

UE7 - Santé Société Humanité

Chapitre 2 :

Dépenses de santé et régulation

Professeur Georges WEIL

Année universitaire 2011/2012

Université Joseph Fourier de Grenoble - Tous droits réservés.

Sommaire

- Généralités
- Qu'est-ce qu'on dépense, qui paye ?
 - L'objectif national de dépenses (ONDAM)
 - La structure des dépenses en France
- Les grands indicateurs, dynamique et comparaisons internationales
- Pourquoi les dépenses augmentent-elles ?
- La régulation
- Pourquoi le rôle de l'Etat est-il essentiel
- Actions sur l'offre
- Actions sur la demande
- Conclusions

Les dépenses de santé et leur régulation

Sujet complexe

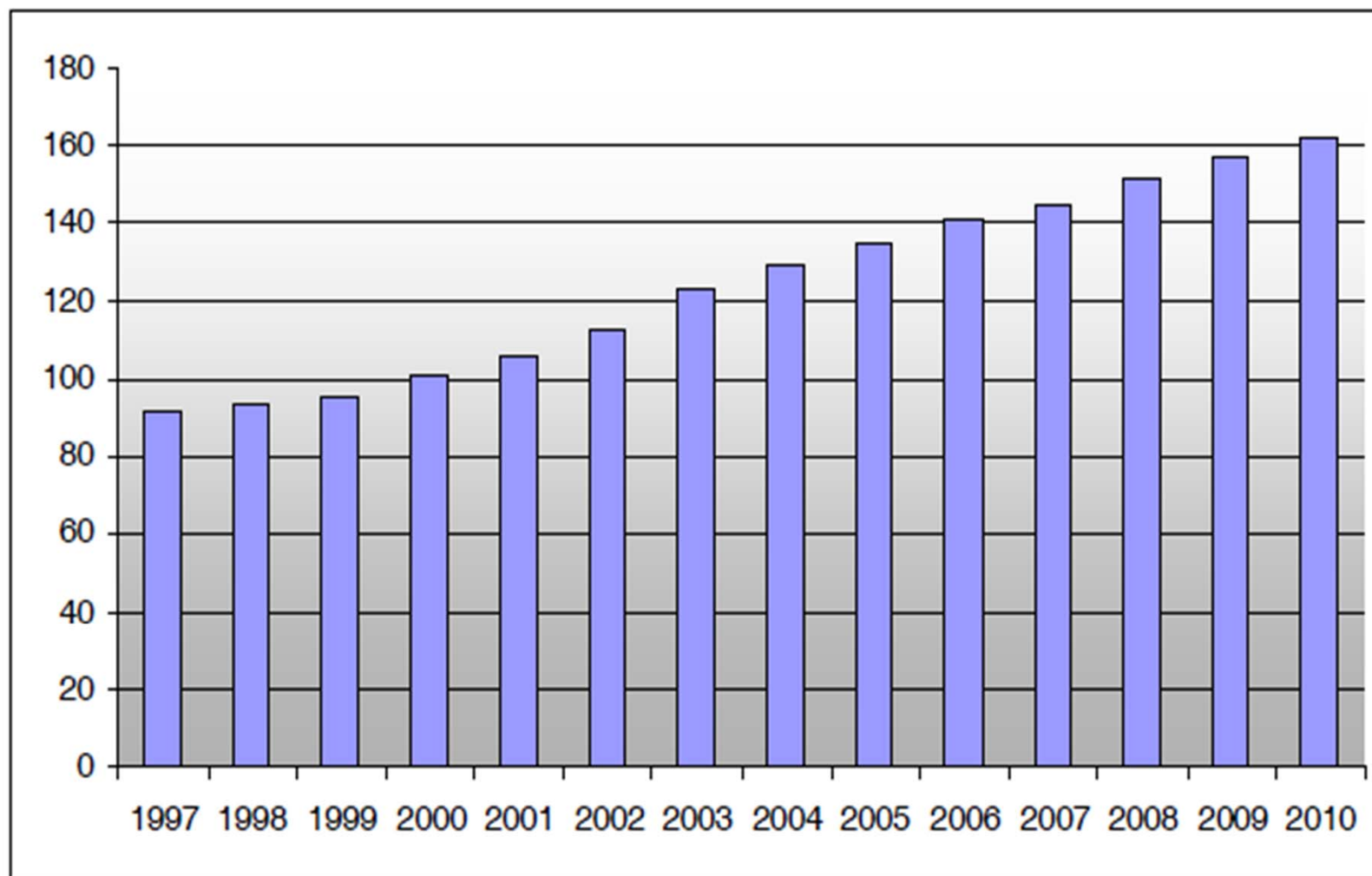
- La demande est théoriquement infinie, et pratiquement croissante théoriquement infinie si l'on s'en tient à la définition de l'OMS (1946): « état de complet bien-être physique, mental et social »
- Le financement des dépenses de santé est limité
- Compliqué encore du fait qu'une partie des dépenses est prise en charge :
 - par la collectivité, selon le principe de solidarité, on dit qu'il est socialisé
 - par les individus
- Au total une demande croissante, des ressources financières limitées, et des dépenses qui ne peuvent pas être régulées par le seul marché

L'ONDAM, en France

Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

- Deux objectifs
 - formaliser et solenniser l'objectif annuel de dépenses en cohérence avec les choix du pays en matière de finances publiques
 - constituer le cadre financier des politiques de maîtrise médicalisée et de régulation sectorielle
- Depuis 1996 (ordonnances JUPPE)
 - Fixé par le gouvernement, voté au parlement
 - Réparti régionalement au niveau des agences régionales de santé pour ce qui est des dépenses d'hospitalisation publique et privée
- Sauf en 1997, il a toujours été dépassé!
 - En moyenne de 0,70% par an
 - ONDAM 2010 : 162,4 Md€

Evolution de l'ONDAM voté depuis 1997



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Les six sous objectifs de l'ONDAM

en Md€	Construction		Taux d'évolution
	Base 2010	Sous-objectifs	
1) Dépenses de Soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
Total ONDAM Établissements de santé	69,3	71,2	2,8 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	14,1	14,9	5,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7,0	10,9 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,0	5,0 %
ONDAM TOTAL	157,6	162,4	3,0 %

Source : annexe 5 du PLFSS

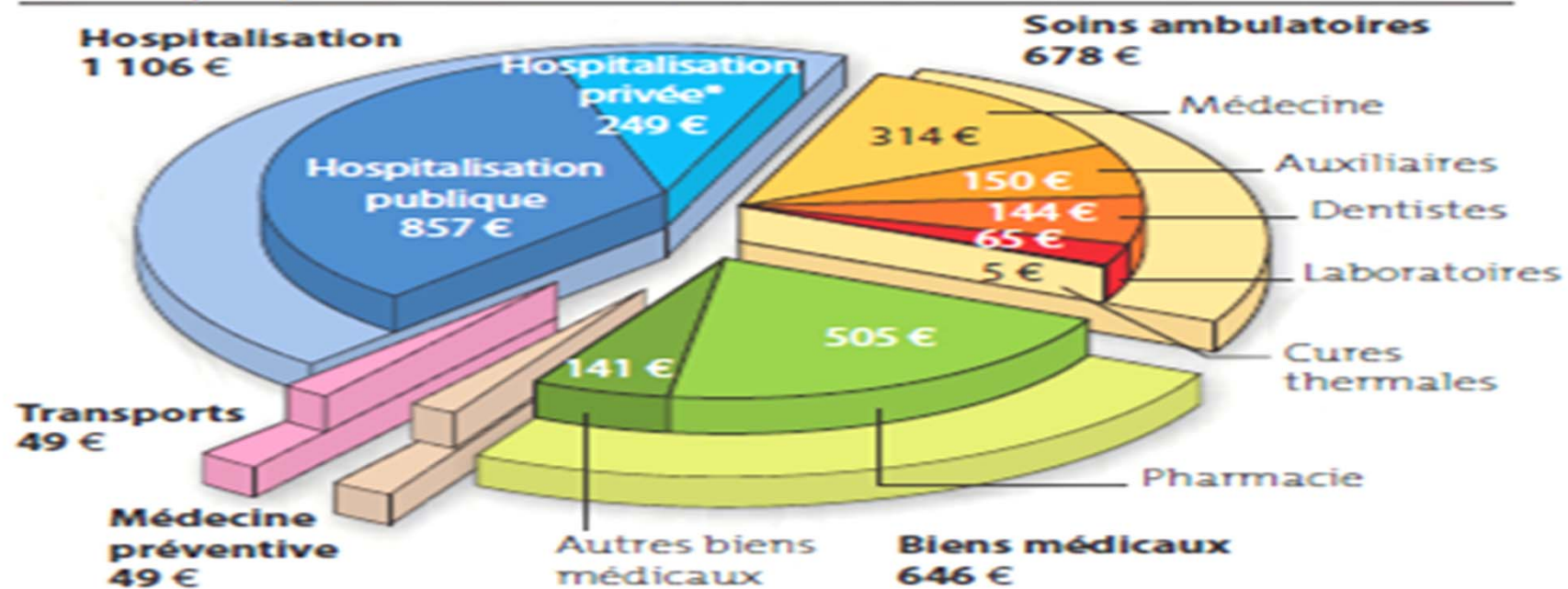
Les différentes dépenses de santé

Soins Hospitaliers	45%
•Public	78%
•Privé	19%
Soins ambulatoires	25%
•Médecins	47%
•Auxiliaires médicaux	20%
•Dentistes	20%
•Analyses	9%
•Cures thermales	3%
Médicaments	22%
Prothèses	6%
Transports	2%

Dépenses de santé

(Source Comptes nationaux de la santé, DREES, Eco-Santé France 2007)

La consommation médicale totale en 2006
Valeur par personne en euros



Consommation médicale totale	2 527
Consommation de soins et biens médicaux	2 477
Soins hospitaliers	1 106
Public	857
Privé*	249
Soins ambulatoires	678
Soins de médecins	314
Soins d'auxiliaires médicaux	150
Soins dentaires	144
Analyses laboratoires	65
Cures thermales	5
Transports de malades	49
Biens médicaux	646
Médicaments	505
Autres biens médicaux	141
Optique	68
Prothèses, orthèses, VHP	23
Petit matériel + pansements	50
Médecine préventive	49
Médecine préventive individuelle primaire	40
Médecine préventive	9

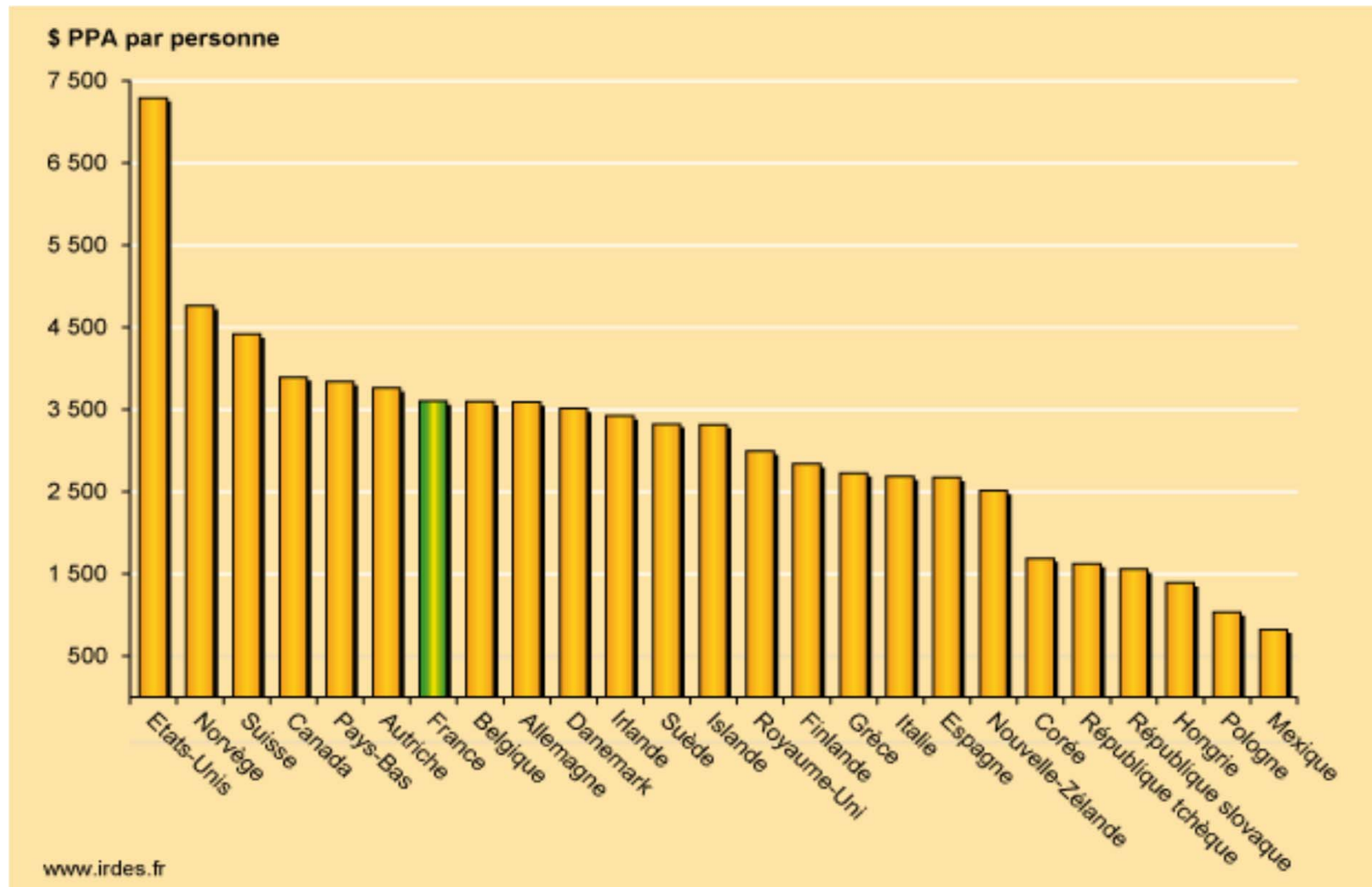
Les grands indicateurs des dépenses de santé

- Part des dépenses de santé dans le Produit intérieur Brut (PIB)
- Dépenses par individu selon les pays
- Répartition des dépenses selon les prises en charge
 - par la collectivité : dépenses socialisées : par exemple : sécurité sociale, couverture maladie universelle :
 - Par les individus (ou par les ménages)
 - Mutuelles ou assurances
 - paiement direct et assurances payées par les ménages
 - Répartition des différentes dépenses : soins de ville, hospitalisation,...

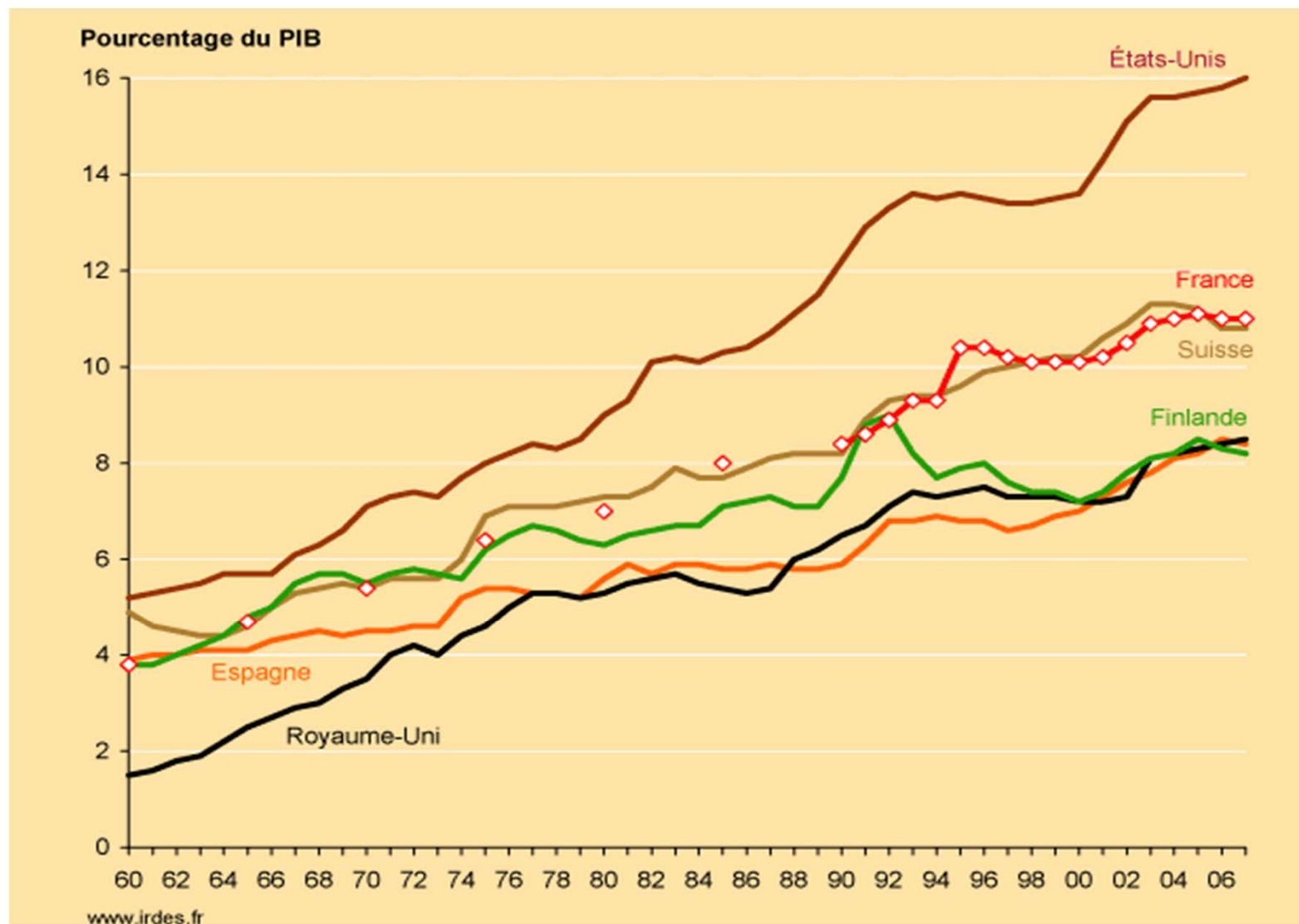
Chiffres, dynamique et comparaisons internationales

- Croissent depuis 50 ans plus rapidement que le PIB, même si stabilisation ces dernières années
- De 5,5 % du PIB en France en 1970, à 11,6 % en 2009
- Moins que les US (16%), mais parmi les plus élevés en Europe
- Part importante des dépenses pour la santé, à caractère public, en France
- Participation des ménages en France : de 30% en 1950, à 12% en 1980, 15% en 2005, probablement de l'ordre de 20% aujourd'hui

Dépenses de santé par personne selon les pays, la France au 7^{ème} rang

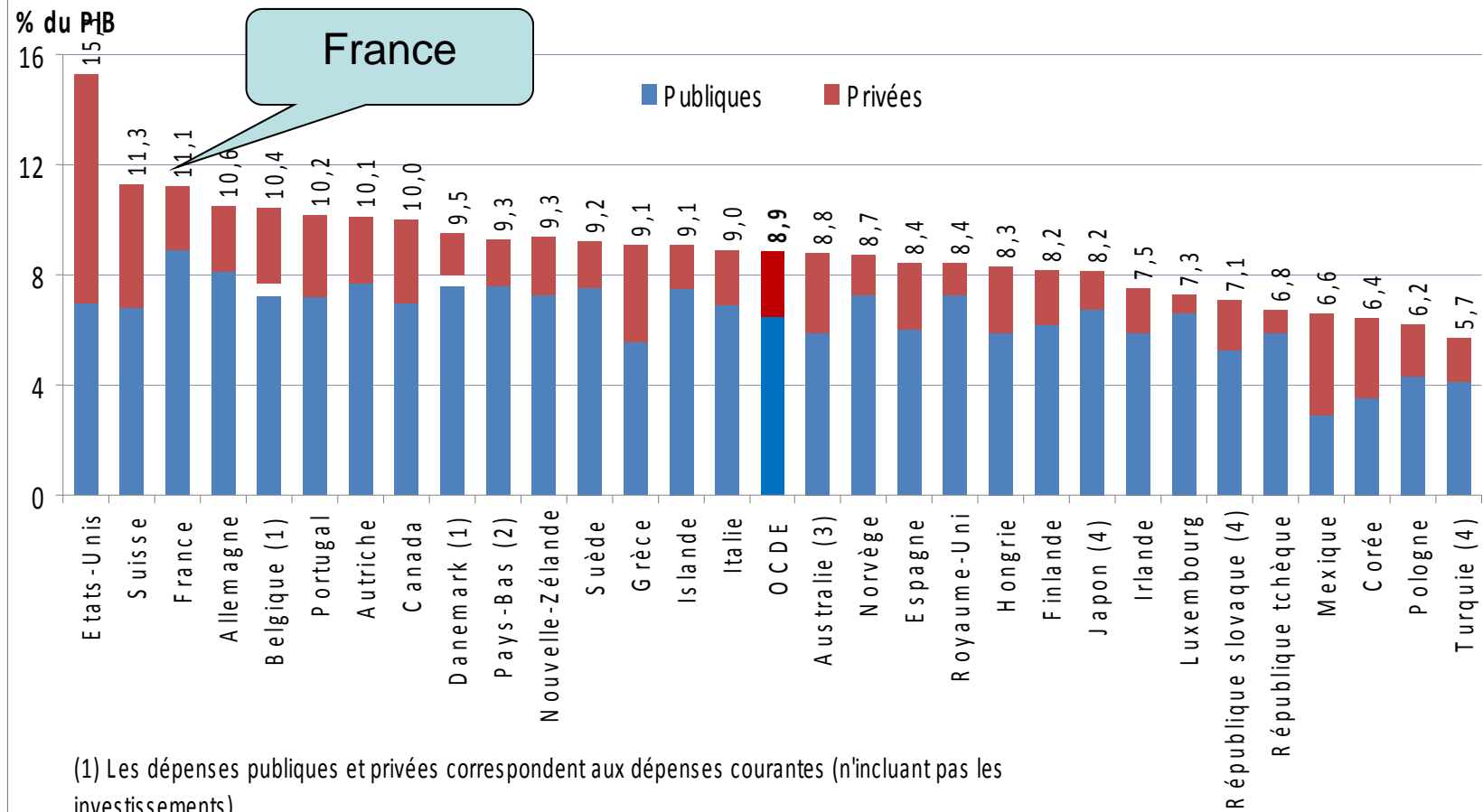


Croissance des dépenses de santé et PIB



Comparaisons internationales

Graphique 2: Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006



(1) Les dépenses publiques et privées correspondent aux dépenses courantes (n'incluant pas les investissements).

(2) Dépenses courantes.

(3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

Pourquoi les dépenses de santé augmentent-elles ?

- Allongement de la durée de vie et vieillissement de la population
 - Amélioration de l'état de santé de la population
 - Sélection de pathologies à forte morbidité et à fort coût induit
- Un intérêt majeur et croissant du public pour sa santé,
 - Développement de l'éducation sanitaire,
 - Importance de la sensibilisation individuelle et collective pour les problèmes de santé,
 - Importance fondamentale des medias,
 - La consommation médicale augmente avec les revenus
- La protection sociale et les assurances complémentaires

La régulation - généralités

- Très faible capacité d'autorégulation
- Tendance générale au contrôle coercitif par l'État, renforcé encore par la part de dépenses publiques, et le principe de solidarité
- Tentatives pour introduire une régulation par des incitations auprès des acteurs : Etablissements de santé, professionnels, patients
- Nécessite des systèmes d'information justes et reconnus

L'Etat est légitime pour intervenir car les marchés sont inefficaces (1)

- **Les externalités négatives** : par exemple, une maladie contagieuse a une incidence sur le bien être de la collectivité ; l'intervention de l'Etat porte sur des règles légales qu'il est seul en mesure de prendre et qui visent à les limiter : vaccination, mesures de prévention, autrefois quarantaine...
- **L'Etat est le seul en mesure de prendre les règles légales et qui visent à limiter ces externalités négatives**
- **La préférence pour le présent** : chaque citoyen dispose par l'assurance d'un moyen aisé de se couvrir, s'il le souhaite, contre le risque de la maladie. Néanmoins, les plus pauvres peuvent minimiser le risque de maladie et se trouver fort dépourvus lorsqu'elle arrive. L'Etat instaure donc une obligation d'assurance

L'Etat est légitime pour intervenir car les marchés sont inefficaces (2)

- **Les méfaits de la concurrence et la sélection adverse**
 - La liberté d'assurance va pousser les assureurs à sélectionner les clients à bas risques ou à faire payer en fonction du risque, (examens médicaux pour évaluer le risque)
 - Seule une assurance pour tous à des conditions de prime et de couverture indépendantes de l'état de santé peut assurer le traitement équitable des assurés et empêcher l'éviction d'une partie de la population
- **L'aléa moral** : c'est le fait qu'un individu assuré a moins tendance à éviter le sinistre et a tendance à surconsommer ; d'où les dispositifs visant à lui faire porter une partie (petite mais suffisante pour modifier son comportement) des dépenses
- **La redistribution** : l'état de santé baisse avec le revenu ; on peut corriger cette situation en faisant davantage payer « les riches », et en limitant le paiement des « pauvres » ; en France, des dispositifs tels la couverture maladie universelle, ou la remontée du plafond de la sécurité sociale sont des exemples d'application

Les modalités d'intervention de l'Etat

- Elles portent d'abord sur l'offre de soins
 - Volume de l'offre
 - Numerus clausus
 - Autorisations, pour les lits hospitaliers, pour des interventions lourdes ou hautement spécialisées, autorisation d'installation pour les pharmacies
 - Les tarifs ou la fixation centralisée des prix
 - Consultation (conventions nationales), Médicaments, Actes,
 - Tarifs à la pathologie pour les établissements de santé
 - L'amélioration de la performance
 - Evaluation des performances
 - Accréditation pour les hôpitaux publics

Les modalités d'intervention de l'Etat

- L'organisation d'une concurrence
 - Public / privé
 - La tarification joue un rôle dans cette concurrence
- La régulation de la médecine ambulatoire
 - Organisation du parcours du patient : médecin référent, passage obligé par un médecin généraliste sur la liste duquel ils doivent être inscrits, lutte contre le nomadisme médical
 - Contractualisation avec les praticiens pour l'atteinte d'objectifs, accompagnés d'incitations financières

Les modalités de l'intervention de l'Etat sur la demande

- Freins à la consommation : ticket modérateur, forfait hospitalier, incitation des complémentaires à laisser une petite partie à la charge de l'assuré pour le responsabiliser
- Investissement dans la prévention : vaccins, dépistage, éducation sanitaire, lutte contre les toxicomanies (alcool, tabac, drogues), sécurité routière
- Lutte contre les abus : parcours de soins institué par la loi en 2004, contrôles par l'assurance maladie

Conclusions

- La régulation des dépenses de santé est fondamentalement une régulation de l'offre
- Elle peut se heurter à l'insatisfaction des individus - patients et professionnels - engagés quotidiennement dans les activités de santé
- Elle doit s'accompagner des mesures visant à rendre les plus efficaces possible les ressources affectées à la prise en charge des besoins de santé
- La France est l'un des pays où l'on dépense le plus pour la santé, avec un bon niveau de protection de l'ensemble de la population, et une recherche de l'équité

Mentions légales

L'ensemble de cette œuvre relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle, littéraire et artistique ou toute autre loi applicable.

Tous les droits de reproduction, adaptation, transformation, transcription ou traduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Cette œuvre est interdite à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées à l'université Joseph Fourier (UJF) Grenoble 1 et ses affiliés.

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits à l'Université Joseph Fourier (UJF) Grenoble 1, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.