

# 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<sup>e</sup> 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

<b>Dépense Totale de Santé = DTS</b>	= concept utilisé par OCDE + OMS pour comparer DS entre leurs membres <b>DTS = DCS – (indemnités journalières + dépenses prévent°/recherche/format°) + dépenses en capital secteur santé + dépenses handicap/dépense</b>
<b>Dépense Courante de Santé = DCS</b>	= 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 <b>DCS = CMT + dépenses individuelles + dépenses collectives + double compte</b> <b>Dépenses individuelles</b> = indemnités journalières, soins aux personnes âgées <b>Dépenses collectives</b> = prévention, recherche, formation, gestion, subvention <b>Double compte</b> = dépenses de recherche pharma financées ++ par vente médicaments <b>CMT = Conso Médicale Totale = CSBM + Prévention Individuelle</b> (vaccination, dépistage K) <b>CSBM = Consommation de Soins et Biens Médicaux (hôpital = 1<sup>er</sup> poste CSBM)</b> <b>CSBM = soins hospitaliers + soins ambulatoires + transports sanitaires + médocs + autres biens médicaux - dépenses soins personnes handicapées/âgées en établis.</b> <b>= Σ soins/biens méd conso par population ss forme marchande (remboursés ou Ø)</b> 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<sup>er</sup> 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 = CBSM

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

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

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

## 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

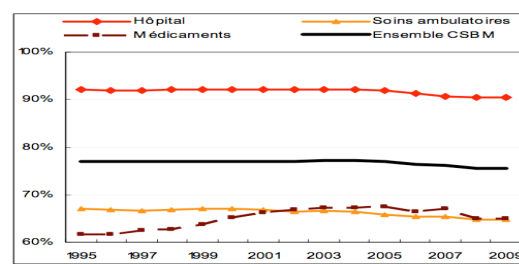
## 4) Financement des dépenses de santé

### 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



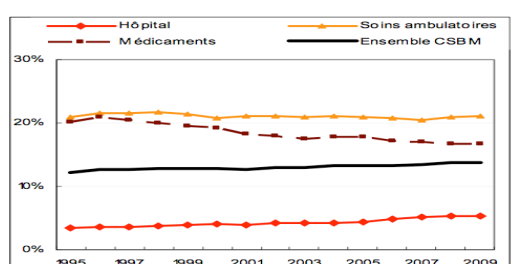
Financement CSBM en 2009 :

= **132,7 milliards €**  
= **75,5%**

2009 = rupture avec ↘ constante de la part de la Sécurité 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



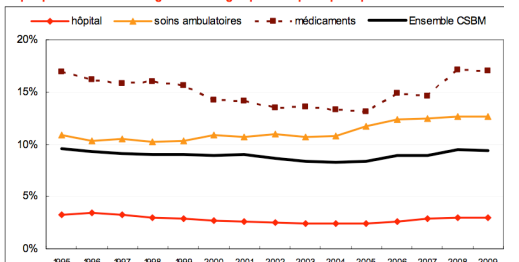
↗ en 2009 :

= **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

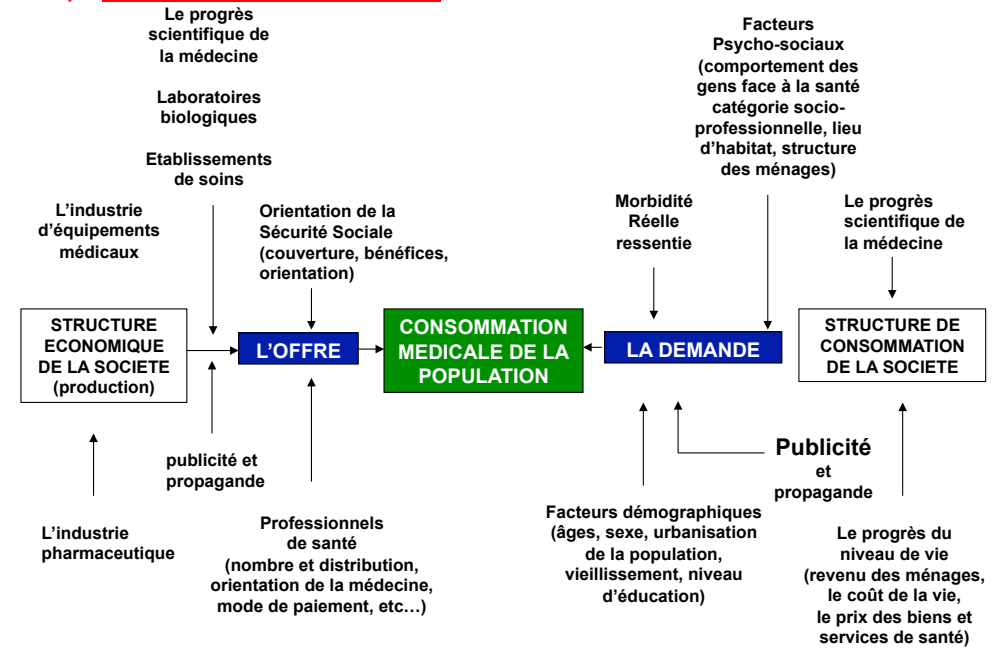


= **1,4 milliards €** en 2009 = **9,4%** de la CSBM

- 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 :

<b>Besoin</b>	= besoin de santé ressenti croissant !! ( <i>demande sécurité des soins ++</i> ) ⇒ 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 ⇒ <b>Il dépend de : croyance/confiance</b> dans sys santé + <b>sensibilité à la douleur + niveau de connaissance</b> ( <i>niveau de culture/éducation globale/vulgarisation/Internet</i> )
<b>Age</b>	= variable fondamentale dans la conso de soins ☒ Evolution conso de soins d'un individu au cours de sa vie = «U» - <b>Conso ++ les 21<sup>e</sup> années de vie</b> (++) chez garçons) - <b>puis conso + faible jusqu'à âge de 20 ans</b> - <b>et enfin ↗ progressive de la conso de soins</b> ☒ <b>effet génération</b> : générations récentes conso + que anciennes ➢ Entre 20 et 60 ans : dépenses ambulatoires femmes > hommes CAR conso soins liés à la gynécologie - obstétrique ➢ ↗ <b>espérance de vie + vieillissement population = impact ++ sur demande de soins</b>
<b>Education</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• influence modeste mais significative sur conso de soins</li> <li>• effet diplôme : recours médecins spécialistes/soins dentaires optiques</li> </ul>
<b>CSP = catégorie socio-professionnelle</b>	DS ++ chez ouvriers non qualifiés (dépenses hospitalières) / aux cadres (soins dentaires et optiques, dépenses de spécialistes, biologie)

# TUTORAT NIÇOIS : UE 7 : DÉPENSES DE SANTÉ

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

## FACTEURS DE DEMANDE

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

## f) Maîtrise des dépenses de santé

Aujourd'hui : impossible de ↘ DS car ↗ DS inéluçtables

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

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

## MESURES SUR L'OFFRE

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

## MESURE SUR LA DEMANDE

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