

FICHE UE10 cours 2 : Les dépenses de santé.

INTRO/DEFINITIONS.

• Science économique : science sociale qui étudie la production, la répartition, la distribution et la consommation des richesses d'une société.

2 angles d'étude :

- micro-économique : étudie le comportement individuel des agents économiques = consommateurs (ménages) et producteurs (entreprises).

- macro-économique : étudie l'économie globale d'un pays à travers des relations qui peuvent exister entre différents agrégats économiques du pays considéré.

• Agrégat : grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique.

• Les différents facteurs de demande de soins et d'offre de soins constituent la consommation médicale (avec un équilibre entre les prix et les volumes) qui elle-même entraîne les dépenses de santé.

• Consommation : valeur des biens et services utilisés pour satisfaire directement des besoins humains.

I. LES AGREGATS DES COMPTES DE LA SANTE.

Les comptes nationaux de la santé sont des comptes satellites, complémentaires, de la comptabilité nationale. L'évaluation de ces comptes se fait de manière rétrospective avec 2 ans de décalage.

On évalue ainsi 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) .

La fonction santé se calcule sous forme d'agrégats (CSBM, DCS, DTS).

A. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)

= valeur des biens et des services médicaux consommés sur le territoire national (DOM compris) par les résidents et les non résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

• Elle est constituée de :

- la conso des soins hospitaliers.
- la conso des soins ambulatoires.
- la conso des médicaments et des biens médicaux.
- la conso des transports sanitaires.

• Budget :

8,9% du PIB français.

190,6 milliards d'euros en 2014.

194,6 milliards d'euros en 2015.

—> + 2,5% en volume et + 1,8% en valeur.

L'augmentation en volume est supérieure à celle en valeur donc l'activité (production) est plus importante quelque soit le secteur.

2930 euros/hab en 2015.

- Concernant les différents postes de dépense :

Soins hospitaliers : ↗ de façon continue mais plus modérément qu'en 2014 car lors d'une augmentation du volume de consommation, les pouvoirs publics ont comme réflexe de baisser les prix immédiatement pour éviter la course à l'activité. Toutefois, les soins hospitaliers restent le premier facteur de hausse de la CSBM.

Soins de ville : ↗. Ce sont surtout les dépenses des médecins (par rapport au autres professionnels de santé) qui contribuent le plus à cette augmentation car ce sont des prescripteurs. Par ailleurs, ↘ des soins des auxiliaires médicaux.

Médicaments : ↘ (la hausse de 2014 était liée à la mise sur le marché d'un nouveau traitement contre l'hépatite C).

Transports sanitaires et autres biens : ↗ (bon remboursement).

Depuis 2010 : taux de croissance de la CSBM ↘ de façon constante de par un contrôle des pouvoirs publics (prix des soins hospitaliers, médicaux, médicaments exceptés les nouveaux médicaments).
En 2015 : ↘ de - 0,7% en valeur. Face à cette diminution en valeur, il y a une augmentation en volume (mais plus faible qu'en 2014) liée aux soins hospitaliers et aux médicaments.

B. La Dépense Courante de Santé (DCS)

- Elle comporte la CSBM ainsi que :
 - les dépenses de prévention individuelle et collective.
 - les autres dépenses pour les malades (soins aux personnes âgées et handicapés en établissement, indemnités journalières maladie, accidents du travail et maternité).
 - les dépenses en valeur du système de soin (subventions reçues par le système de santé, dépenses de recherche médicale et pharmaceutique, dépenses de formation des professionnels de santé, coûts de gestion de la santé).
- CSBM \approx 3/4 de la DCS.
- Il y a une diminution des indemnités journalières en raison d'un renforcement des contrôles de la Sécurité Sociale. Par exemple, il y a environ 3 ans, une grande opération a été menée par la Sécurité Sociale pour contrôler tous les arrêts maladie d'une semaine. Le but était de faire face aux arrêts de travail courts à répétition.
- La prévention a une part faible dans la DCS car elle est peu développée en France.
- Les coûts de gestion ont diminué de 1% en 10 ans, ils sont globalement faibles en France comparativement à d'autres pays comme les USA.

C. La Dépense Totale de Santé (DTS) ou DCS internationale.

= agrégat utilisé pour les comparaisons internationales (concept de l'OCDE et de l'OMS).

- Elle est composée de la DCS :

MOINS: - les indemnités journalières.
- les dépenses de recherche et de formation médicale.
- une partie des dépenses de prévention.

PLUS: - une partie des dépenses d'investissement du secteur hospitalier.
- certaines dépenses liées au handicap et à la dépendance.

- A l'international :

France (2015) : DTS = 11,1 % du PIB -> 4^o position des pays de l'OCDE (= Allemagne = Suède = Pays-Bas).

USA : DTS = 16,6 % du PIB.

Suisse et Japon : DTS = 11,4 % du PIB.

UK : DTS = 9,8 % du PIB.

II. LE FINANCEMENT DE LA CSBM.

- L'approche des dépenses de santé par les comptes nationaux de la santé prend en compte :
 - les dépenses prises en charge par l'assurance maladie.
 - les dépenses de l'Etat et les collectivités locales.
 - les dépenses des organismes complémentaires.
 - les dépenses des ménages.

Les français contribuent au financement de la CSBM à tous les niveaux : ils paient des cotisations sociales, 50% d'entre eux paient l'impôt sur le revenu, la TVA ainsi que les taxes imposées par les autorités territoriales. Ils paient aussi des cotisations auprès de leur complémentaire.

- Les remboursements sont différents en fonction des différents postes :

Soins hospitaliers : très bien remboursés (> 90%). Seul un forfait journalier de 18 euros reste à payer et est pris en charge par les organismes complémentaires. L'état met en place les mesures de santé mais ne contribue que très faiblement à son financement, excepté pour aider les personnes dans le cadre social (exemple : Aide Médicale d'Etat).

Soins de ville : remboursés à hauteur de 65% par l'assurance maladie. Les 7% de la population qui n'ont pas de mutuelle participeront de façon plus importante au financement de ces soins.

Médicaments : remboursés à 69%.

Autres biens médicaux : remboursés de façon beaucoup moins importante par l'assurance maladie.

Transports : pris en charge à plus de 90%.

III. LES FACTEURS INFLUENCANT LES DEPENSES.

A. Les facteurs de demande.

1. 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 morbide) 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.

2. Les facteurs démographiques :

La consommation médicale est plus élevée aux âges extrêmes.

Les femmes consomment plus que les hommes (perception différente de la santé et contacts avec le système de santé plus fréquents). Cependant, il y a un sous-diagnostic des maladies cardio-vasculaires chez les femmes avec une méconnaissance des symptômes cardio-vasculaires féminins.

3. Les facteurs socio-économiques :

- **La catégorie socio-professionnelle (CSP) et les revenus :** les ouvriers, artisans et commerçants ont moins recours au système de soins et consultent moins les spécialistes que les autres CSP. Les

employés et les ouvriers renoncent plus aux soins. L'assurance maladie envoie de façon plus systématique aux parents des conventions de soins dentaires pour leurs enfants afin de sensibiliser la population à l'hygiène bucco-dentaire.

Il existe un gradient social pour certaines pathologies (ex. l'obésité) -> augmentation relative avec la baisse du niveau socio-économique.

- **Le lieu de résidence** : plus de demande en ville qu'à la campagne (offre étant plus présente en ville).

La protection sociale est un système qui vise à contrer ces inégalités de santé et qui vise à faciliter la consommation indépendamment de la catégorie socio-économique. Toutefois, on observe des renoncements aux soins qui sont fonction des ressources et de la couverture complémentaire.

4. Les facteurs épidémiologiques.

En France, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des cancers (conséquence du vieillissement de la population, de l'augmentation des comportements à risque ainsi que des progrès médicaux permettant à des maladies autrefois mortelles de se « chroniciser »). Les traitements longs et coûteux (ALD) constituent aussi des facteurs de demande.

Ainsi, 10% la population française concentre 60% des dépenses de l'assurance maladie. Le système de santé français est redistributif.

Les ALD (notion créée en même temps que la sécurité sociale et régulièrement réactualisée) comportent une liste de 30 affections. Elles correspondent à des maladies chroniques, comprenant un traitement prolongé et coûteux. L'inscription en ALD permet une prise en charge à 100% des dépenses de soins et des traitements ainsi que l'exonération du ticket modérateur.

B. Les facteurs d'offre

1. L'offre et sa répartition sur le territoire.

Plus l'offre augmente, plus la demande de santé de la population est importante : phénomène de « demande induite ». Par exemple, plus le nombre de lits d'hospitalisation augmente, plus le nombre d'hospitalisations va augmenter. Cela s'applique aussi aux soins ambulatoires : l'augmentation de la densité de médecins entraîne une augmentation du nombre de consultations.

Il y a un manque de médecins dans les zones rurales mais aussi au sein même de la capitale avec un manque de médecins dans les 18e, 19e, 20e, 15e et 16e arrondissements. La mairie de Paris met ainsi en place de mesures pour inciter les médecins à s'installer dans ces arrondissements.

2. Les progrès techniques.

Mise au point de moyens diagnostiques et de traitements innovants et coûteux (imagerie, biologie moléculaire, médicaments innovants, nouvelles techniques chirurgicales, etc.). L'innovation crée aussi de la demande.

3. Les pratiques professionnelles.

- Face à une situation clinique identique, les praticiens peuvent adopter des stratégies de diagnostic et de traitement différentes de par la liberté de prescription en France (beaucoup de surprescription).
- Les différences de prise en charge peuvent s'éloigner de la stratégie optimale et cela au détriment de l'efficacité (diminution de la qualité, augmentation des coûts).