

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 prévent°/recherche/format°) + dépenses en capital secteur santé + dépenses handicap/dépense
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 établis. = 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

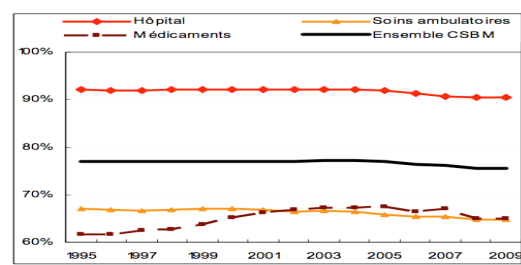
4) Financement des dépenses de santé

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 :

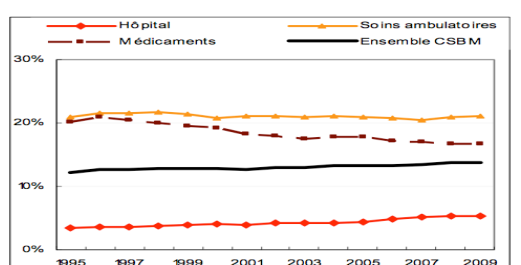
= **132,7 milliards €**

= **75,5%**

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

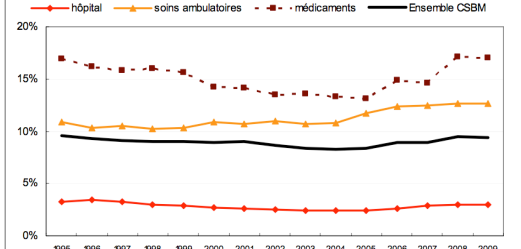
= **24,3 milliards €**

= **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

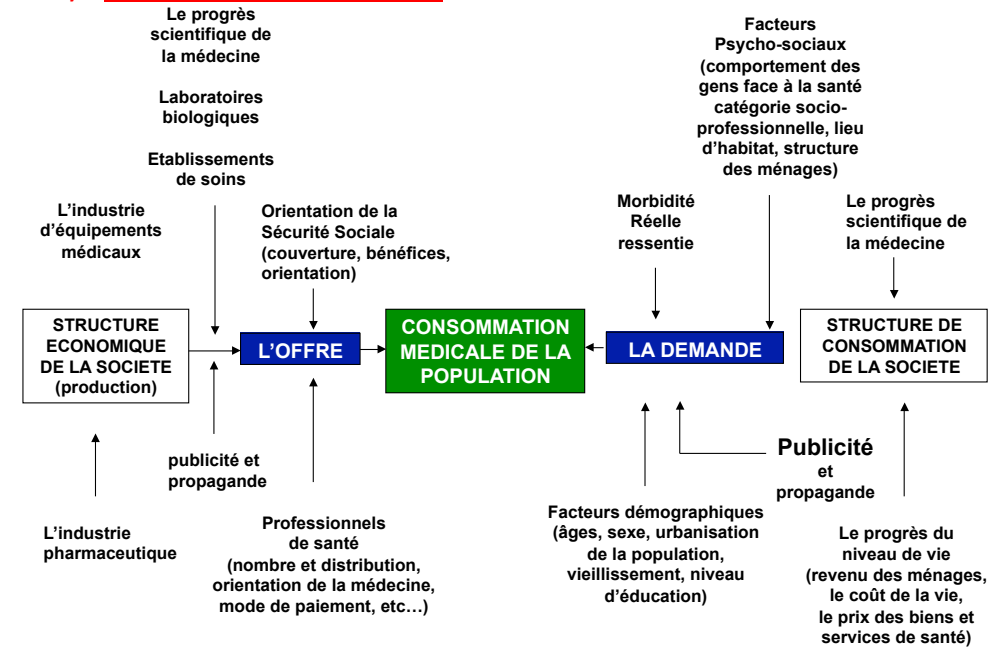
➢ dépenses --- : transports, soins hospitaliers

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 DE DEMANDE :

Besoin	= 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 ⇒ Il dépend de : croyance/confiance dans sys santé + sensibilité à la douleur + niveau de connaissance (<i>niveau de culture/éducation globale/vulgarisation/Internet</i>)
Age	= variable fondamentale dans la conso de soins ❏ Evolution conso de soins d'un individu au cours de sa vie = «U» - Conso ++ les 21^e années de vie (++) chez garçons) - puis conso + faible jusqu'à âge de 20 ans - et enfin ↗ progressive de la conso de soins ❏ effet génération : générations récentes conso + que anciennes ➢ 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	DS ++ chez ouvriers non qualifiés (dépenses hospitalières) / aux cadres (soins dentaires et optiques, dépenses de spécialistes, biologie)

TUTORAT NIÇOIS : UE 7 : DÉPENSES DE SANTÉ

Revenu	<ul style="list-style-type: none"> - n'a pas d'influence sur la consommation individuelle <i>soins hospitaliers</i> - influence sur conso soins ambulatoires : --- si revenu ↘ ✘ Renoncement aux soins pour raisons financières +++ pour <i>soins dentaires, optiques et de spécialistes</i>
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	<ul style="list-style-type: none"> ✘ 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	<p>TTT efficaces +++ mais parfois + coûteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - domaine diagnostique (IRM, TEP-scan) - domaine thérapeutique (greffes, TTT du cancer, thérapie génique)
Diffusion de l'innovation	<p>Recherche dans : <i>CHU, hôpitaux généraux, cliniques, cabinets médicaux</i> ⇒ + accessible géographiquement mais ↗ demande => ↗ coûts</p>
Multiplication des centres de soins et densité médicale	<p>Offre de soins ++ => demande ++ pour :</p> <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	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 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 inéluçtables

⇒ 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	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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>) <p>4 objectifs prévisionnels par secteur de consommation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ 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) <p>ONDAM 2008 = 152 milliards d'€ (dépassée tous les ans) : ⇒ <i>ex 2007 : enveloppe votée = 144,8 M€ mais dépenses réalisées = 147,8 M€</i></p>	
Planification sanitaire	<p>Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (loi du 31/07/1991)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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	<p>Lois Hospitalières (1970 et 1991)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ service public hospitalier ✘ planification, carte sanitaire (SROSS) <p>Budget global hospitalier (1983)</p> <p>Réforme de la tarification</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ PMSI (1989) ✘ comptabilité analytique ✘ tarification à l'activité (2004) ✘ objectifs : allouer ressources + ↗ efficience 	
Professions de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Numérisation, 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) : <ul style="list-style-type: none"> ✘ La certification des établissements de santé ✘ L'émission de recommandations de bonne pratique ✘ L'évaluation des pratiques professionnelles • 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) : <ul style="list-style-type: none"> ✘ <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> <ul style="list-style-type: none">✘ ➤ forfait hospitalier (18 €/j en hôpital ou clinique)✘ <u>Loi du 13/08/04 : réforme de l'AM :</u><ul style="list-style-type: none">⇒ participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte⇒ remboursement par l'AM si non respect parcours soin coordonné (Consultations où passage par médecin traitant inutile pour remboursement : ophtalmo/gynéco/pédiatre/psychiatre)✘ déremboursement des médicaments au SMR insuffisant✘ Dep 01/01/08 : franchises médicales 50 cents/boîte méd et 2€/transport san <p>EXONERATION FORFAIT HOSPITALIER :</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	<ul style="list-style-type: none">✘ Pour ➤ incidence maladies chroniques et/ou coûteuses (ex : diabète, HTA, K)<ul style="list-style-type: none">⇒ messages sanitaires (comme ceux du PNNS : Programme National Nutrition Santé)✘ Pour ➤ incidence complications des maladies chroniques (ex : équilibre diabète diminue risques d'insuff rénale, maladies cardiovasc, cécité, amputations)<ul style="list-style-type: none">⇒ éducation thérapeutique + coordination prise en charge
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