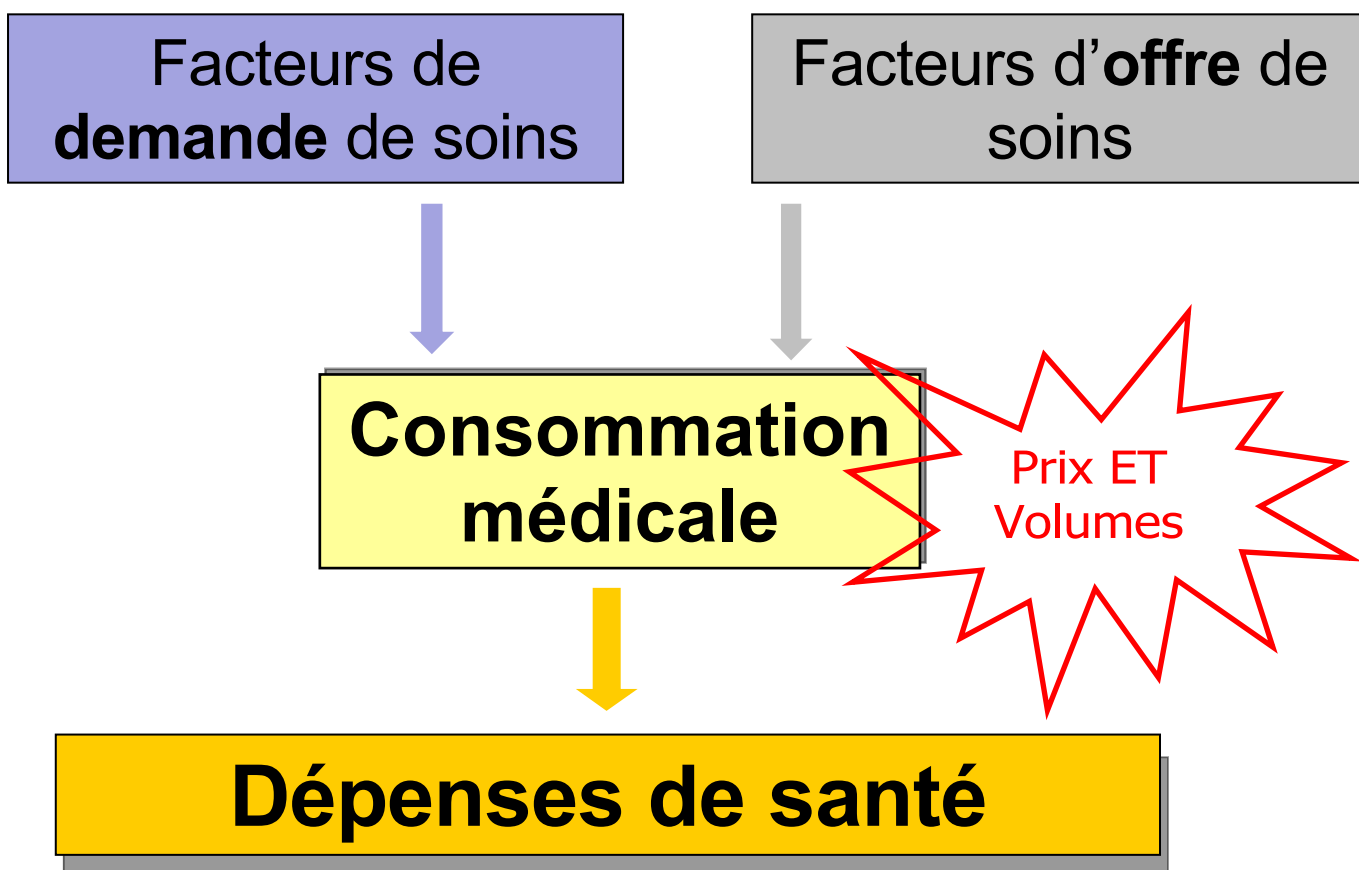


Cours n°3 : STRUCTURE, EVOLUTION ET MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

Introduction : les dépenses de santé : pour quoi, par qui et pour qui ?

- Pour quoi ? Les postes de dépenses
 - Soins, prévention, médicaments, transports
 - Ambulatoire / hôpital et clinique
 - Recherche, formation, gestion du système de santé
- Par qui ? Les consommateurs = les bénéficiaires = les ménages
- Pour qui ? Les financeurs
 - Les ménages
 - L'assurance maladie
 - Les mutuelles et assurances privées
 - L'État



Les dépenses de santé résultent de la consommation médicale, consommation d'un certain VOLUME de biens à un certain PRIX.
La consommation est sous l'influence de facteurs d'offre et de demande.

II Les 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 ».

(La « fonction santé » est l'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.

III Les agrégats des comptes de la santé

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

Les 3 agrégats des comptes de la santé sont :

- **La consommation médicale totale (CMT)**
= Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)
+ Consommation de soins de médecine préventive (prévention individuelle) (CSMP)
- **La dépense courante de santé (DCS)**
- **La dépense totale de santé (DTS)**

1) La consommation médicale totale

Elle correspond à la valeur des biens et services médicaux consommés par les ménages. C'est la somme de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de la consommation de soins de médecine préventive (CSMP) (prévention individuelle).

La CSBM regroupe les dépenses pour :

- les soins hospitaliers
- les soins ambulatoires (ville)
- les biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, ...)
- les transports sanitaires

Structure de la CSBM en 2007

Total = 163,8 milliards d'euros

Répartition des dépenses de la CSBM par postes de dépenses (en milliards d'euros - année 2007) :

- soins hospitaliers : 72,7 → 44% des dépenses
- soins ambulatoires : 45,1 → 28%
- médicaments : 33,4 → 21%
- transports de malades : 3,2 → 2%
- autres biens médicaux : 9,5 → 6%

Evolution de la CSBM

Elle est en augmentation constante : de +4,7% entre 2006 et 2007 (en moyenne +6% par an entre 2001 et 2003).

On observe un ralentissement de la croissance, en volume et en prix, entre 2004 et 2006, mais pas entre 2006 et 2007.

La structure de la CSBM (répartition des dépenses entre les différents postes) est stable depuis 2000.

2) La dépense courante de santé (DCS)

Elle couvre un champ plus large que la CMT.

C'est la CMT + :

- les indemnités journalières (arrêts de travail)
- les subventions reçues par le système de santé assimilées à des dépenses
- les dépenses de recherche et de formation médicales
- les dépenses de prévention collective
- les coûts de gestion de la santé

3) La dépense totale de santé (DTS)

C'est un agrégat utilisé pour les comparaisons internationales.

C'est un concept commun de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques).

C'est la DCS :

• MOINS :

- Les indemnités journalières
- Les dépenses de recherche et de formation médicale
- Une partie des dépenses de prévention collective

• PLUS :

- Les dépenses d'investissement du secteur hospitalier public
- Les dépenses liées au handicap et à la dépendance

4) Résultats des agrégats en 2007

- **CMT** = 167,1 milliards d'€



<p>CSBM 163,8 milliards Soit 2 477 euros / habitant Soit 8,7 % du PIB</p>

<p>CSMP 3,3 milliards = 2 % de la CMT</p>
--

- **DCS** = 206,5 milliards d'€
- **DTS** = 182,9 milliards d'€,
 - **Soit 11,0 % du PIB en 2006**
 - La France est en 3ème position des pays de l'OCDE
 - Elle est de 15,3 % du PIB aux États-Unis

IV Les financeurs (exemple de la CSBM)

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**
- les dépenses de **l'État et des collectivités locales**
- les dépenses des **organismes complémentaires** (mutuelles, assurances et instituts de prévoyance)
- Les dépenses des ménages : ce qui reste à la charge des **ménages** (ce qui n'est pas remboursé)

Structure du financement de la CSBM (2004 → 2007)

- Sécurité sociale de base : 77,1 → 76,6%
- Etat, collectivités locales : 1,4 → 1,4%
- Mutuelles : 7,6 → 7,9%
- Assurances privées : 3,1 → 3,2%
- Instituts de prévoyance : 2,6 → 2,5%
- Ménages : 8,3 → 8,5%

Tendance (*ce qu'il faut retenir*) : la sécurité sociale finance une part de moins en moins importante de la CSBM. A l'inverse, les ménages et les mutuelles financent de plus en plus.

Financement des **soins hospitaliers** en 2007 :

- 91,1 % par la sécurité sociale
- 2,9 % par les mutuelles
- 2,5 % par les ménages

La part de financement des soins hospitaliers par la sécurité sociale diminue (92,2 % en 2000). Il y a ainsi un report sur les mutuelles (2,4 % en 2000). C'est une conséquence notamment de l'augmentation du forfait journalier hospitalier.

Financement des **soins ambulatoires** en 2007 :

- 65,5 % par la sécurité sociale
- 11,5 % par les mutuelles
- 12,3 % par les ménages

La part de financement des soins ambulatoires par la sécurité sociale diminue (67,0 % en 2000). Il y a ainsi un report sur les ménages (10,9 % en 2000). C'est une conséquence notamment de la mise en place de la participation forfaitaire d'1 € et de la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.

Financement des **médicaments** en 2007 :

- 67,6 % par la sécurité sociale
- 11,4 % par les mutuelles
- 13,5 % par les ménages

La part de financement des médicaments par la sécurité sociale augmente (65,1 % en 2000). C'est une conséquence du poids de plus en plus important des médicaments remboursés à 100 % pour les ALD (la moitié des médicaments sont remboursés).

La part des ménages a diminué entre 1995 et 2005 puis ré augmenté depuis 2005. C'est une conséquence notamment du déremboursement des médicaments au service médical rendu insuffisant.

V Les facteurs influençant les dépenses de santé

Ces facteurs sont multiples et souvent intriqués (liés entre eux).

Ils sont de 2 types :

- les facteurs de demande
 - le besoin
 - les facteurs démographiques et socio-économiques
 - les facteurs épidémiologiques
- les facteurs d'offre
 - la répartition de l'offre sur le territoire
 - les progrès techniques et les innovations (et leur diffusion)
 - les pratiques professionnelles

1) Les facteurs de demande

a- Le besoin ressenti

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 :

- La croyance 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...

b- Les facteurs démographiques

La consommation médicale est plus élevée aux **âges extrêmes** :

- Dans la petite enfance : problèmes de santé spécifiques, examens obligatoires
- Chez les personnes âgées : polypathologies (allers-retours entre médecins généralistes et

spécialistes)

Les femmes consomment plus que les hommes :

- La perception de la santé est différente (la morbidité déclarée des femmes est supérieure à celle des hommes)
- Les contacts avec le système de soins sont plus fréquents pour les femmes de 20 à 50 ans (gynécologue, grossesses)

c- Les facteurs socio-économiques

Il y en a 3 principaux :

- La catégorie socio-professionnelle (CSP) et les revenus :
 - Les ouvriers et artisans commerçants ont moins souvent recours au système de soins et consultent moins souvent les spécialistes que les autres CSP.
 - Les employés et ouvriers renoncent davantage aux soins (surtout pour l'optique et le dentiste) que les autres CSP, à âge, sexe et couverture sociale comparable.
- Le lieu de résidence : la consommation médicale est plus importante dans les villes que dans les campagnes, ce qui est probablement dû à un effet d'offre.
- La protection sociale, qui masque le coût réel des soins et facilite la consommation, notamment la complémentaire santé (mutuelle) :
 - En l'absence de complémentaire : les consultations, soins dentaires et achats de lunettes sont moins fréquents
 - 28 % des personnes sans complémentaire déclarent avoir déjà renoncé à des soins contre 12 % des bénéficiaires d'une mutuelle privée (d'après une enquête de l'IRDES en 2004)

d- Les facteurs épidémiologiques

Ce sont principalement les maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies ostéoarticulaires,...) et les cancers, dont la prévalence augmente en raison:

- Du vieillissement de la population
- Des comportements à risques de plus en plus répandus : tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité,...
- Des progrès médicaux (avec la « chronicisation » de maladies antérieurement mortelles)

Ces maladies nécessitent des traitements longs et coûteux (on parle d'ALD, affections de longue durée).

Il y a par ailleurs une concentration des dépenses de santé : 10 % de la population concentre 70 % des dépenses de l'assurance maladie.

2) Les facteurs d'offre

a- La répartition de l'offre sur le territoire

Plus l'offre augmente, plus la demande de santé de la population est importante : c'est le phénomène de « demande induite ».

Exemple d'offre de soins :

- Hospitaliers : une augmentation du nombre de lits entraîne une augmentation du nombre d'hospitalisations
- Ambulatoires : une augmentation de la densité de médecins entraîne une augmentation du nombre de consultations

b- Les progrès techniques

C'est la mise au point de moyens diagnostiques et de traitements innovants et coûteux :

- Imagerie, biologie moléculaire, ...
- Médicaments innovants (anticancéreux, immunomodulateurs, biothérapies,...), techniques chirurgicales...

La diffusion de ces innovations est un facteur d'offre.

L'innovation crée aussi la demande.

c- Les pratiques professionnelles

Face à une situation clinique identique, les praticiens peuvent adopter des stratégies de diagnostic et de traitement différentes : prescription d'exams complémentaires ou non, prescription d'antibiotiques ou non, etc.

Les différences de prise en charge peuvent s'éloigner de la stratégie optimale, en termes de qualité et en termes de coûts.

VI La maîtrise des dépenses

Il apparaît aujourd'hui impossible de diminuer les dépenses de santé.

Leur augmentation paraît inéluctable, on peut donc seulement envisager de les maîtriser.

Cette maîtrise des dépenses est notamment capitale **pour l'Assurance Maladie**.

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 ».

1) Les mesures ayant une action sur l'offre

- L'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) (Ordonnances Juppé du 24 avril 1996)
 - C'est un outil prévisionnel des dépenses de l'Assurance Maladie : l'objectif de dépenses est fixé chaque année
 - L'enveloppe est votée par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale
 - ONDAM 2008 = 152 milliards d'€
 - L'ONDAM est dépassée tous les ans : en 2007 : enveloppe votée = 144,8 M€ → dépenses réalisées = 147,8 M€

- La planification sanitaire : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (loi du 31/07/1991)
 - Il est élaboré par les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) (ordonnances de 96)
 - 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

- Les modalités de financement des hôpitaux :
 - En 1983 a été mis en place un budget global, pour limiter la croissance des dépenses (enveloppe fermée)
 - Ce mode de financement a été remplacé progressivement depuis 2004 par la Tarification à l'activité (T2A) pour le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (loi de financement de la sécurité sociale de 2003), pour mieux allouer les ressources et accroître l'efficience

- La régulation du nombre de professionnels de santé
Exemple : le numerus clausus pour les études médicales (depuis 1971)

- L'amélioration des pratiques professionnelles, notamment par la création de la HAS (Haute Autorité de Santé) (Loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie), dont les missions sont :
 - La certification des établissements de santé
 - L'émission de recommandations de bonne pratique
 - L'évaluation des pratiques professionnelles

- La responsabilisation des prescripteurs
Exemple : incitation à prescrire des médicaments génériques

- 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 d'amélioration de la coordination des soins :

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

2) Les mesures ayant une action sur la demande

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

- L'augmentation du forfait hospitalier
- 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 soin coordonné
- Le déremboursement des médicaments au service médical rendu insuffisant
- Depuis le 1^{er} janvier 2008 : des franchises médicales de 50 centimes par boîte de médicaments et 2 € par transport sanitaire

- La prévention et l'éducation pour 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.

- 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 € (peut être dépassé uniquement par les médecins du secteur 2)

- Les médicaments génériques : incitation à la prescription et à la substitution

- Le déremboursement des médicaments au service médical rendu insuffisant

