

*UE7 - Santé Société Humanité*

# Chapitre 2 : **Dépenses de santé et régulation**

Professeur Georges WEIL

# 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

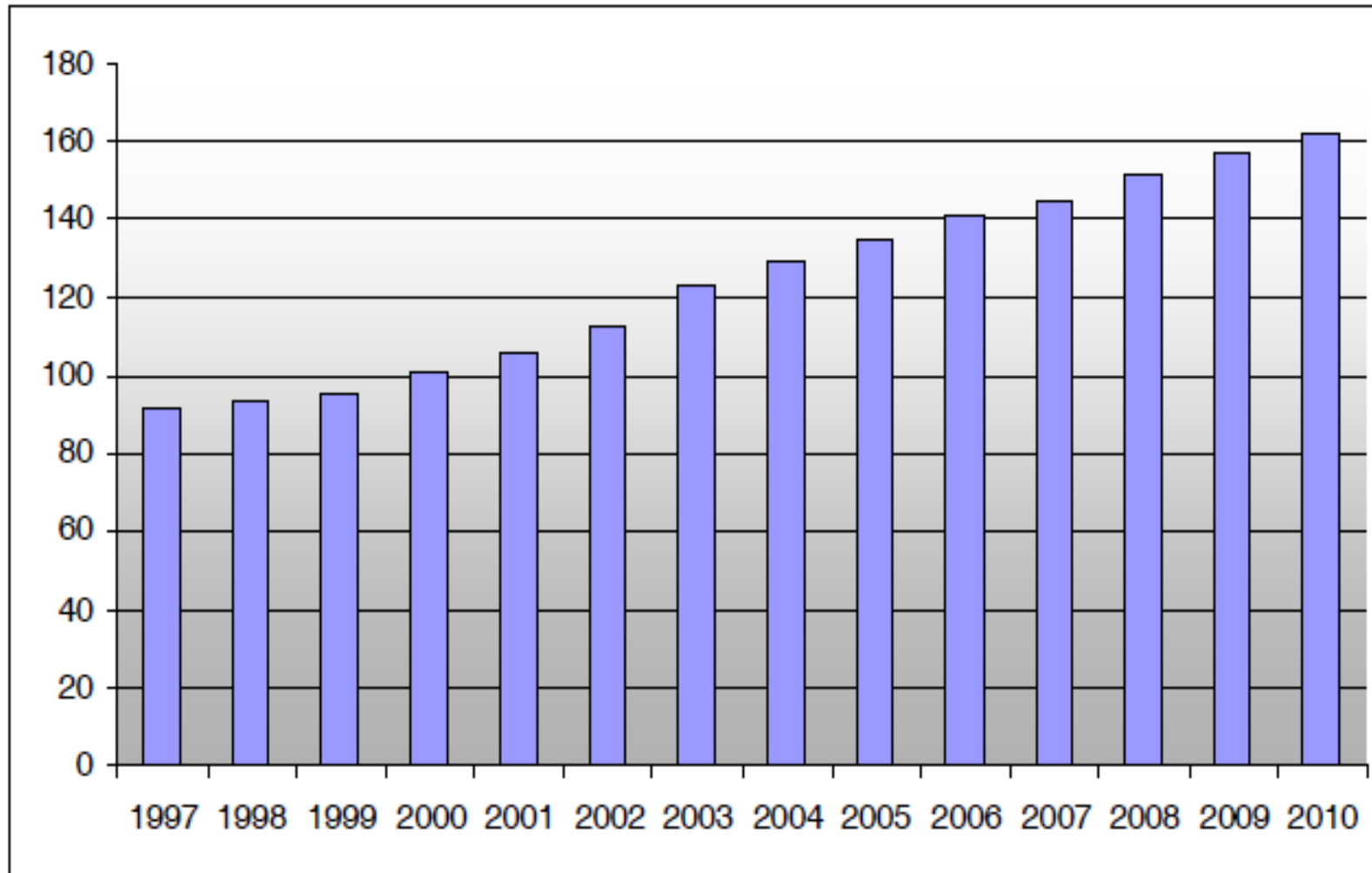
- La demande est théoriquement infinie, et pratiquement croissante  
théoriquement infinie si l'on s'en tient à la définition de l'OMS (1946): « état de complet bien-être physique, mental et social »
- Le financement des dépenses de santé est limité
- Complicé encore du fait qu'une partie des dépenses 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 %
<b>Total ONDAM Établissements de santé</b>	<b>69,3</b>	<b>71,2</b>	<b>2,8 %</b>
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 %
<b>Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux</b>	<b>14,1</b>	<b>14,9</b>	<b>5,8 %</b>
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 %
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>157,6</b>	<b>162,4</b>	<b>3,0 %</b>

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%

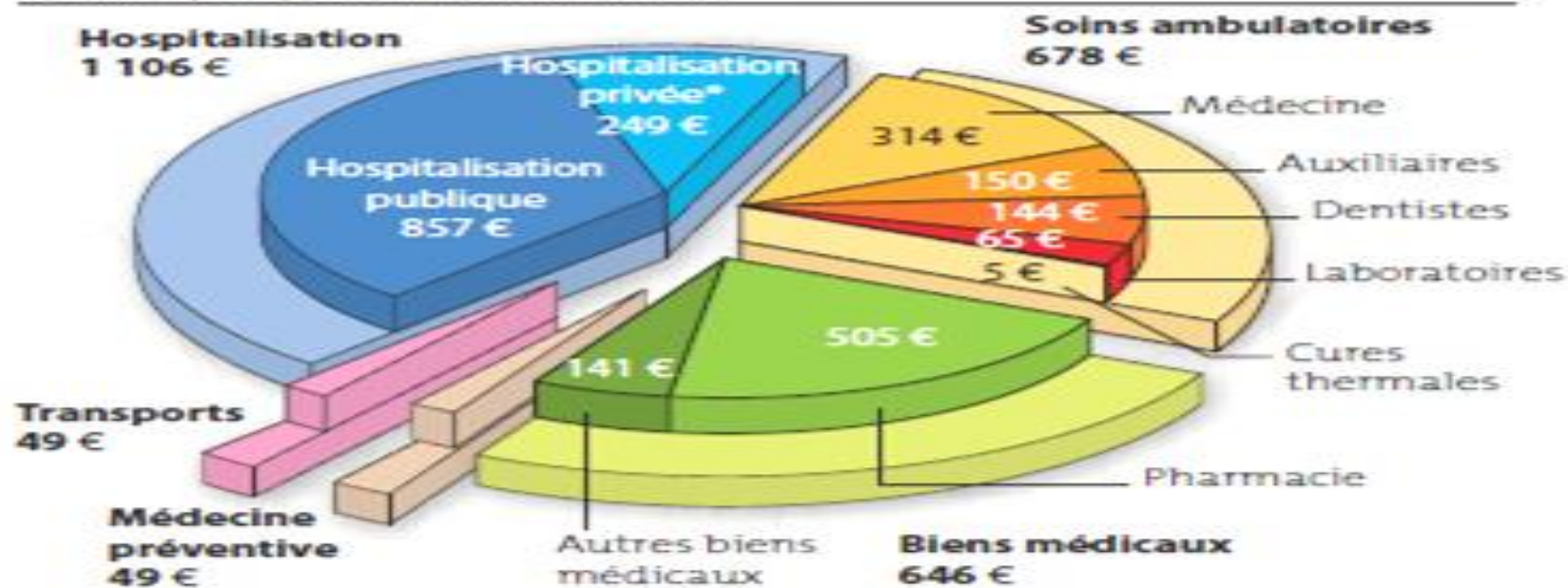


# Dépenses de santé

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

## La consommation médicale totale en 2006

Valeur par personne en euros



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



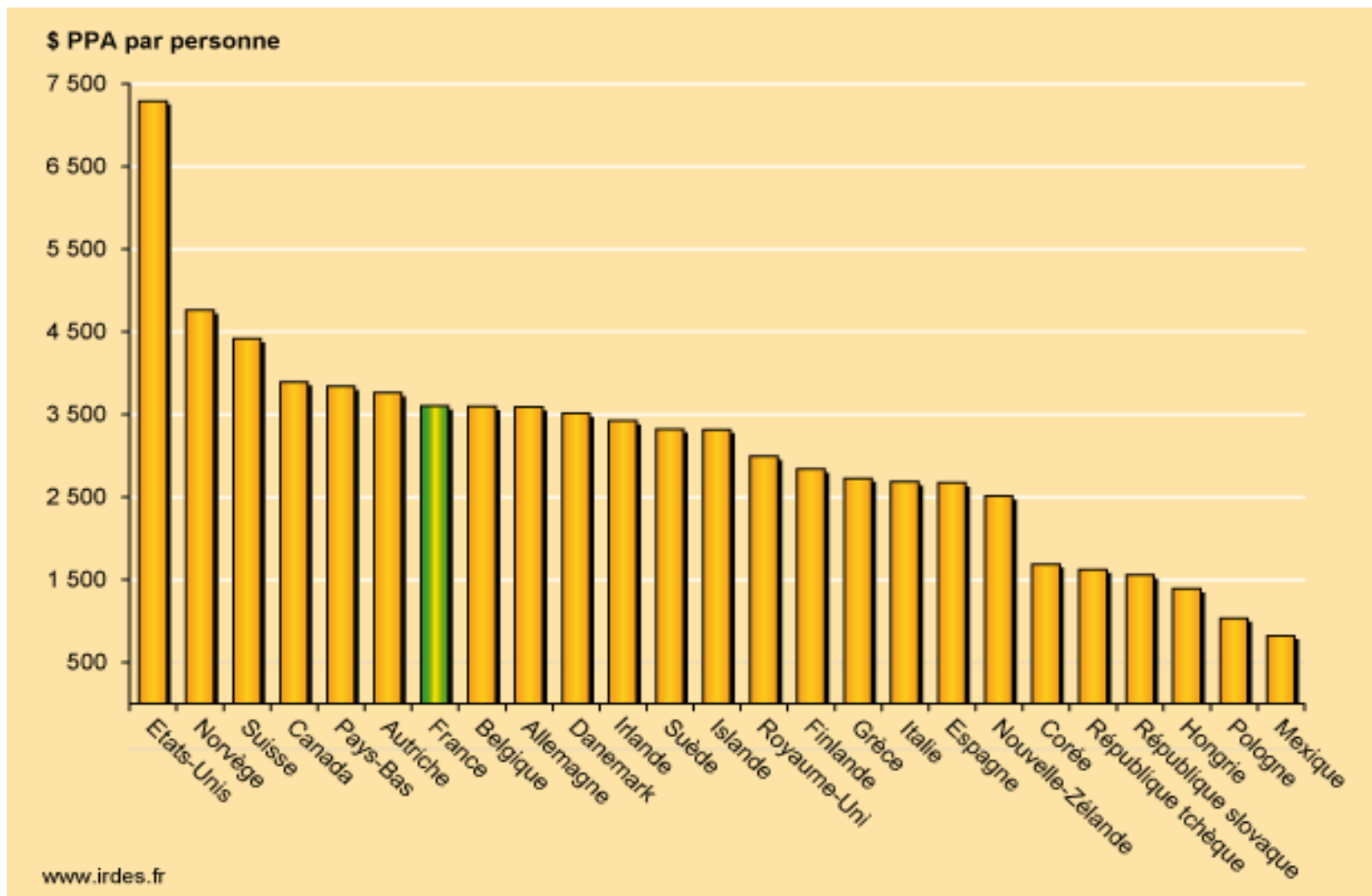
# Les grands indicateurs des dépenses de santé

- 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,...

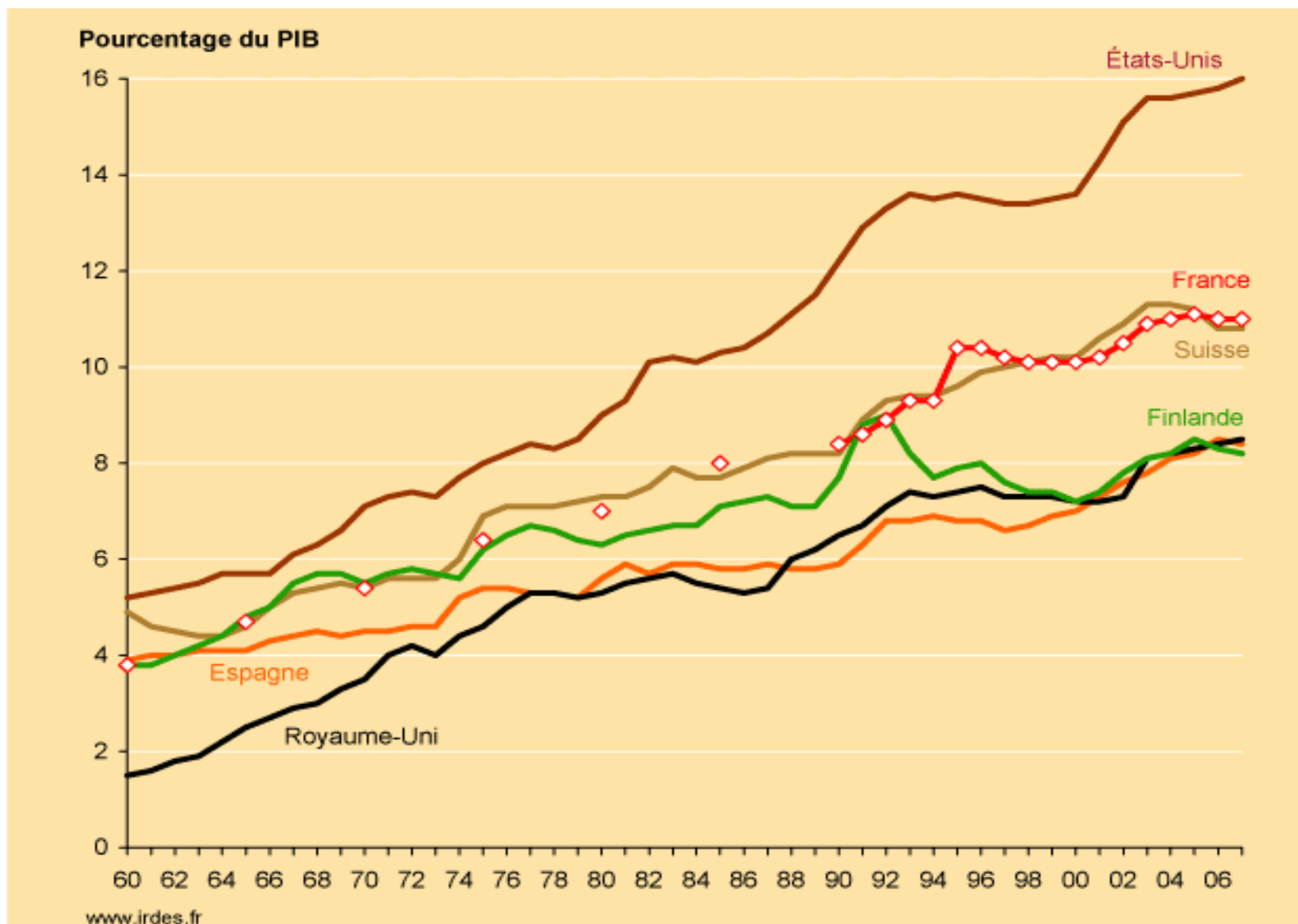
# Chiffres, dynamique et comparaisons internationales

- 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<sup>ème</sup> rang

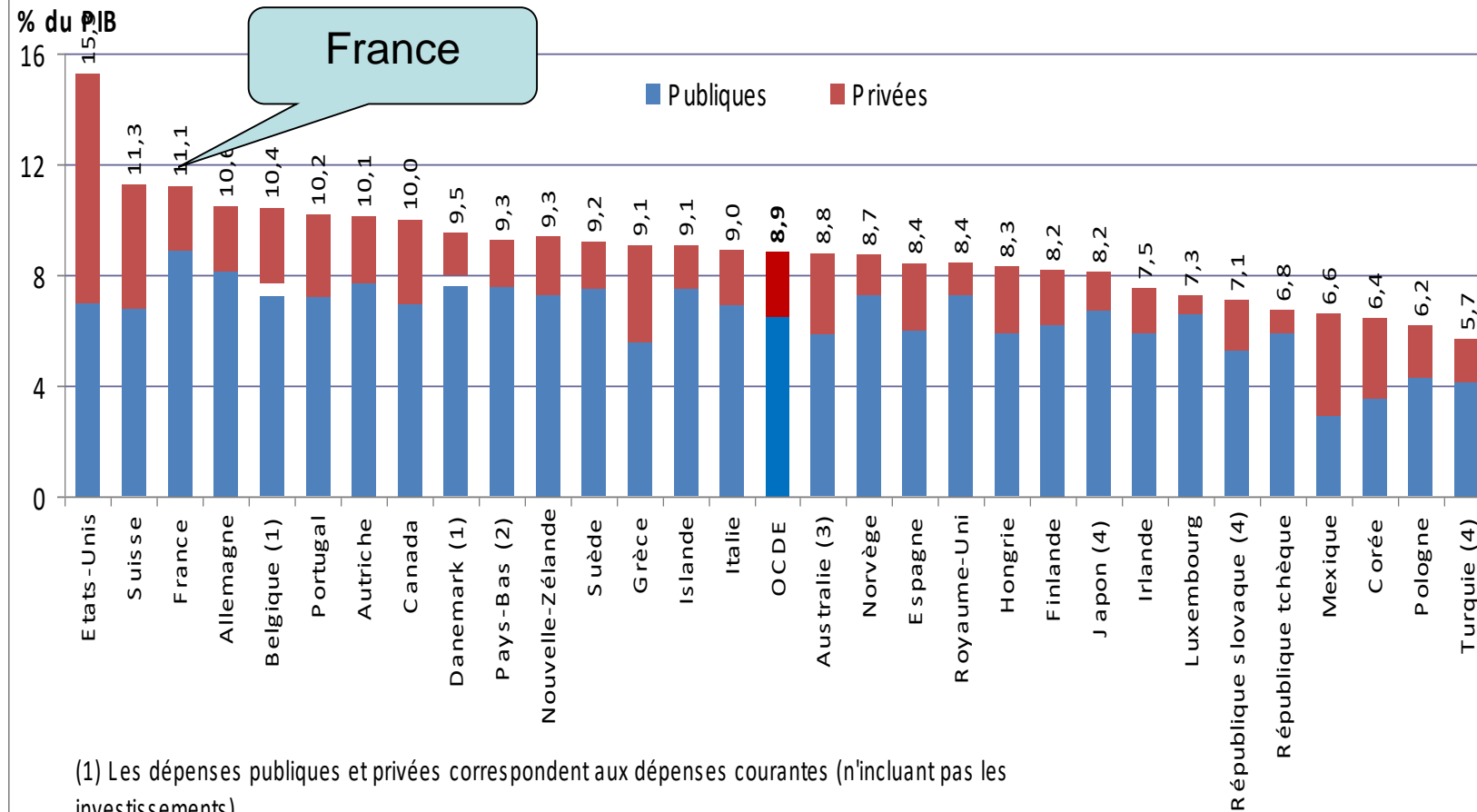


# Croissance des dépenses de santé et PIB



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

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

# 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 ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit 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 Grenoble Alpes (UGA).

L'utilisation de ce document est strictement réservée à l'usage privé des étudiants inscrits en Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) à l'Université Grenoble Alpes, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.