



Santé Publique

Les Dépenses de Santé

PLAN

I)	Introduction	IV)	Financement des dépenses de santé
II)	Agrégats des comptes de la santé	V)	Facteurs de dépenses de santé
III)	Évolution des dépenses de santé	VI)	Maîtrise des dépenses de santé

I) INTRODUCTION

1. Croissance des dépenses

- Depuis les **années 70** (*fin de l'État-providence*), l'**inadéquation** entre l'évolution de la **croissance du PIB** et de celle des **dépenses** de santé pose le problème du contrôle de ces coûts.
- La part de la dépense totale de santé dans le PIB s'élève, en France en 2010, à **11,65 %** (contre **10,6%** en 2005) → *en augmentation ces dernières années ++*
- La France occupe le 3^e rang derrière les États-Unis (17,6 %) et les Pays-Bas (12%), à un niveau équivalent à celui de l'Allemagne (11,6%).

2. Consommation médicale

- Les **données de consommation médicale** sont présentées chaque année dans les **comptes nationaux de la santé**.
- Elles permettent de mettre en évidence la **répartition des différents postes de dépenses de santé**.
- L'examen des **principaux indicateurs de consommation** est un préalable indispensable à la **régulation des dépenses de santé**.

3. Sources de données

- Ce sont les **comptes nationaux de la santé**, qui sont des comptes satellites de la comptabilité nationale.
- Ils évaluent rétrospectivement ++ chaque année la consommation et le financement de la « **fonction santé** » :
 - ➔ Ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une **perturbation de l'état de santé**.
- Les montants de l'ensemble des postes de la **consommation médicale** sont exprimés sous forme d'**agrégats** +++

II) AGRÉGATS DES COMPTES DE LA SANTÉ

Définition d'un agrégat : grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique

Exemple +++ : l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé est évalué par un agrégat → **DCS**

♥ On étudie **3 différents agrégats** : +++ (voyez cela comme un système en poupées russes : DTS, DCS, ...)

<p>Dépense totale de santé (DTS)</p>	<p>→ C'est le concept commun utilisé par l'OCDE et l'OMS pour comparer les dépenses de santé entre leurs membres</p> <p>→ Elle est évaluée en France à partir de la Dépense Courante de Santé (DCS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formations médicales, ▪ et en ajoutant les dépenses en capital du secteur santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance.
---	--

<p>Dépense courante de santé (DCS) +++</p>	<p>→ Elle mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé +++ :</p> <p><i>Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé, dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé privés et publics (Sécurité Sociale, État, Collectivités locales, ...).</i></p> <p style="text-align: center;">DCS = CMT + Dépenses individuelles + Dépenses collectives (+++)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Consommation Médicale Totale (CMT) : ++ <ul style="list-style-type: none"> ▪ CSBM (consommation de Soins et Biens Médicaux) ▪ Prévention individuelle (vaccination, dépistages de cancers) ➤ Dépenses individuelles (indemnités journalières, soins aux personnes âgées) ➤ Dépenses collectives (prévention collective, recherche, formation, gestion, subvention) ➤ Double-compte (montant des dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente de médicaments) <p><i>Attention +++ : Le double-compte est utilisé en comptabilité donc quelque chose qui n'intéresse absolument pas le prof, dans les comptes de la santé de 2013, on s'aperçoit qu'il y a un – cependant le prof considère que ce double-compte est inclus dans la DCS, je lui en ai parlé à la fin du cours et rassurez-vous, le prof ne posera pas de questions ambiguës sur ce détail au concours !</i></p>
---	--

Dépense courante de Santé (DCS)	DÉPENSES POUR LES MALADES	218.7	Consommation médicale totale (CMT)
	Dépense de soins et biens médicaux	186.7	
	Soins de longue durée	19.2	
	Indemnités journalières	12.8	
	TOTAL : PRÉVENTION	5.8	
	Prévention individuelle	3.4	
	Prévention collective	2.4	
	DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	12.2	
	Subventions au système de soins	2.8	
	Dépenses de recherche médicale et pharmaceutique	7.4	
	Dépenses de formation	2.0	
	COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	14.7	
	DOUBLE-COMPTÉ : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-3.8	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	247.7		

Comptes de la santé en 2013

→ En 2013, le montant des dépenses de santé s'élève à près de **248 milliards d'euros**. Le premier poste des dépenses de santé concerne la **dépense de soins** (hospitaliers et ambulatoires) et **biens médicaux** (consommés en dehors de l'hôpital) avec un montant de près de **187 milliards**.

**Consommation de
soins et de biens
médicaux
(CSBM) +++**

CSBM = Soins hospitaliers + Soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires) + **Transports sanitaires + Médicaments + Autres biens médicaux** (optique, prothèses, « petits matériels et pansements ») – les dépenses de soins aux personnes âgées en établissement et aux personnes handicapées (+++)

→ C'est la somme des soins et des biens médicaux consommés sous forme marchande par la population, **remboursés ou non** (l'hôpital est le premier poste de la CSBM +++).

Mnémo CSBM : On sait que la DTS se calcule à partir de la DCS calculée elle-même à partir de la CSBM qui exclut les dépenses de soins aux personnes handicapées, il faudra donc les ajouter à la DTS (d'où le « en ajoutant les dépenses liées à l'handicap »)

III) ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

A. La CSBM +++ (faites un lien avec la pharmaco♥)

- **198,5 milliards d'euros en 2016**
 - soit > 2970 € par habitant
- **194,6 milliards d'euros en 2015**
 - soit 2930 € par habitant
- **186,7 milliards d'euros en 2013**
 - 180 milliards en 2011
 - 175,7 milliards en 2009
 - 98 milliards en 1995
 - ➔ + 84% en 16 ans
- **8,9% du PIB en 2015 et 2016**
 - 12,6% de la consommation effective des ménages
- **9% du PIB en 2011**
 - contre 2,5% en 1990

⇒ On retient surtout que la CSBM a presque doublé en 20 ans ++

Point méthode :

➤ *Comment s'en sortir avec tous ces chiffres ?*

- 1) On se rappelle de la part de la **protection sociale** Française dans le PIB qui est de **30% soit 500 milliards d'euros**
- 2) On pose **30% du PIB = 500 milliards d'euros**
- 3) Or la **CSBM vaut 9% du PIB**, soit presque la totalité des dépenses de santé en France (11,65%)
- 4) D'où, par un produit en croix, on obtient **CSBM = 190 milliards d'euros** environ

Point QCM : Le prof considère que les pourcentages sont les valeurs qui lui importent le plus, concernant les chiffres, il s'agit de savoir s'il y a eu une **hausse** ou une **diminution** +++

Le Professeur a confirmé que les valeurs chiffrées n'étaient pas importantes à retenir dans le détail, il suffit d'en connaître un ordre de grandeur ou sa part dans la CSBM (par exemple, savoir que l'hôpital représente la part la plus importante de la CSBM)

Les valeurs sur lesquelles il a insisté seront mises en évidence !

⇒ Pour la suite **retenir que la CSBM vaut environ 190 milliards d'euros** et qu'elle est en augmentation !

❖ Les principaux postes en valeur de la CSBM

La CSBM compte 3 postes majeurs : +++

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires
- Médicaments

⇒ Ils représentent **91% de la CSBM en valeur en 2011**, soit **164 milliards d'euros**.

❖ La croissance en valeur de la CSBM

- Ce sont les **soins hospitaliers** (1,2 point) qui ont **le plus contribué** à la **croissance en valeur** de la consommation de soins et de biens médicaux en 2011, ce qui est lié notamment à leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les **soins de ville** (0,9 point) et dans une moindre mesure, les **autres biens médicaux** (0,3 point).

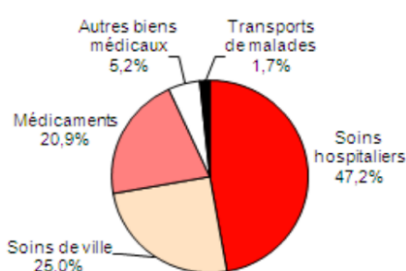
❖ Les principaux postes en volume de la CSBM

- L'indice de volume de la consommation de **soins hospitaliers** est proche de 3 % depuis trois ans. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume (+1,3 point) en 2011, suivis par les **soins de ville** (+0,6 point). Viennent ensuite les **médicaments** (+0,5 point) et les **autres biens médicaux** (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM.
- Les **médicaments** constituaient, depuis de nombreuses années, **l'un des postes contribuant le plus fortement à cette hausse en volume**, d'où la mise en place d'une politique de maîtrise médicalisée pour agir sur les prescriptions et de déremboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume. **En 2010-2011, ce ralentissement est effectif**.

Attention : Ne confondez pas croissance en valeur et les postes en valeur et les postes en volume !

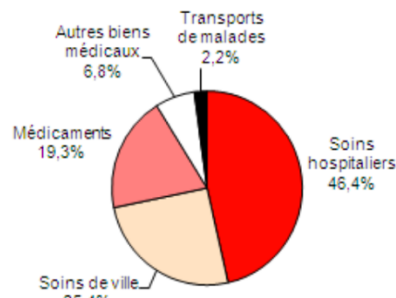
La CSBM par poste

Structure de la CSBM en 2000



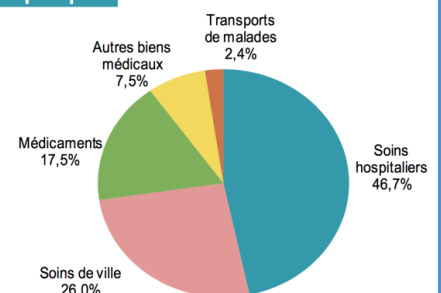
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la CSBM en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2015



Source > DREES, Comptes de la santé.

⇒ On retient que les principaux postes en valeur de la CSBM sont dans l'ordre : les **soins hospitaliers** > les **soins ambulatoires** > les **médicaments** > les **autres biens médicaux** > les **transports de malades** (ambulances)

⇒ Si les **médicaments** ne sont pas dans les postes ayant le plus contribué à la **croissance en valeur** de la CSBM, c'est parce qu'une politique de maîtrise médicalisée a eu pour objectif de ralentir la croissance, mais la partie sur les postes en valeur est la plus importante à retenir selon le prof !

1. Soins hospitaliers (46,4%)

En 2011, la consommation des soins hospitaliers (public + privé) est de **83,6 milliards d'euros** soit **46,4%** de la CSBM ++ :

- Dans le secteur public, la consommation d'élève à 63,8 milliards d'euros. La progression reste en retrait par rapport au début des années 2000, dû au ralentissement de la croissance de la masse salariale.
- Dans le secteur privé, la consommation s'élève à 19,8 milliards d'euros.

☞ Retenir surtout que les dépenses hospitalières représentent entre **45 et 50% de la CSBM** et que la **part est plus élevée dans le secteur public que privé** (cliniques)

2. Soins ambulatoires (25,4%)

En 2011, la consommation des soins ambulatoires **dépasse les 45,7 milliards d'euros** et représente **25,4%** de la CSBM (environ ¼ de la CSBM) ++

➤ Soins de médecin

La hausse en volume est de +1,8 % en 2011 (analogue à celle de 2009) après une baisse notable de 1,1 % en 2010 due principalement à l'absence d'épisode grippal.

→ Plusieurs **facteurs** expliquent la **croissance des volumes** :

- **l'augmentation du nombre global des actes techniques**, notamment d'IRM et de scanners (qui connaissent une croissance supérieure à 10 % par an depuis 2005)
- **une déformation de la structure des dépenses vers les soins les plus coûteux**, avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes.

➤ Soins dentaires

À l'exception de l'année 2009, les **honoraires totaux** (soins conservatoires et soins prothétiques) **progressent depuis 2006 sur un rythme annuel de 2% à 3%**. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50% en 2009 et atteint 52,5% en 2011.

➤ Soins infirmier

La consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à 5,8 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 5,8 % en valeur par rapport à 2010, après +7,0 % en 2010.

Les prix des soins infirmiers n'ayant pas augmenté en 2011 et la structure de soins étant par ailleurs restée stable, la croissance en volume est elle aussi de 5,8 % en 2011 après +6,2 % en 2010.

➤ Analyses de laboratoire

Les analyses de laboratoire ont augmenté de 2,6% en 2011, en valeur et en volume. **On note également une augmentation du nombre des laboratoires.**

3. Médicaments (19,2%)

En 2011, les médicaments représentaient **34,7 milliards d'euros** soit **19,2%** de la CSBM ++ (**17,5%** en 2015)

- La consommation de médicaments **progresses très faiblement en valeur** : +0,5 %, après +1,3 % en 2010. Ce sont les plus faibles progressions jamais enregistrées.
 - ➔ **Ce ralentissement est dû à la fois aux médicaments remboursables et aux médicaments non remboursables** (dont les ventes stagnent pour la 1ère fois depuis 2005)
- La consommation par habitant est également stable par rapport à 2010 : elle est de **532 euros/habitant +++** comme en 2010.

B. La CMT

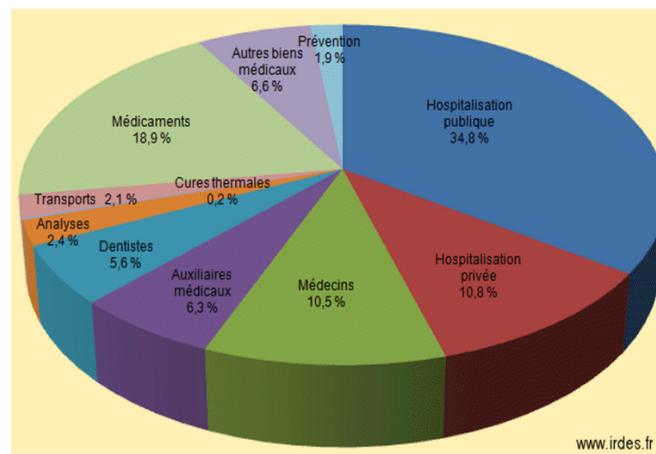
Elle représentait **183,4 milliards d'euros** en 2011 contre 130,6 milliards d'euros (8,9% du PIB) en 2001 (**+40% en 10 ans**).

Rappel : CMT = CSBM + Prévention individuelle (vaccination, dépistages et cancers, ...)

En 2011, chaque Français dépense en moyenne :

- ✓ **1282€** en soins hospitaliers
- ✓ **701€** en soins ambulatoires
- ✓ **532€** en médicaments +++

⇒ Au total, il consacre **2 815 € /an** pour sa santé +++



Astuce : On a retenu que la CSBM représentait 190 milliards €, or il y a environ 65 millions d'habitants en France, on retrouve donc une CSBM à environ 2 815€ par habitant d'où médicaments environ 17% de la CSBM = 532€ env, ...

☞ Le prof n'a insisté que sur ces 2 valeurs, mais avec la petite astuce du dessus, vous retrouverez facilement les autres valeurs !

IV) FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

1. Les financeurs

L'approche des dépenses de santé par les **comptes nationaux** de la santé prend en compte : +++

- Les dépenses prises en charges par l'**Assurance Maladie**
→ **75,5%** de la CSBM
- Les dépenses des **organismes complémentaires** (mutuelles, assurances, inst. prév.)
→ **13,7%** de la CSBM
- Les dépenses des **ménages** (ce qui reste à la charge des ménages n'est pas remboursé)
→ **9,6%** de la CSBM
- Les dépenses de l'**État et des collectivités locales**
→ **1,3%** de la CSBM



☞ Retenir que dans le financement de la CSBM, on a dans l'ordre : la **Sécurité sociale** > les **organismes complémentaires** (mutuelles + assurances + institutions de prévoyance + ...) > **ménages** > **État**

Attention : Les mutuelles prises individuellement représentent une part moindre que les ménages !

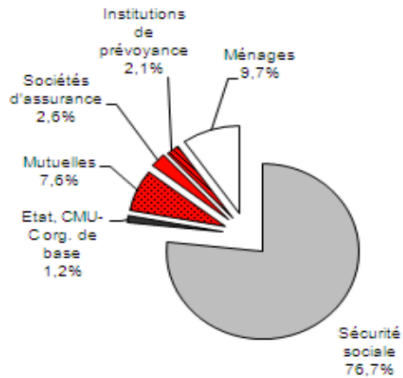
Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

	CSBM	Soins hospitaliers	Soins de ville	Médicaments
Sécurité sociale	75,5 % 76,7 %	90,4 % 92,0 %	62,9 % 65,5 %	66 % 64,7 %
Organismes complémentaires	13,7 % 12,4 %	5,4 % 3,6 %	22,3 % 21,3 %	15,1 % 18,7 %
Ménages	9,6 % 9,7 %	3,2 % 3,3 %	13 % 11,8 %	17,7 % 15,1 %

Je vous ai fait un tableau récapitulatif de la diapositive 36 en laissant les pourcentages des années 2000 et 2011

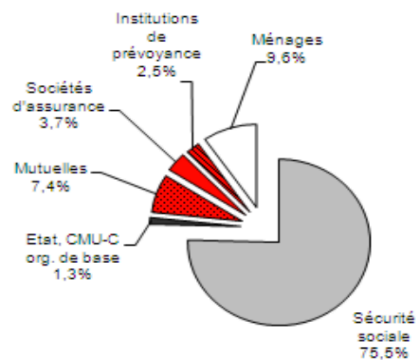
➔ **Interprétation** : On a une augmentation du financement au niveau des organismes complémentaires, baisse au niveau de la Sécu, des ménages pour la CSBM sauf pour le reste à charge (donc tout ce qui est médicaments ou soins non-remboursés) N'apprenez pas bêtement ces pourcentages hein !

Structure du financement de la CSBM en 2000



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure du financement de la CSBM en 2011



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

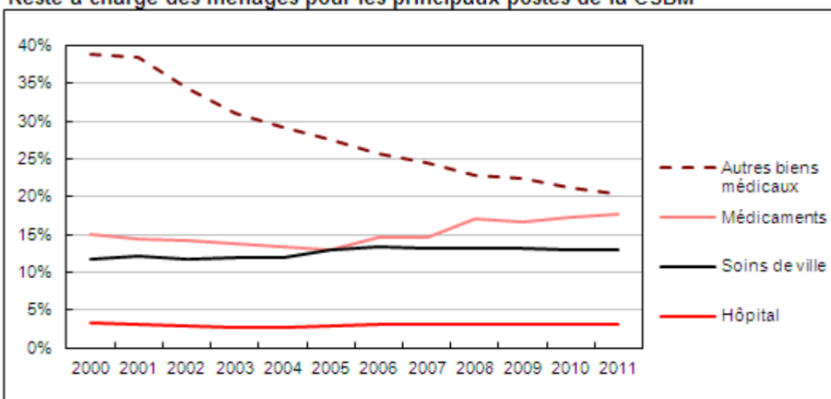
Point tuteur :

Vous remarquerez que la fiscalité (impôts) ne contribue pas à la CSBM !

Logique car la protection sociale ne concerne pas que le risque maladie, la fiscalité finance donc d'autres risques !

Reste à charge

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



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

☞ Le reste à charge concerne tout ce qui n'est pas remboursé (que ce soit par la Sécurité sociale ou les organismes complémentaires)
Ex : médicaments à SMR faible

☞ La part des ménages semble augmenter pour le financement des médicaments ++

Récap :

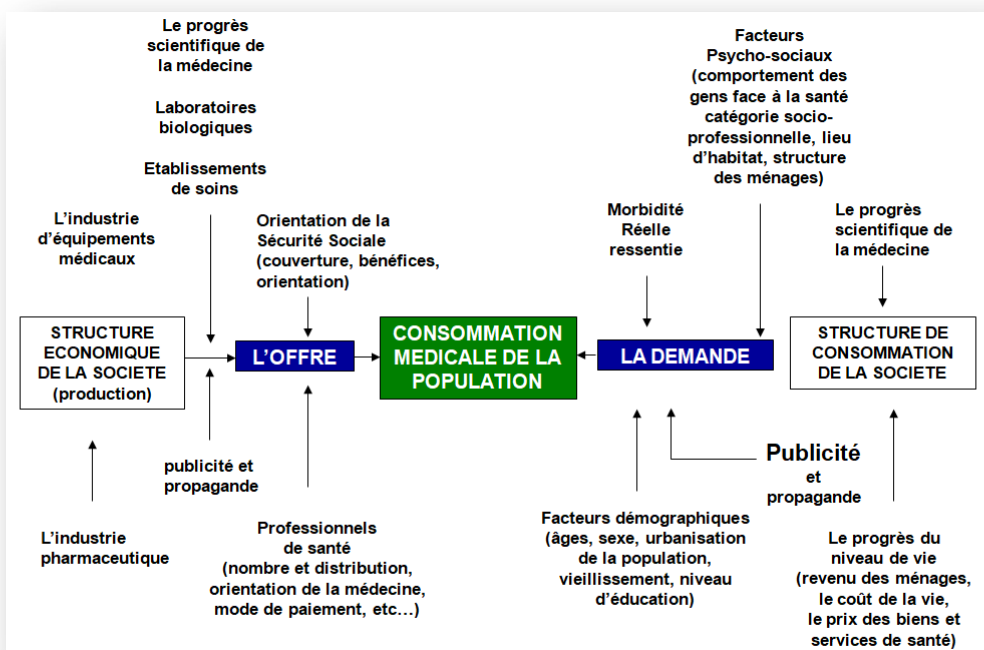
- La CSBM représente **190 milliards d’euros** environ chaque année et les postes les plus importants sont dans l’ordre : les **soins hospitaliers** (qui représentent environ **45-50%** de la CSBM), les **soins ambulatoires** (environ ¼) et les **médicaments** (environ **17%**, poste dont la croissance a été ralentie par des mesures de déremboursement → médicaments à SMR faible étant à la charge des ménages → reste à charge)
- Au total, un Français dépense en moyenne **2 815€** pour sa santé par an, dont **532€** environ dans les **médicaments**
- La CSBM est principalement financée par la **Sécurité sociale**, la charge des **ménages** est en baisse mais augmente en ce qui concerne les dépenses liées aux **médicaments** (encore une fois, à cause des médicaments non-remboursés) et certains **soins de ville** (comme chez les spécialistes qui font des dépassements d’honoraires, par exemple)
- Le reste à charge des ménages concerne dans l’ordre : les **autres biens médicaux** (comme les prothèses, les béquilles, ...) puis surtout les **médicaments**, les **soins ambulatoires** et enfin les **soins hospitaliers** (car pris en charge majoritairement par la **Sécurité sociale**)

2. Les comparaisons

La France est un des pays développés où la **prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante**, et où le **reste à charge des ménages est le plus limité ++**

Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que la France.

V) FACTEURS DE DÉPENSES DE SANTÉ



A. Facteurs de DEMANDE

Piège QCM : Distinguer **facteurs de demande** (les patients) et les **facteurs d'offre** (le système de santé) ++

➤ Facteurs individuels

- **Facteurs psychologiques** : besoin ressenti
- **Démographie, âge et sexe** : vieillissement
- **Facteurs socio-économiques** : revenu, CSP, citadins

➤ Facteurs collectifs

- **Facteurs sociologiques ou culturels** : médicalisation, problèmes sociaux
- **Modification de la morbidité** : nouvelles maladies

BESOIN	<p>Besoin de santé ressenti est croissant, surtout la demande en matière de sécurité des soins ++.</p> <p>Le besoin naît quand l'individu estime que son état de santé a changé par rapport à son état de santé antérieur (morbidité ressentie) ou par comparaison avec les autres. Il dépend de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La croissance et la confiance dans le système de santé ➤ La sensibilité à la douleur ➤ Le niveau de connaissance : niveau de culture et d'éducation globale, vulgarisation, Internet, ...
ÂGE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variable fondamentale dans la consommation de soins : +++ <p>→ <u>L'évolution de la consommation</u> de soins d'un individu au cours de sa vie prend la forme d'un U : consommation élevée pendant les 2 premières années de vie (surtout chez les garçons), puis consommation plus faible jusqu'à l'âge de 20 ans, et enfin augmentation progressive de la consommation de soins.</p> <p>→ <u>Effet génération</u> : les générations récentes consomment plus de soins que les anciennes +++.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre 20 et 60 ans, les dépenses ambulatoires des femmes sont plus élevées que celles des hommes : une partie de cet écart s'explique par la consommation de soins liés à la gynécologie-obstétrique. ▪ L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population auront un impact important (<u>quoique difficile à déterminer</u>) sur la demande de soins
NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE	<p>Plus un pays est développé sur le plan économique, plus la <u>dépense de santé (rapportée au PIB)</u> augmente.</p> <p>→ Les pays industrialisés sont ceux qui dépensent le plus pour leur santé. Seul un fort développement économique permet de consacrer plus d'argent au système de santé +</p>

<p style="text-align: center;">CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES (CSP)</p>	<p>Un lien étroit existe entre consommation de soins et CSP : <u>à âge et sexe identique</u>, les dépenses de santé <u>diminuent des ouvriers non-qualifiés aux cadres</u>.</p> <p>→ Ces dépenses de santé plus élevées des ouvriers sont presque exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières. À contrario, les cadres ont plus souvent recours aux soins dentaires et optiques. Ils ont également des dépenses de spécialistes et de biologie plus élevées.</p>
<p style="text-align: center;">ÉDUCATION</p>	<p>Influence <u>modeste</u> mais significative sur la consommation de soins.</p> <p>→ L'effet du diplôme joue principalement sur le recours aux médecins spécialistes et aux soins dentaires et optiques</p>
<p style="text-align: center;">RÉSIDENCE</p>	<p>La consommation médicale est plus importante dans les villes que dans les campagnes, ce qui est probablement dû à un <u>effet d'offre</u> +++ (ex : <i>désert médical qu'est la Creuse possède moins de médecins que Nice, station balnéaire</i>)</p>
<p style="text-align: center;">REVENU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le revenu n'a pas d'influence sur la consommation individuelle de soins hospitaliers. ➤ En revanche, la consommation de soins ambulatoires est <u>plus faible quand le niveau de revenu diminue</u>. ➤ Le renoncement aux soins pour des raisons financières affecte en priorité les <u>consommations dentaires, optiques et de spécialistes</u> ++
<p style="text-align: center;">FACTEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES</p>	<p>La morbidité est un <u>facteur essentiel d'évolution des dépenses de santé</u>. Dans un pays comme la France, on observe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des maladies liées aux modes de vie (<i>conduites addictives, accidents de la route, accidents domestiques, conditions de travail, modes d'alimentation, sédentarité</i>) ▪ des maladies nouvelles ou la réapparition de maladies anciennes (<i>apparition de l'infection par le VIH et son évolution vers une maladie chronique, réapparition de la tuberculose chez les personnes en situation de précarité, augmentation de l'incidence de la syphilis...</i>) ▪ des maladies chroniques (<i>maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, troubles mentaux</i>)
<p style="text-align: center;">NIVEAU DE PROTECTION SOCIALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objectif de réduire les barrières financières à l'accès aux soins et aux <u>biens médicaux</u> en France, grâce à la généralisation de la Sécurité sociale à partir de 1945 ++, la mise en oeuvre progressive d'un système de tiers-payant par le système Sesam-Vitale et la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000. +++ ➤ Toutefois, des <u>différences de consommation importantes</u> persistent, notamment en fonction de l'existence ou non d'une couverture maladie complémentaire. On sait ainsi que l'assurance maladie complémentaire influence principalement la consommation de soins ambulatoires ++

B. Facteurs d'OFFRE

PROGRÈS TECHNIQUE	Il met à disposition des patients des <u>traitements plus efficaces</u> mais aussi parfois <u>plus coûteux</u> tant dans le domaine diagnostique (IRM, TEP-scan) que thérapeutique (greffes, traitements du cancer, thérapie génique).
DIFFUSION DE L'INNOVATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'innovation née de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires se développe ensuite dans les hôpitaux généraux, les cliniques et les cabinets médicaux. ▪ Elle devient plus <u>aisément accessible géographiquement</u> mais est à l'origine d'une demande croissante et en conséquence a des coûts croissants.
MULTIPLICATION DES CENTRES DE SOINS ET DENSITÉ MÉDICALE	Il existe une relation entre l'offre de soins et l'élévation de la demande en France, tant pour la <u>densité de lits d'hospitalisation</u> et le nombre de journées d'hospitalisation réalisées que pour la <u>densité de médecins</u> et la consommation de soins.
VARIABILITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Les praticiens adoptent souvent des <u>conduites sensiblement différentes face à une situation clinique identique</u> . <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette variabilité des pratiques s'observe dans des communautés très voisines au plan géographique et ne peut être systématiquement expliquée par des différences en termes de caractéristiques ou de préférences des patients. ▪ Ces différences de prise en charge présentent souvent le défaut préjudiciable de s'éloigner sensiblement de la stratégie optimale, telle qu'elle peut être définie par la <u>recherche de preuves solides</u> et d'engendrer des <u>coûts plus élevés</u> que la stratégie optimale.

VI) MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Il apparaît aujourd'hui **impossible de diminuer les dépenses de santé** : leur augmentation paraît inéluçtable, on peut donc seulement envisager de les maîtriser +++

→ Cette maîtrise des dépenses est notamment capitale pour l'Assurance Maladie (qui finance, on le rappelle, la **majorité de la CSBM** +++ soit environ **75,5%**)

On peut **maîtriser les dépenses de santé** en diminuant :

- Les **volumes de consommation**, par action sur les facteurs d'offre et de demande
- Les **prix et les coûts**.

Il y a cependant des contraintes :

- **L'accessibilité des soins** (*géographique et financière*) doit rester correcte, avec une certaine équité
- **La qualité des soins** doit également rester optimale

→ On parle donc de « **maîtrise médicalisée** » ++.

A. Mesures sur l'OFFRE

ONDAM

(cf. Système de santé)

Des **objectifs de croissance des dépenses sont fixés annuellement**.

- 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 (LFSS)** +++
- Cet objectif concerne les **dépenses remboursées** par l'ensemble des **régimes d'assurance maladie**. Il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie, tels que le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux, les prestations exclues de par leur nature du remboursement.
- Cet objectif global est décliné par le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en quatre objectifs prévisionnels par secteur de consommation :
 - les **dépenses de soins de ville** : à partir de cet objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, les caisses d'Assurance maladie négocient avec les professions libérales de santé pour définir des objectifs par profession
 - les **dépenses des hôpitaux publics**
 - les **dépenses des établissements d'hospitalisation privés**
 - les **dépenses des établissements médico-sociaux** (*enfance inadaptée et adultes handicapés*).
- **Le montant de l'ONDAM voté initialement n'a pratiquement jamais été respecté** +++.
 Ex : ONDAM 2010 = 161,8 milliards €, en 2007 : enveloppe votée = 144,8 M€, dépense réelle = 147,8 M€

Planification sanitaire

(cf. Système de santé)

- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, **SROS** (loi du 31/07/1991)
 - Il est élaboré par les **ARH** (Agences Régionales d'Hospitalisation, ordonnances 96 de Juppé) maintenant appelées **ARS** +++
 - Son objectif est de **répondre au mieux aux besoins de santé de la population**
 - Il organise la **répartition** et rationalise l'offre de soins hospitaliers, en lits et en équipements lourds
 - Il fixe des **objectifs en volume d'activité** (objectifs quantifiés d'offre de soins : OQOS)

Lois de financement

❖ Lois hospitalières 1970 et 1991

- service public hospitalier
- planification, carte sanitaire (SROS)

❖ Budget global hospitalier (1983)

⇒ **Réforme de la tarification :**

→ PMSI (1989) / comptabilité analytique / tarification à l'activité (2004)

→ **Objectifs** : mieux allouer les ressources et accroître l'efficacité ++

Professions de santé

❖ **Numérus clausus** depuis 1972 → Maîtrise des filières de spécialité +++

❖ **Systeme de conventionnement**

- Les références médicales opposables (RMO)
- L'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*

Systeme de conventionnement

Mesure sur **l'OFFRE** : limite la valeur des **consultations**
 Mesure sur la **DEMANDE** : limite la valeur du **remboursement**
 (confirmé par le prof) +++

❖ **L'amélioration des pratiques professionnelles** notamment par la création de la **HAS (Haute Autorité de Santé)** par **la loi du 13 août 2004** de réforme de l'assurance maladie, dont les missions sont : ++

- La **certification des établissements de santé**
- L'**accréditation des professionnels de santé** / évaluation des pratiques professionnelles
- L'émission de **recommandations de bonne pratique**

Piège QCM +++ : On certifie les établissements de santé, on accrédite les professionnels de santé.

❖ **La responsabilisation des prescripteurs**

Exemple : incitation à prescrire des **médicaments** génériques +++

Parcours de soins

▪ **L'amélioration de la coordination** des soins (loi du 13 août **2004** de **réforme de l'Assurance Maladie**), avec :

- La mise en place du **parcours de soins** coordonné autour du **médecin traitant** ++
- Une meilleure définition et la mise en place de **protocoles de soins** pour les affections de longue durée.

Autres exemples de l'amélioration de la coordination des soins :

- Les réseaux de soins (ex : le réseau diabète : généraliste + diabétologue + généticien, ...)
- Le dossier médical personnalisé ++

Récap :

Parmi les mesures sur **l'offre de soins** adoptées pour maîtriser les dépenses de santé, on retrouve :

- L'**ONDAM**, voté par le **Parlement** tous les ans depuis **1996** dans le cadre de la **LFSS**
- La **planification sanitaire** (avec les ARH en 1996 devenus ARS depuis la loi HPST en 2009)
- Les **lois de financement** (dont la **réforme de la tarification** en 2004)
- Des mesures sur les **professionnels de santé** (Numérus clausus, conventionnement, la prescription des médicaments génériques, le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, ...)

B. Mesures sur la DEMANDE

1. Participation des patients

L'augmentation de la part financière restant à la charge des patients :

- L'augmentation du **forfait hospitalier** (18 €/j en hôpital ou en clinique)
- D'après la loi du 13 août 2004 de **réforme de l'assurance maladie** :
 - Une **participation forfaitaire de 1 €** pour chaque acte ++
 - Une **diminution du remboursement** par l'AM en cas de non respect du parcours de soins coordonné ++
 - *La consultation d'ophtalmologue, gynécologue, pédiatre et psychiatre ne nécessite pas de passer par le médecin traitant pour être dans le parcours de soins coordonné*
- Le **déremboursement** des médicaments au **service médical rendu insuffisant** +++
- Depuis le 1er janvier 2008 : des **franchises médicales** de 50 centimes par boîte de médicaments et 2€ par transport sanitaire.

Exemple : Dans le cadre du parcours de soins coordonné (auprès du médecin traitant), suite à une consultation de spécialiste, le patient sera remboursé de 16,5€ sur la consultation de 25€ (soit environ 2/3), alors que s'il ne suit pas ce parcours (hors-parcours : ne passe pas par le médecin traitant), il sera seulement remboursé de 6,5€ (seulement 30%).

Tarif de consultation des médecins généralistes

Base de remboursement pour les généraliste (secteur 1)

Si vous consultez votre médecin traitant :

Tarif consultation	Base de remboursement	Part sécurité sociale	Participation forfaitaire non remboursable	Montant remboursé
23 €	23 €	70 % soit 16,1 €	1 €	15,1 €

S'il ne s'agit pas de votre médecin traitant

Tarif consultation	Base de remboursement	Part sécurité sociale	Participation forfaitaire non remboursable	Montant remboursé
23 €	23 €	30 % soit 6,9 €	1 €	5,9 €

2. Exonération du forfait public hospitalier

- **Femme enceinte hospitalisée** pendant les quatre derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant douze jours après l'accouchement
- **Enfant nouveau-né hospitalisé** dans les trente jours suivant sa naissance
- Hospitalisation due à un **accident du travail** ou à une maladie professionnelle
- Soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile
- **Enfant handicapé de moins de 20 ans**, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle
- Bénéficiaire de la **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.

3. Prévention, Éducation

La prévention et l'éducation pour la santé : (cf. *Prévention et dépistage, Promotion de la santé*)

- Pour **diminuer l'incidence de certaines maladies chroniques et/ou coûteuses** (ex : diabète, hypertension artérielle, cancers, obésité,...), par les messages sanitaires par exemple (comme ceux du PNNS : Programme National Nutrition Santé)
- Pour **diminuer l'incidence des complications des maladies chroniques** (ex : meilleur équilibre d'un diabète pour diminuer les risques d'insuffisance rénale, de maladies cardiovasculaires, de cécité ou d'amputations), par l'éducation thérapeutique et la coordination de la prise en charge.

4. Autres mesures

- Le contrôle des prix avec les **tarifs conventionnés**
 - Il existe une convention entre l'assurance maladie et les médecins +++
Exemple : tarif d'une consultation chez un médecin généraliste : 23 €
- Les médicaments génériques : incitation à la **prescription et à la substitution** +++
 - On responsabilise les patients en les incitant à prendre les génériques (ex : TFR comme vu en UE6) mais si cela tombe en QCM, il faudra le compter dans les mesures sur l'offre !
- Le déremboursement des médicaments au **service médical rendu insuffisant** (SMR) +++

Les médicaments génériques

L'incitation à la prescription de **médicaments génériques** est bien une mesure sur **l'OFFRE** : convaincre le médecin de changer son comportement et de proposer un médicament générique

Promouvoir la consommation de **médicaments génériques** est une mesure sur les **DÉPENSES** : convaincre les patients d'accepter le médicament générique (*réponse du prof +*)

Cours qui tombe chaque année au concours, donc bossez-le bien ! Je vous ferai un récap des points importants et faites le lien avec le cours sur la Protection sociale et le cours des Aspects sociétaux et économiques du médicament en Pharmaco ! Il y a beaucoup de valeurs, le prof ne demande de connaître la place que représente chaque poste, seules les valeurs sur lesquelles il a insistées sont à retenir et encore connaissez juste un ordre de grandeur, ça suffit en vrai, mais vu que vous allez revoir ça en UE6 autant en connaître le plus possible ! Bisous de la SP ♥