

UE 10: Santé, Sociétés, Humanités
Pr Laurence Le Faou
Le 29/03/2017 à 13H30
Ronéotypeur: Hédia Karkar
Ronéoficheur: Mathilde Guertin

Cours 2: Les dépenses de Santé

Ce cours ressemble à celui de P1, seules les chiffres ont été actualisés.

Sommaire:

Introduction

I/ Les agrégats des comptes de la Santé

A/ CSBM

B/ DCS

C/ DTC ou DCS internationale

II/ Les financeurs

III/ Les facteurs influençant les dépenses

A/ Les facteurs de demande de soin

B/ Les facteurs d'offre

Synthèse

Glossaire

Introduction

-Quelques définitions:

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 que sont les consommateurs (= les ménages) et les producteurs (= entreprises). *Ici à l'échelle des médecins et des patients.*

-> macro-économique: étudie l'économie globale d'un pays à travers des relations qui peuvent exister entre différents agrégats économiques du pays considéré. *Dans le cadre de la santé, quelle est sa place dans la richesse nationale comparativement à l'éducation ou l'agriculture. C'est la répartition des budgets.*

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

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

Consommation: Valeur des biens et services utilisés pour satisfaire directement des besoins humains

I/ Les agrégats des comptes de la Santé

Les comptes nationaux de la Santé sont des comptes satellites, complémentaires, de la comptabilité nationale (autres comptes du pays, budget de l'éducation de l'enseignement supérieur par exemple). L'évaluation de ces comptes se fait de manière retrospective, avec 2 ans de décalage. On évalue ainsi chaque année la consommation et le financement de la **fonction santé** (*c'est l'ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé*). Elle se calcule sous forme d'**agrégats** (CSBM, DCS, DTS).

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

Définition: La valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (DOM compris) par les résidents et non résidents.

But: -Satisfaire leurs besoins de santé individuels
- Concourir au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé

Constituée de: - La consommation de soins **hospitaliers** (*les soins de longue durée et aux personnes âgés dépendantes exclus*)
- La consommation de soins **ambulatoires** (« *soins de ville* » comme les consultations chez le médecin, infirmières, kinés + les consultations externes à l'hôpital)
- La consommation de **médicaments et de biens médicaux** (*optiques, prothèses...*)
- La consommation de **transports sanitaires**

Budget: 190,6 milliards d'euros en 2014 et 194,6 milliards d'euros en 2015 (+ 1,8 % en valeur et + 2,5 % en volume). Soit 8,9 % du PIB français . L'augmentation en volume est supérieure à l'augmentation de la valeur, cela signifie que l'activité (production) est plus importante quelque soit le secteur.

La CSBM représente environ 2930 euros/ habitant en 2015.

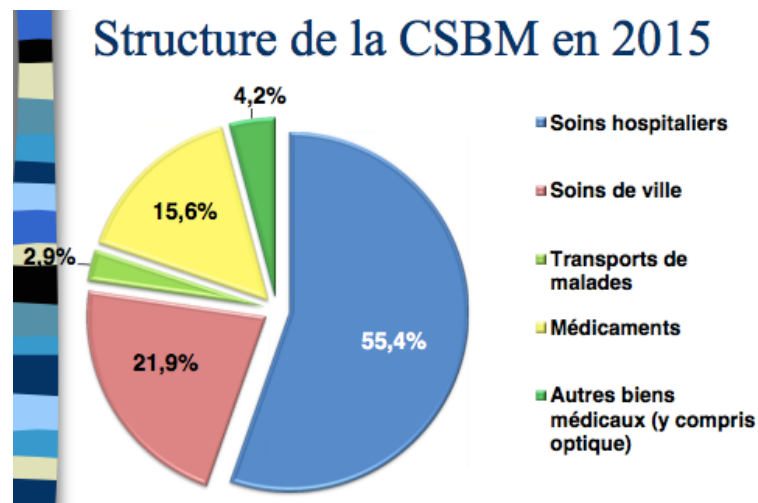
Concernant les différents postes de dépense:

-Soins hospitaliers: ils augmentent de façon continue (*historiquement la population française est très attaché à l'hôpital*) cependant cette croissance est plus modérée par rapport à 2014. En effet, lors d'une augmentation du volume de consommation les pouvoirs publics ont comme réflexe de baisser les prix immédiatement et d'ainsi éviter la course à l'activité. Toutefois, les soins hospitaliers représentent le premier facteur de hausse de la CSBM.

-Soins de ville: il y a une augmentation de ces soins, les dépenses de médecins contribuent le plus à l'augmentation des soins de villes face aux autres professionnels de santé car les médecins sont des prescripteurs. Par ailleurs, il y a une baisse des soins des auxiliaires médicaux (de par une réglementation et des sanction strictes).

-Médicaments: il y a une baisse de la part des 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: en augmentation (bon remboursement).



Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM en 2015 (%) :



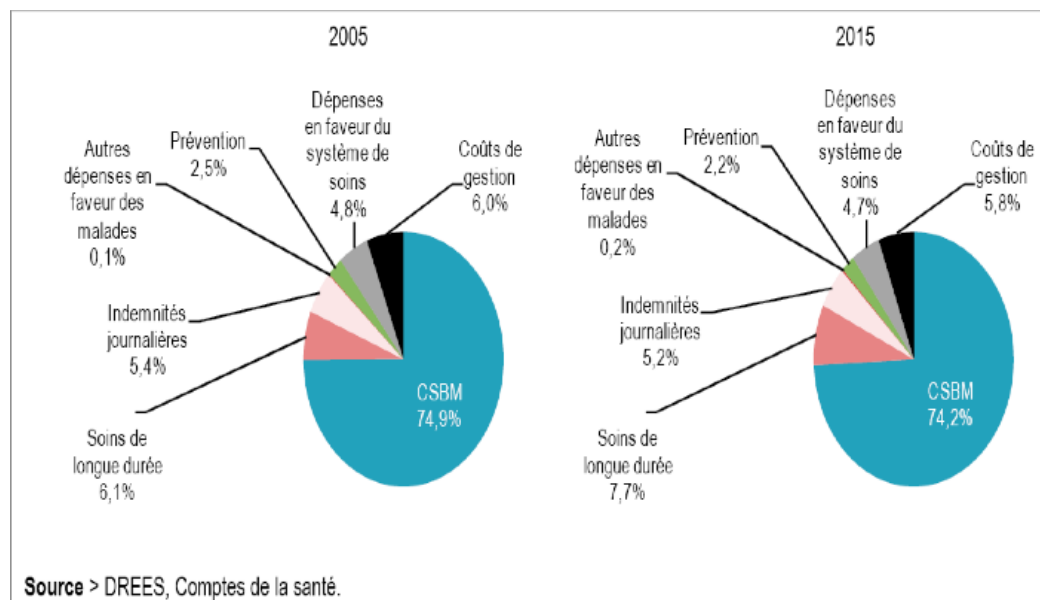
Ce graphique nous montre que les autorités essaient de bloquer la croissance de la CSBM. Il y a une tendance générale à diminuer la valeur face à un augmentation du volume. Le gouvernement tente avec difficulté de faire augmenter la CSBM proportionnellement à la croissance du pays qui est actuellement d'environ 1%.

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

B/ La Dépense Courante de Santé (DCS)

La DCS a un champ plus large que la CSBM. Elle comporte la CSBM ainsi que :

- 1) Les dépenses de prévention individuelle et collective
- 2) Les autres dépenses pour les malades (soins aux personnes âgés et handicapés en établissement, indemnités journalières maladies, accidents du travail et maternité)
- 3) 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)



- La CSBM constitue environ les 3/4 des DCS.
- Il y a une baisse 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 en contrôlant tous les arrêts maladies d'une semaine. Le but étant de faire face aux arrêts de travail courts à répétition.
- La prévention a une part faible dans les 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 (exemple des USA avec un grand nombre d'assurances de santé qui rend la gestion plus compliquée et ainsi plus onéreuse).

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

La DTS est un agrégat utilisé pour les comparaisons internationales (concept de l'OCDE et de l'OMS).

La **DTS** est composée de la **DCS**:

MOINS: - les **indemnités journalières** (propres à chaque pays, par exemple en Allemagne il y a peu de protections des femmes durant la maternité)

- les dépenses de **recherches et de formation médicale** (en effet le coût des études de médecines diffère selon les pays par exemple un an de scolarité coûte entre 10000 et 20 000 euros l'année aux USA)

-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, les DTS correspondent à **11,1 %** du PIB en France en 2015. La France se place ainsi en 4^e position des pays de l'OCDE (= Allemagne = Suède =Pays-Bas).

USA: 16,6% du PIB

Suisse et Japon : 11,4% du PIB

UK : 9,8% du PIB

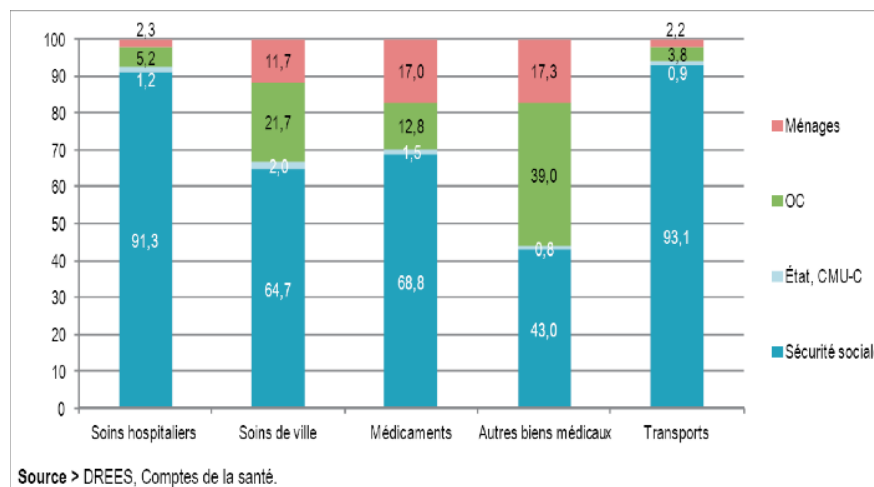
II/Le financement de la CSBM

L'approche des dépenses de santé par les comptes nationaux de la santé prend en compte:

- 1) Les dépenses prises en charges par l'**assurance maladie** (sécurité sociale)
- 2) Les dépenses de l'**Etat et des collectivités locales**
- 3) Les dépenses des **organismes complémentaires** (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance)
- 4) les dépenses des **ménages**: ce qui reste à la charge des ménages (qui n'est pas remboursé)

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 (par exemple la taxe d'habitation) . Ajouté à cela ils paient des cotisations auprès de leur complémentaire.

Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2015 (en %) :



- Les **soins hospitaliers** sont très bien remboursés (plus de 90%), seul un forfait journalier de 18 euros reste à payer et est pris en charge par les organismes complémentaires. L'Etat met en place les mesures de santé mais contribue que très faiblement à son financement excepté pour aider les personnes dans le cadre social (comme l'Aide médicale d'Etat par exemple) .
- Les **soins de villes** sont 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.
- Les **médicaments** sont remboursés à 69%.
- Les **autres biens médicaux** (comme les lunettes ou les consultations chez le dentiste) sont remboursés de façon beaucoup moins importante par l'assurance maladie.
- Les **transports** sont bien pris en charge plus de 90%.

III/ Les facteurs influençant les dépenses

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 ressentie) ou par comparaison avec les autres. Il dépend de:

- La **croissance et la confiance** dans le système de santé (exemple des différents débats autour de la vaccination qui montrent une croissance méfiante face au système de santé français)
- 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** (petite enfance: problème de santé spécifique au jeune âge, examen obligatoire; personnes âgées : sont polypathologiques et consultent très fréquemment les médecins). Les **femmes** consomment plus que les hommes de par une perception de la santé différente (morbidité déclarée supérieure aux hommes) et un contact avec le système de santé plus fréquent (contraception, grossesse, ménopause). 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 ouvriers renoncent plus aux soins (particulièrement pour l'optique et les soins dentaires, soins peu remboursés). L'assurance maladie envoi de façon systématique aux parents des convocations de soins dentaires pour leurs enfants afin de sensibiliser la population à l'hygiène bucco-dentaire.

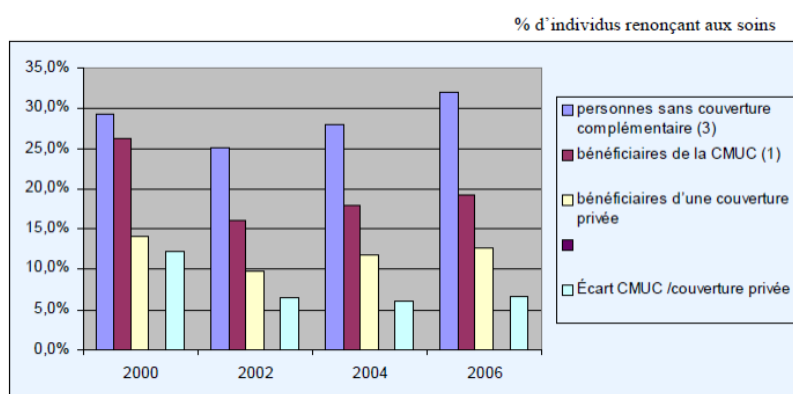
Il existe un gradient social pour certaines pathologies comme l'obésité par exemple. Cela correspond à une augmentation relative avec la baisse d'un niveau socio économique.

-**Lieu de résidence** : plus de demande en ville qu'à la campagne (l'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. Une personne avec une bonne complémentaire va moins renoncer aux soins qu'une personne sans cette couverture complémentaire.

**Proportion d'individus renonçant aux soins de santé pour raisons financières par type de couverture :
Écart entre bénéficiaires de la CMU complémentaire et bénéficiaires d'une couverture privée.**



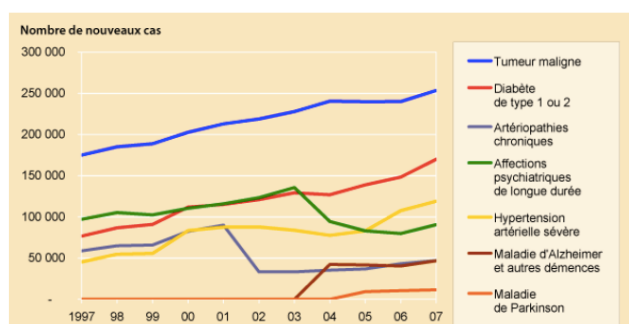
Source : IRDES, enquête Santé et Protection Sociale (SPS)
Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine

4) Les facteurs épidémiologiques:

En France on observe une augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** (comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires....) ainsi que des **cancers**. Cela s'explique par le vieillissement de la population, les comportements à risques de plus en plus fréquents (tabac, alcool, sédentarité, ect...) ainsi que les progrès médicaux qui permettent à des maladies autrefois mortelles de se « chroniciser ». Les traitements longs et coûteux (ALD) constituent aussi des facteurs de demande. Ainsi 10% de la population française concentre 60% des dépenses de l'assurance maladie. Le système de santé français est redistributif.

Les ALD comportent une liste de 30 affections. Cette notion créée en même temps que la sécurité sociale est régulièrement réactualisée. 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 traitement associés à l'ALD ainsi que l'exonération du ticket modérateur.

Evolution de l'incidence des ALD



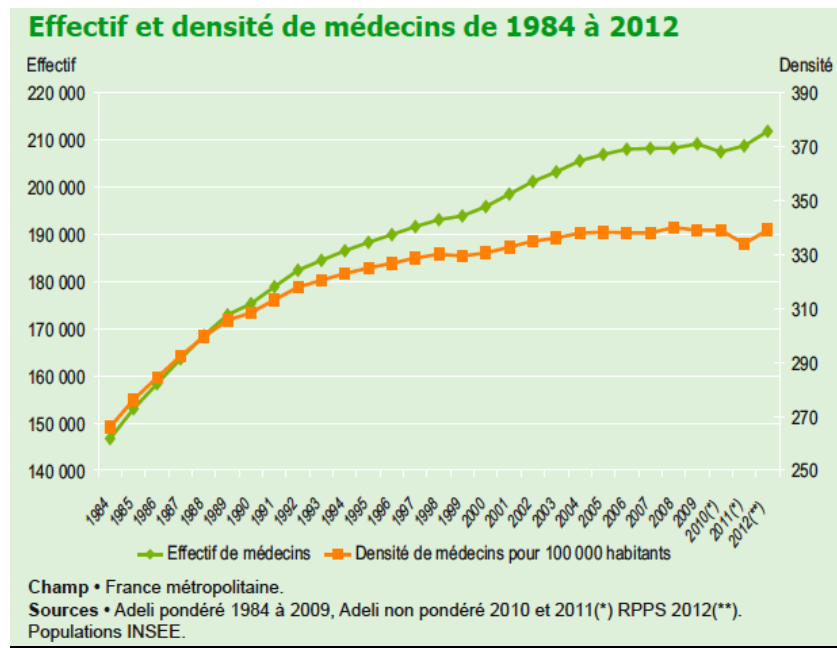
Libellé de l'ALD 30	effectif au 31/12/2009	taux de prévalence pour 100 000
Tumeur maligne	1 794 872	3128
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 770 152	3084
Hypertension artérielle sévère	1 147 318	1999
Affections psychiatriques de longue durée	991 226	1727
Maladie coronaire	870 919	1518
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	629 642	1097
Cause médicale d'ALD non précisée	588 575	1026
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	418 605	729
Insuffisance respiratoire chronique grave	320 216	558
Accident vasculaire cérébral invalidant	265 349	462
Maladie d'Alzheimer et autres démences	241 882	421
Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	211 935	369
Polyarthrite rhumatoïde	171 486	299
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	163 256	284
Total patients en ALD 30	8 288 616	14443

Prévalence des ALD en 2009 (HTA sévère ne fait actuellement plus partie des ALD)

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.



On observe ici une forte augmentation des médecins jusqu'à l'instauration d'un numerus clausus plus rude qui entraîne une chute de la densité de médecin de par le départ à la retraite de toute une génération de médecin.

Il y a un manque de médecins dans les zones rurales (Picardie, centre de la France par exemple) 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 des mesures pour inciter les médecins à s'installer dans ces arrondissements.

2) Les progrès techniques:

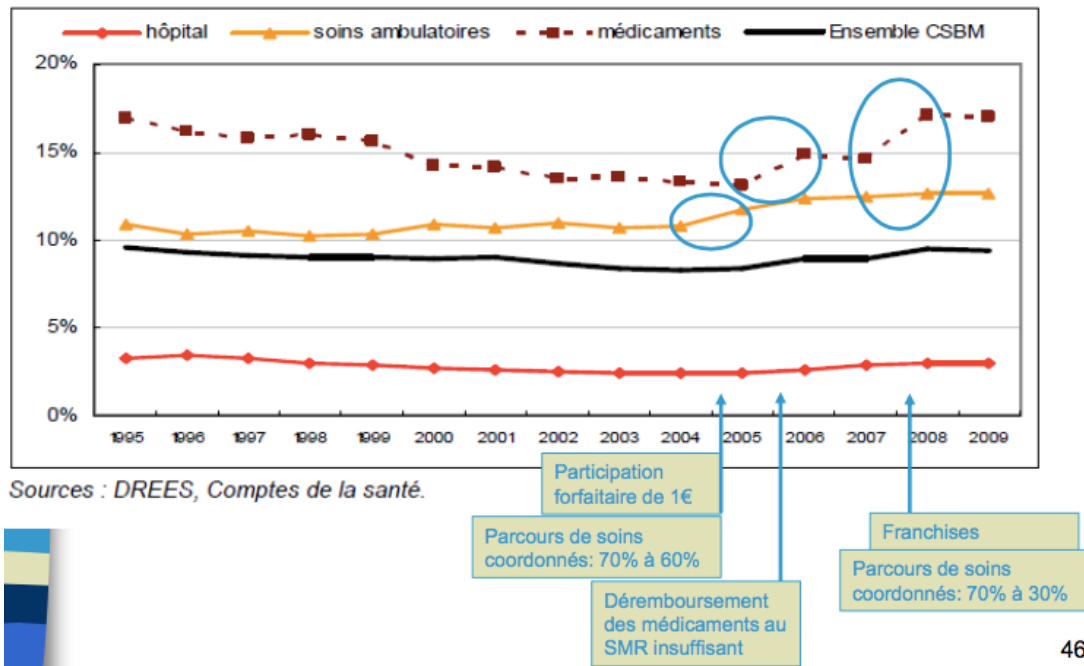
-Mise au point de moyens diagnostiques et de traitements innovants et couteux (imagerie, biologie moléculaire, médicaments innovants, nouvelles techniques chirurgicales...) . L'innovation crée aussi de la demande.

3) Les pratiques professionnelles:

- Face à une situation clinique identique, les praticiens peuvent adopter des stratégies de diagnostic et de traitement différentes (examens complémentaires ou non, prescription d'antibiotiques ou pas...) 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'efficience (diminution de la qualité, augmentation des coûts) .

Un exemple de maîtrise des dépenses de Santé:

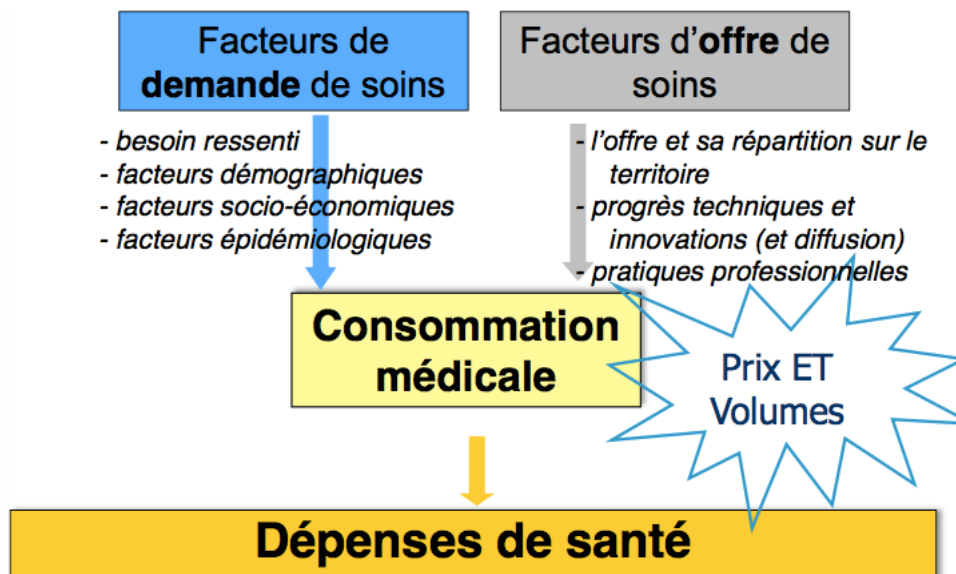
Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



46

Ici on observe différentes mesures mises en place par les gouvernements pour limiter les dépenses de Santé. Cela se répercute sur le reste à charge des ménages qui est augmenté après les différentes décisions de l'Etat.

Synthèse:



Glossaire:

- **Affections de longue durée (ALD):** affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse; prise en charge à 100% par la sécurité sociale des soins délivrés dans le cadre d'une ALD.
- **Agrégat :** grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique
- **Assurance:** mécanisme de couverture des risques dont le financement est assuré par une prime (cotisation) correspondant à la probabilité de survenue du risque
- **Consommation:** valeur des biens et services utilisés pour la satisfaction directe des besoins humains
- **CSBM:** la valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris DOM) par les résidents et 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
- **Fonction santé:** l'ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé (définition de la comptabilité nationale)
- **Produit intérieur brut (PIB):** mesure de la production nationale c-à-d de l'ensemble des biens et services produits au cours d'une période donnée, généralement une année.
- **Science économique:** étude de la production, de la distribution et de la consommation de bien et de services

Petites pensées :

-À la meuf qui ne cessera de nous répéter qu'elle n'est pas bourrée (love love la ronéoficheuse)

-À ma forceuse préf (tu nous a montré que ça fonctionnait apprends moi stp)

-À ma blonde prefff et à son manteau de ski retrouvé (critcritcritcrit)

-Aux notes vocales de Quitt (arrête de chanter je t'en supplie, bisous)

-À X3000 qui a déserté la fac

-À tous les potos d'Amsterdam : team champi, la crème de la crème, les génies

-À la Dynastouf

-À mon Équipe du défi aspirants RDV LE 19/04/2017

-À toute ma team MS Larib

TCHAO BISOUS