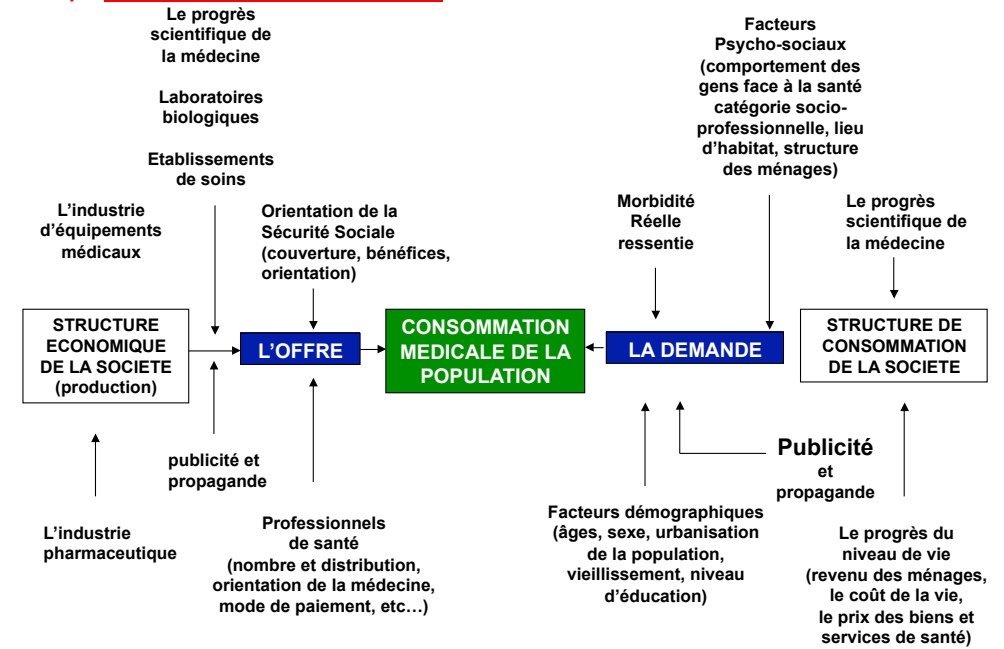
- dépenses +++ : optique, soins dents, médecos
- dépenses --- : transports, soins hospitaliers

2006 : Reste à charge ↗ CAR déremboursement médicaments à SMR insuffisant + parcours de soins

2008 : ↗ CAR franchises instaurées sur postes de dépenses dynamiques ++ contribuant au financement plans de SP

France = pays développé où prise en charge DS par fonds publics est +++ /reste à charge ménages est ---
Luxembourg, Pays-Bas, Rép tchèque, Danemark, Islande, Norvège, Suède, Japon = prise en charge publique ++ que France

e) Facteurs de dépenses de santé



Facteurs individuels

- ✂ Facteurs psychologiques : Besoin ressenti
- ✂ Démographie, âge et sexe : Vieillesse
- ✂ Facteurs socio-économiques : Revenu, CSP, citadins

Facteurs collectifs

- ✂ Facteurs sociologiques ou culturels : Médicalisation problèmes sociaux
- ✂ Modification de la morbidité : Nouvelles maladies

FACTEURS DE DEMANDE :

Besoin	<p>= besoin de santé ressenti croissant !! (<i>demande sécurité des soins ++</i>)</p> <p>⇒ naît quand individu estime que son état de santé a changé/à son état de santé antérieur (morbidité ressentie) ou par comparaison avec les autres</p> <p>⇒ Il dépend de : croyance/confiance dans sys santé + sensibilité à la douleur + niveau de connaissance (<i>niveau de culture/éducation globale/vulgarisation/Internet</i>)</p>
Age	<p>= variable fondamentale dans la conso de soins</p> <p>✂ Evolution conso de soins d'un individu au cours de sa vie = «U»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conso ++ les 2 1^{er} années de vie (chez garçons) - puis conso + faible jusqu'à âge de 20 ans - et enfin ↗ progressive de la conso de soins <p>✂ effet génération : générations récentes conso + que anciennes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Entre 20 et 60 ans : dépenses ambulatoires femmes > hommes CAR conso soins liés à la gynécologie - obstétrique ➢ ↗ espérance de vie + vieillissement population = impact ++ sur demande de soins
Education	<ul style="list-style-type: none"> • influence modeste mais significative sur conso de soins • effet diplôme : recours médecins spécialistes/soins dentaires optiques
CSP = catégorie socio-professionnelle	<p>DS ++ chez ouvriers non qualifiés (dépenses hospitalières) / aux cadres (soins dentaires et optiques, dépenses de spécialistes, biologie)</p>

TUTORAT NIÇOIS : UE 7 : DÉPENSES DE SANTÉ

Revenu	<ul style="list-style-type: none"> - n'a pas d'influence sur la consommation individuelle soins hospitaliers - influence sur conso soins ambulatoires : --- si revenu ➡ ✂ Renoncement aux soins pour raisons financières +++ pour soins dentaires, optiques et de spécialistes
Résidence	Conso médicale +++ dans les villes que dans les campagnes (effet d'offre)
Niveau de développement économique	+ pays est développé + DS ➡ (rapportée au PIB) ⇒ CAR seul un fort développement économique permet de consacrer plus d'argent au système de santé
Facteurs épidémiologiques	Morbidité = facteur essentiel d'évolution des DS <ul style="list-style-type: none"> - maladies liées aux modes de vie (conduites addictives, accidents de la route, accidents domestiques, conditions de travail, modes d'alimentation, sédentarité) - maladies nouvelles ou la réapparition de maladies anciennes (VIH et son évolution vers une maladie chronique, tuberculose, syphilis) - maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, K, diabète, troubles mentaux)
Niveau de protection sociale	✂ Sécurité sociale (1945) : système de 1/3-payant + CMU (2000) : ⇒ ➡ barrières financières à accès aux soins/biens médicaux ✂ ≠ de conso +++ selon existence +/- couverture maladie complémentaire ⇒ assurance maladie compl influence conso soins ambulatoires ++

FACTEURS DE DEMANDE

Progrès technique	TTT efficaces +++ mais parfois + coûteux : <ul style="list-style-type: none"> - domaine diagnostique (IRM, TEP-scan) - domaine thérapeutique (greffes, TTT du cancer, thérapie génique)
Diffusion de l'innovation	Recherche dans : <i>CHU, hôpitaux généraux, cliniques, cabinets médicaux</i> ⇒ + accessible géographiquement mais ➡ demande => ➡ coûts
Multiplication des centres de soins et densité médicale	Offre de soins ++ => demande ++ pour : <ul style="list-style-type: none"> - densité de lits d'hospitalisation - nombre de journées d'hospitalisation - densité de médecins - consommation de soins
Variabilité des pratiques professionnelles	➤ Praticiens ont conduites ≠ face à situation clinique identique ➤ variabilité des pratiques ++ en voisinage géographique (<i>pas forcément dû aux préférences/caractéristiques patients</i>) ⇒ éloignement d'avec la stratégie optimale (<i>ex : recherche preuves solides</i>) ⇒ coûts plus élevés que stratégie optimale

f) Maîtrise des dépenses de santé

Aujourd'hui : impossible de ➡ DS car ➡ DS inéluctables

⇒ on envisage seulement de les maîtriser (Assurance Maladie ++) = « **maîtrise médicalisée** »

Solutions	<ul style="list-style-type: none"> • ➡ volumes conso par action sur facteurs d'offre/demande • ➡ prix/coûts
Contraintes	<ul style="list-style-type: none"> • accessibilité soins (géographique/financière) correcte, avec équité • qualité soins optimale

MESURES SUR L'OFFRE

ONDAM	Depuis 1996, chaque année, le Parlement vote un Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) pour l'année à venir (dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale). Décliné par gouvernement + caisses d'AM ⇒ dépenses remboursées par régimes d'AM ⇒ !!! pas les frais non couverts par AM (<i>ticket modérateur, dépassements d'honoraires médicaux, prestations exclues du remboursement de par leur nature</i>) 4 objectifs prévisionnels par secteur de consommation : ✂ dépenses soins de ville : caisses d'AM négocient avec professions libérales de santé ⇒ objectifs par profession ✂ dépenses hôpitaux publics ✂ dépenses établissements d'hospitalisation privés ✂ dépenses établissements médico-sociaux (enfance inadaptée/adultes handicapés) ONDAM 2008 = 152 milliards d'€ (dépassée tous les ans) : ⇒ <i>ex 2007 : enveloppe votée = 144,8 M€ mais dépenses réalisées = 147,8 M€</i>	
Planification sanitaire	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (loi du 31/07/1991) ⇒ élaboré par les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) maintenant ARS ⇒ répondre au mieux aux besoins de santé de la population ⇒ organise répartition offre soins hospitaliers en lits/équipements lourds ⇒ fixe objectifs quantifiés d'offre de soins : OQOS	
Financement des hôpitaux	Lois Hospitalières (1970 et 1991)	✂ service public hospitalier ✂ planification, carte sanitaire (SROSS)
	Budget global hospitalier (1983)	
	Réforme de la tarification	✂ PMSI (1989) ✂ comptabilité analytique ✂ tarification à l'activité (2004) ✂ objectifs : allouer ressources + ➡ efficience
Professions de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Numérus clausus, depuis 1972 • Maîtrise des filières de spécialité • Système de conventionnement : <i>références médicales opposables (RMO), obligation de prescription d'un quota de médicaments génériques, droit de substitution par le pharmacien, filière médicale, suppression du secteur 2, télétransmission, carnet de santé</i> • Amélioration pratiques professionnelles (créat° HAS loi du 13/08/04 : réforme AM) : ✂ La certification des établissements de santé ✂ L'émission de recommandations de bonne pratique ✂ L'évaluation des pratiques professionnelles <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilisation des prescripteurs : <i>incitation à prescrire des génériques</i> 	
Parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • amélioration de la coordination des soins (loi 13/08/04 : réforme de l'AM) : ✂ <i>parcours de soins coordonné autour du médecin traitant</i> ✂ <i>protocoles de soins pour les affections de longue durée (ALD)</i> ✂ <i>Les réseaux de soins (ex : le réseau diabète : généraliste + diabétologue + généticien...)</i> ✂ <i>Le dossier médical personnel</i> 	

MESURE SUR LA DEMANDE

Participation des patients	<p>➤ part financière restant à charge des patients :</p> <p>✕ ➤ forfait hospitalier (18 €/j en hôpital ou clinique)</p> <p>✕ <u>Loi du 13/08/04 : réforme de l'AM :</u></p> <p>⇒ participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte</p> <p>⇒ ➤ remboursement par l'AM si non respect parcours soin coordonné <i>(Consultations où passage par médecin traitant inutile pour remboursement : ophtho/gynéco/pédiatre/psychiatre)</i></p> <p>✕ déremboursement des médicaments au SMR insuffisant</p> <p>✕ Dep 01/01/08 : franchises médicales 50 cents/boîte méd et 2€/transport san</p> <p><u>EXONERATION FORFAIT HOSPITALIER :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Femme enceinte hospitalisée pt 4 derniers mois grossesse/ accouchement/pt 12j après l'accouchement ➤ Enfant nouveau-né hospitalisé dans 30j suivant sa naissance ➤ Hospitalisation due à accident du travail/maladie professionnelle ➤ Soins dans cadre hospitalisation à domicile (HAD) ➤ Enfant handicapé - 20 ans, si hébergé ds établisst d'éducat° spé/pro ➤ Bénéficiaire Couverture maladie universelle complémentaire (C.M.U.C.) ou de l'aide médicale de l'État (A.M.E.) ➤ Affiliation au régime d'Alsace-Moselle ➤ Titulaire d'une pension militaire
Prévention, Education	<p>✕ <u>Pour ➤ incidence maladies chroniques et/ou coûteuses</u> (ex : diabète, HTA, K)</p> <p>⇒ <u>messages sanitaires</u> (comme ceux du PNNS : Programme National Nutrition Santé)</p> <p>✕ <u>Pour ➤ incidence complications des maladies chroniques</u> (ex : équilibre diabète diminue risques d'insuff rénale, maladies cardiovasc, cécité, amputations)</p> <p>⇒ <u>éducation thérapeutique + coordination prise en charge</u></p>
Autres mesures	<ul style="list-style-type: none"> • contrôle des prix avec les tarifs conventionnés → il existe une convention entre AM et médecins <i>Exemple : tarif d'une consultation chez un médecin généraliste = 23 € (peut être dépassé uniquement par les médecins du secteur 2)</i> • médicaments génériques : incitation prescription / substitution • déremboursement médicaments au SMR insuffisant