

DEPENSES DE SANTE

I. Introduction

• Croissance des dépenses

Depuis les années 70, 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.

• 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.

• 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**.

• Définition d'un agrégat

Grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique :

- Ex : l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé est évalué par un agrégat appelé la **Dépense Courante de Santé (DCS)**.

II. Agrégats des comptes de la santé

• Dépense Totale de Santé (DTS)

C'est le concept commun **utilisé par l'OCDE et l'OMS** pour comparer les dépenses de santé entre leurs membres.

Elle est **évaluée en France à partir de la Dépense Courante de Santé (DCS)** :

- En **retirant** les **indemnités journalières**, **une partie des dépenses de prévention**, les **dépenses de recherche et de formations** médicales,
- Et en **rajoutant** les **dépenses en capital du secteur santé** ainsi que les **dépenses liées au handicap et à la dépendance**.

• Dépense Courante de Santé (DCS)

Elle mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé.

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 de santé **privés et publics** (Sécurité sociale, Etat, Collectivités locales...).

La **consommation médicale totale** :

- **Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** (ou dépenses de soins et biens médicaux)
- Et **prévention individuelle** (vaccination, dépistage de cancers...)

Autres 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)

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 bien médicaux** (consommés en dehors de l'hôpital) avec un montant de près de **187 milliards d'euros**.

- **Consommation des Soins et Biens Médicaux (CSBM)**

Elle comprend les **soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux** (optique, prothèses, petits matériels et pansements)

Sont exclues les dépenses de soins aux personnes âgées en établissement et aux personnes handicapées.

C'est la **somme des soins et des biens médicaux, consommées sous forme marchande par la population, remboursés ou non.**

L'hôpital est le premier poste de la CSBM.

III. Evolution des dépenses de santé

- **CSBM**

186,7 milliards d'euros en 2013,
180 milliards en 2011,
175,7 milliards en 2009
98 milliards en 1995

+ 84% en 16 ans

Augmentation de la part du revenu consommée, en France, pour les soins et biens médicaux.

Les 3 postes principaux :

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires
- Médicaments

Ces 3 postes représentent **164 milliards d'euros** en 2011 et représentent **91 % de la CSBM** en valeur en 2011.

Ce sont les soins hospitaliers 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 et dans une moindre mesure, les « autres biens médicaux ».

L'indice de volume de la consommation de soins hospitaliers est proche de 3% depuis 3 ans. C'est ce qui explique que ce sont les soins hospitaliers qui contribuent le plus à la croissance en volume en 2011, suivis par les soins de ville. Viennent ensuite les médicaments et les autres biens médicaux 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 remboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume. En 2010-2011, ce ralentissement est effectif.

Soins hospitaliers

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 s'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**.

Soins ambulatoires

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

- **Soins de médecin** : la hausse en volume est de 1,8% en 2011 après une baisse notable de 1,1% en 2010 due à l'absence d'épisode grippal. Cette augmentation est due à l'augmentation du nombre global des actes techniques (IRM, TDM) et déformation vers les soins plus coûteux avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes.
- **Soins de dentiste** : progression des honoraires totaux de puis 2006 (sauf en 2009) d'environ 2-3% par an. La part des dépassements continue à croître : elle a dépassé les 50% en 2009 et atteint 52,5% en 2011)
- **Soins infirmiers** : 5,8 milliards d'euros en 2011 soit une hausse de 5,8% par rapport à 2010. Les prix des soins infirmiers n'ayant pas augmenté en 2011 et la structure étant restée stable, la croissance en volume aussi
- **Analyses de laboratoire** : nombre d'analyses ne cesse d'augmenter alors que le nombre de labo est en baisse depuis les années 2000.

Médicaments

En 2011, les médicaments représentaient **34,7 milliards d'euros soit 19,2% de la CSBM**.

La consommation de médicaments **progressé 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 1^{ère} fois depuis 2005)

La consommation par habitant est également stable par rapport à 2010 : elle est de 532 euros/ habitant comme en 2010

• CMT

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

En 2011, chaque français dépense en moyenne :

- 1282 euros en soins hospitaliers
- 701 euros en soins ambulatoires
- 532 euros en médicaments

Au total, il consacre **2815 euros** pour sa santé par an.

IV. Financement des dépenses de santé

• 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**
- 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)

Sécurité sociale	75,5 % de la CSBM 90,4% des soins hospitaliers 62,9% des soins de ville 66% des médicaments
Organismes complémentaires	13,7 % de la CSBM 5,4% des soins hospitaliers 22,3% des soins de ville 15,1% des médicaments
Les ménages	9,6 % de la CSBM 3,2% des soins hospitaliers 13% des soins de ville 17,7% des médicaments

Notons que la **France** est un pays développés où la **prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante**, et ou 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

• Facteurs liés à la demande

Facteurs individuels	facteurs psychologiques	besoin ressenti
	démographie, âge et sexe	vieillessement
	facteurs socio-économiques	Revenu, CSP, citadins
Facteurs collectifs	facteurs sociologiques ou culturels	médicalisation problèmes sociaux
	modification de la morbidité	nouvelles maladies

Besoin

Le besoin de santé ressenti : il est **croissant**, en particulier la demande en matière de **sécurité des soins s'est accrue**.

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 **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...

Age

L'âge est une **variante fondamentale** dans la consommation de soins.

- **L'évolution** de la consommation 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 (garçons++), puis consommation plus faible jusqu'à l'âge de 20 ans, et enfin augmentation progressive de la consommation de soins.
- Il existe **également un effet génération** : les **générations récentes consomment plus de soins** que les plus anciennes ;

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** ;

Au total, **l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population auront un impact important** (quoique difficile à déterminer) sur la demande de soins.

Education

Le niveau d'éducation a une **influence modeste mais significative** sur la consommation de soins.

L'effet du diplôme joue **principalement sur le recours aux médecins spécialistes et aux soins dentaires et optiques**.

CSP

Lien étroit entre consommation de soins et catégories socio-professionnelle.

Ainsi, à âge et sexe identiques, les **dépenses de santé diminuent des ouvriers non qualifiés aux cadres**.

Ces dépenses de santé plus élevées des **ouvriers** sont **presque exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières**.

A contrario, les **cadres** ont plus souvent recours aux **soins dentaires et optiques**. Ils ont également des dépenses de **spécialistes** et de **biologie** plus élevées.

Résidence

La consommation médicale est **plus importante dans les villes que dans les campagnes**, ce qui est probablement dû à un effet d'offre.

Niveau de développement économique

Plus un pays est développé sur le plan économique, plus la dépense de santé (rapportée au PIB) augmente.

Ainsi, ce sont les pays industrialisés qui dépensent le plus pour leur santé. Seul un fort développement économique permet de consacrer plus d'argent au système de santé.

Les facteurs épidémiologiques

La **morbidity est un facteur essentiel d'évolution des dépenses de santé**. Dans un pays comme la **France**, on observe :

- Des **maladies liées aux modes de vie** (*conduites addictives, accidents de la route, accidents domestiques, conditions de travail, modes d'alimentation, sédentarité*) ;
- Des **maladies nouvelles ou la réapparition** de maladies anciennes (*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...*)
- Des **maladies chroniques** (*maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, troubles mentaux...*)

Niveau de protection sociale

En **France**, la **généralisation de la Sécurité sociale** à partir de 1945, la mise en œuvre progressive d'un système de **tiers-payant** par le Sesam-Vitale et la mise en place de la **CMU** en 2000 ont eu pour **objectif de réduire les barrières financières à l'accès aux soins et aux biens médicaux**.

Toutefois, des **différences de consommation importantes 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.

• Facteurs liés à l'offre

Le progrès technique

Il met à disposition des patients des **traitements plus efficaces mais aussi parfois plus coûteux** tant dans le domaine **diagnostique** (IRM, TEP-scan) que **thérapeutique** (greffes, traitements du cancer, thérapie génique).

La diffusion de l'innovation

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 aisément accessible** géographiquement **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 densité de lits d'hospitalisation et le nombre de journées d'hospitalisation réalisées que pour la densité de médecins et la consommation de soins**.

La variabilité des pratiques professionnelles

Les praticiens adoptent souvent des conduites sensiblement différentes face à une situation clinique identique.

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 recherche de preuves solides et d'engendrer des coûts plus élevés que la stratégie optimale.

VI. Maitrise des dépenses de santé

• Orientations

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** »

• Mesures sur l'offre

ONDAM

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.

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**.

ONDAM en **2010 = 161,8 milliards d'euros**

L'ONDAM est dépassé tous les ans : ex en 2007 : enveloppe votée = 144,8 milliards / dépenses réalisées = 147,8 milliards.

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) **maintenant 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))

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 : mieux allouer les ressources et accroître l'efficience

Professions de santé

Numérus clausus, depuis 1972.

Maîtrise des filières de spécialité

Système 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

L'amélioration des pratiques professionnelles, notamment par la création de la HAS (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 **responsabilité des prescripteurs** (ex : incitations à prescrire des génériques)

Parcours de soins

L'amélioration de la coordination des soins (loi du 13 août 2004), 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 : réseau diabète = généraliste + diabétologue + généticien...)
- Le dossier médical personnel

• Mesures sur la demande

Participation des patients

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

- **L'augmentation du forfait hospitalier** (18euros/ j en hôpital ou en clinique)
- D'après la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie :
 - o Une **participation forfaitaire de 1 euro** pour chaque acte
 - o Une **diminution du remboursement par l'AM en cas de non-respect du parcours de soin coordonné** (Ophtalmo, gynéco,

pédiatre et psychiatre ne nécessite pas de passer par le médecin traitant pour être dans le parcours de soins coordonnés).

- Le **déremboursement des médicaments au SMR insuffisant**
- Depuis le 1^{er} janvier 2008 : des **franchises médicales de 50 centimes par boîte de médicaments et 2 euros par transport sanitaire**

Exonération du forfait hospitalier

Femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant **12 jours après l'accouchement** ;

Enfant nouveau-né hospitalisé dans les 30 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 **CMUc** ou de **l'aide médicale de l'état (AME)** ;

Affiliation au régime **d'Alsace-Moselle** ;

Titulaire d'une **pension militaire**.

Prévention, Education

La prévention et l'éducation pour la santé :

- Pour **diminuer l'incidence de certaines maladies chroniques et/ou coûteuses** (ex : diabète, HTA, 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**.

Autres mesures

Le contrôle des prix avec les tarifs conventionnés

- Il existe une convention entre l'assurance maladie et les médecins
- Exemples : tarif d'une consultation chez le médecin généraliste = 23€

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

Le déremboursement des médicaments au SMR insuffisant.

