

Combien coûte la santé ?

Tableaux et graphiques empruntés à D. Polton (Credes 2002)

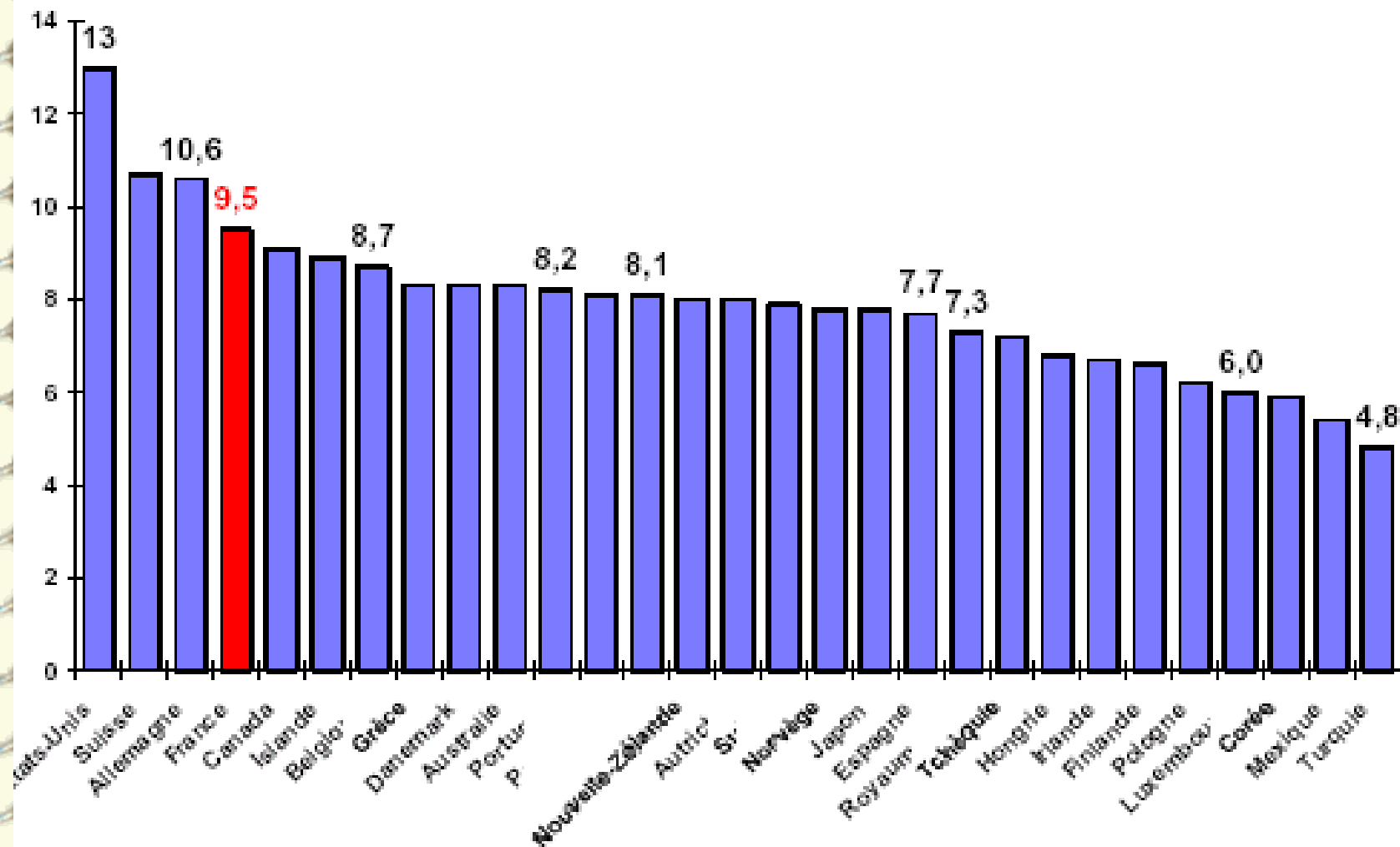
V. Halley des Fontaines Psychomotric

✓ Plus un pays est riche, plus il dépense pour la santé de la population

en corollaire :

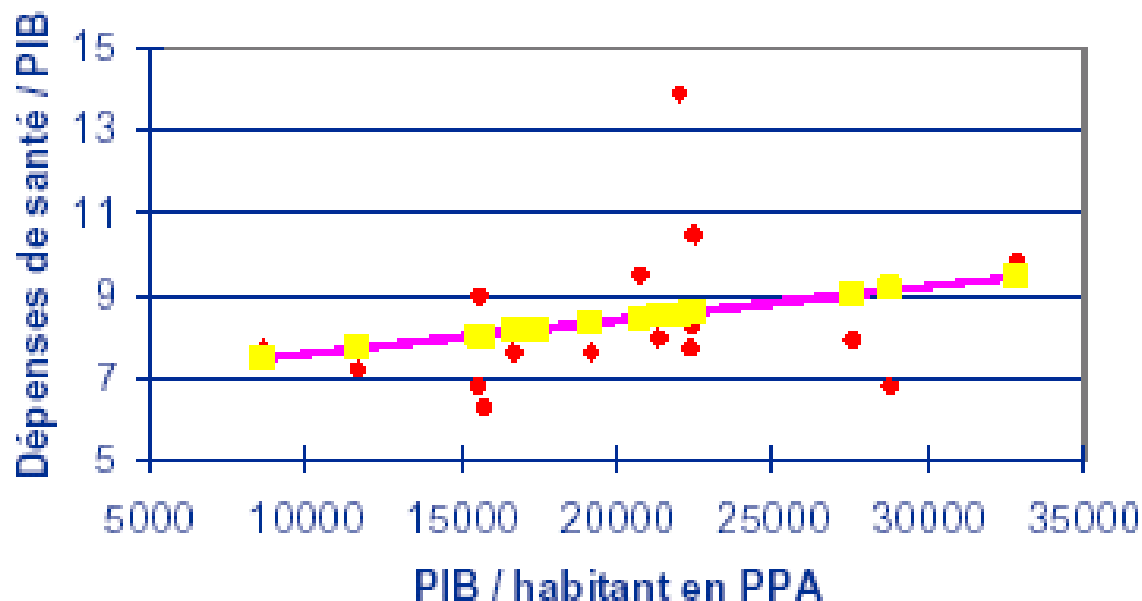
✓ dépenser pour la santé n'est pas une priorité dans les pays pauvres

Part des dépenses de santé dans le PIB, OCDE 2000



Une corrélation entre richesse par tête et consommation médicale en comparaisons internationales

PIB / habitant et dépenses de santé / PIB

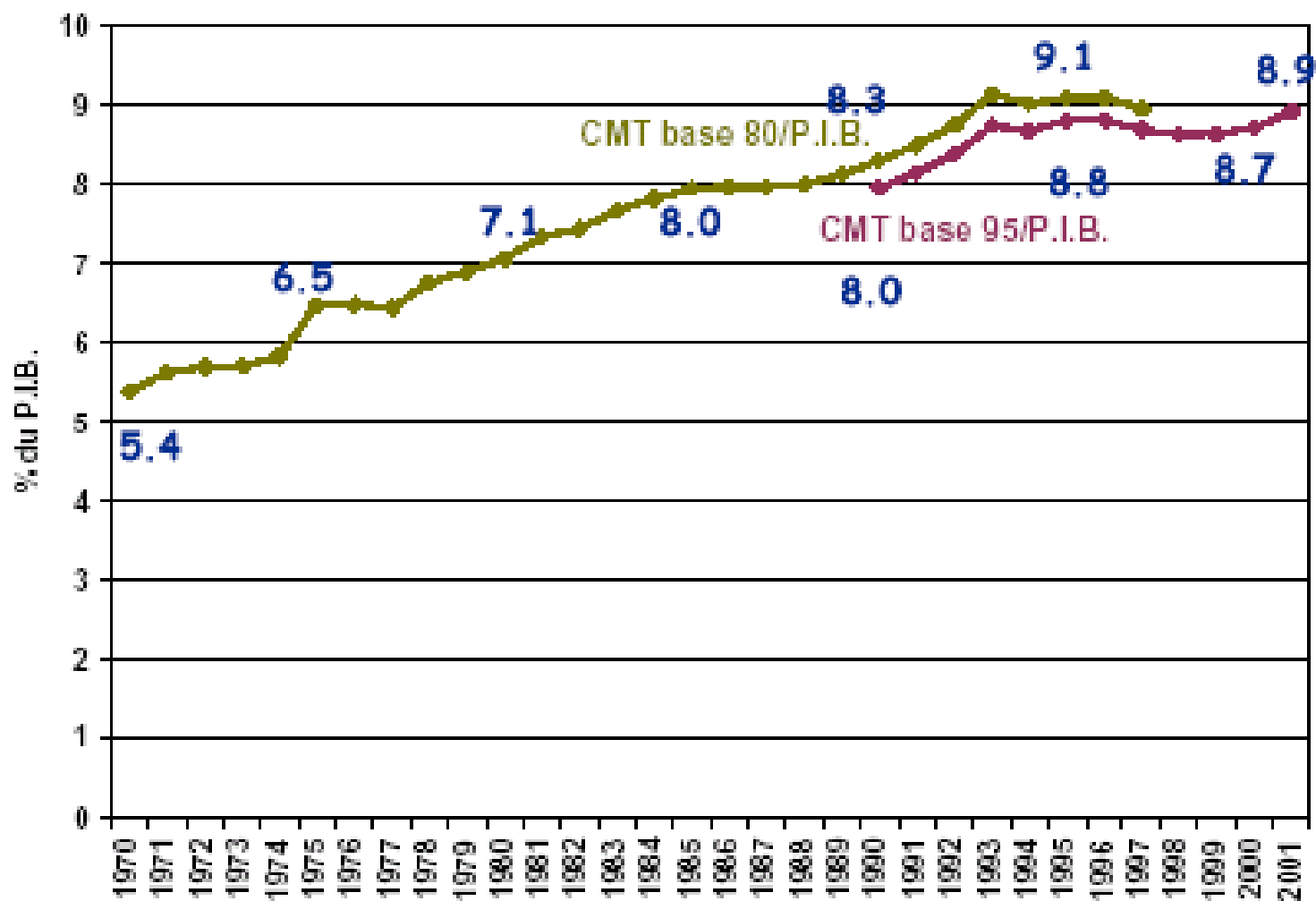


source eco-santé OCDE - Données 1996

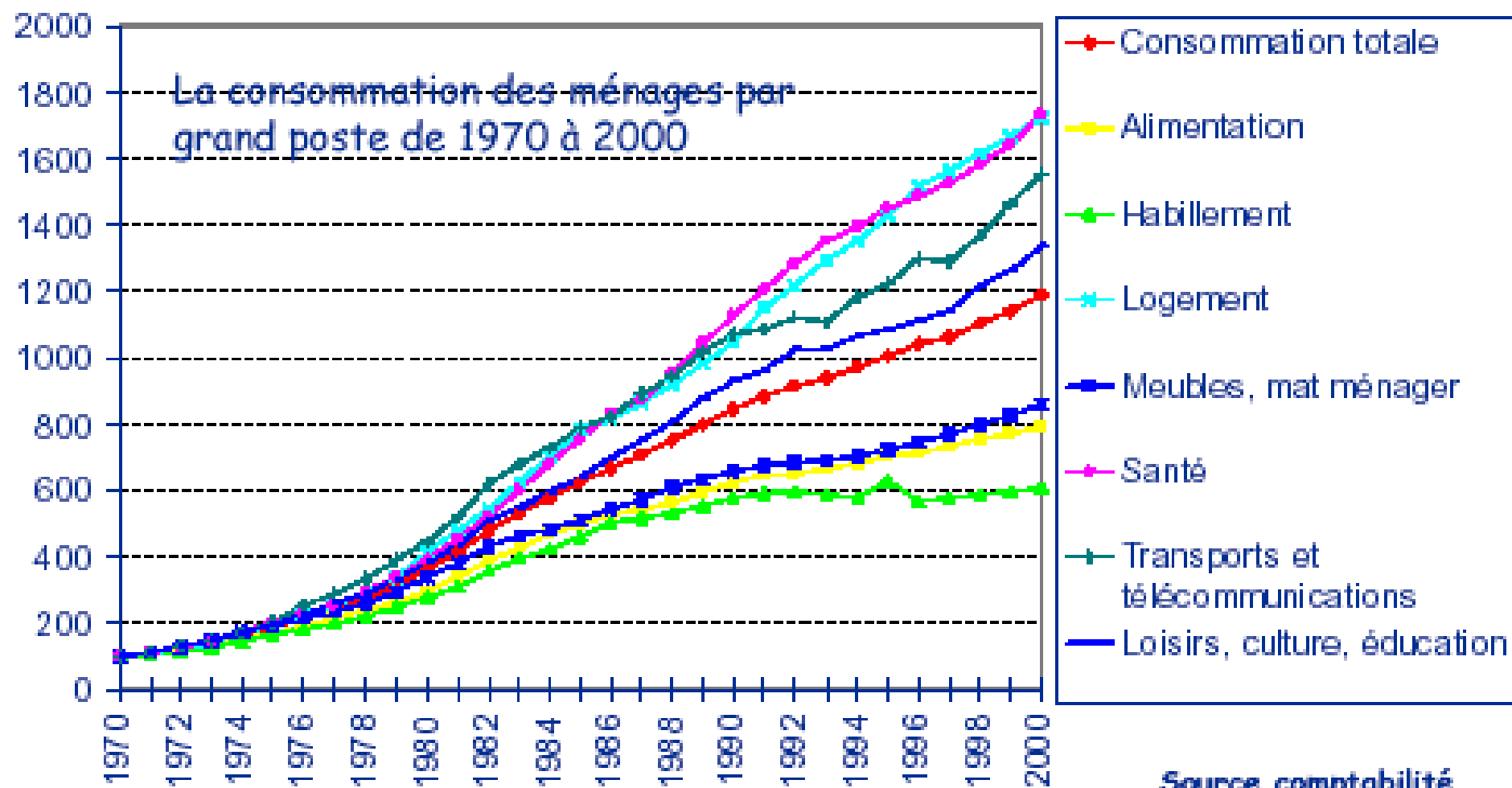
Compter les dépenses de santé sont-elles comptabilisées ?

Ou les comptes de la santé à l'échelon national

Part de la consommation médicale totale dans le PIB

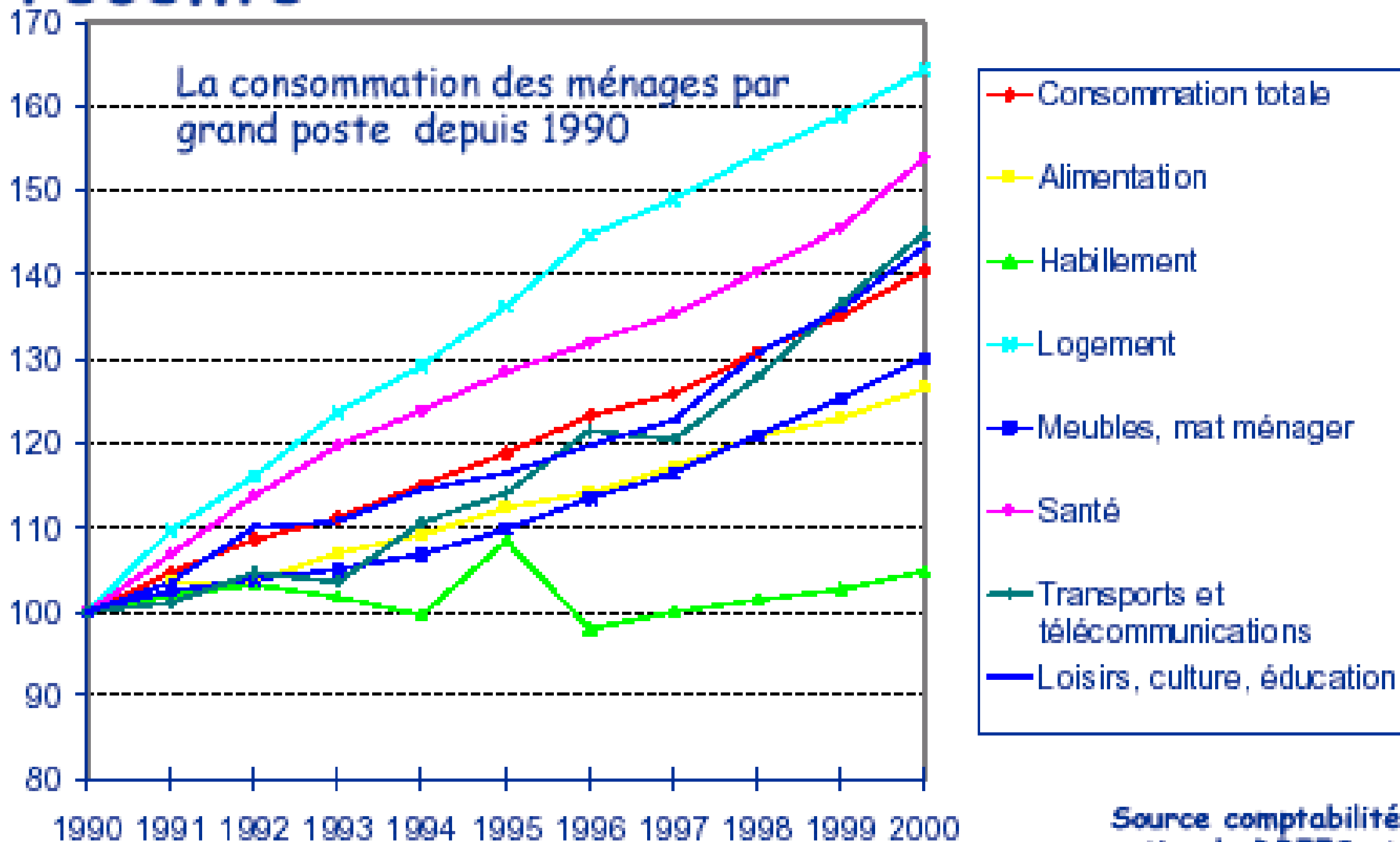


Les types de consommations évoluent différemment



Source comptabilité nationale DREES et INSEE

Mêmes tendances sur la période récente



Source comptabilité nationale DREES et INSEE

Les Comptes de la santé

- ✓ Un système comptable macroéconomique (échelon national) qui présente des « agrégats » qui ne disent rien de la structure des dépenses
- ✓ Tandis que le budget (prévisionnel) est voté chaque année à l'Assemblée Nationale (dans le cadre de la Loi de finances (tous budgets confondus) et de la loi de financement de la sécurité sociale (budget spécifique maladie, retraites)

2. Structure et financement de la consommation médicale

Dépense courante de santé = 148 MD€

Consommation médicale totale = 131 MD€

IJ, prévention collective, subventions, recherche, enseignement et gestion

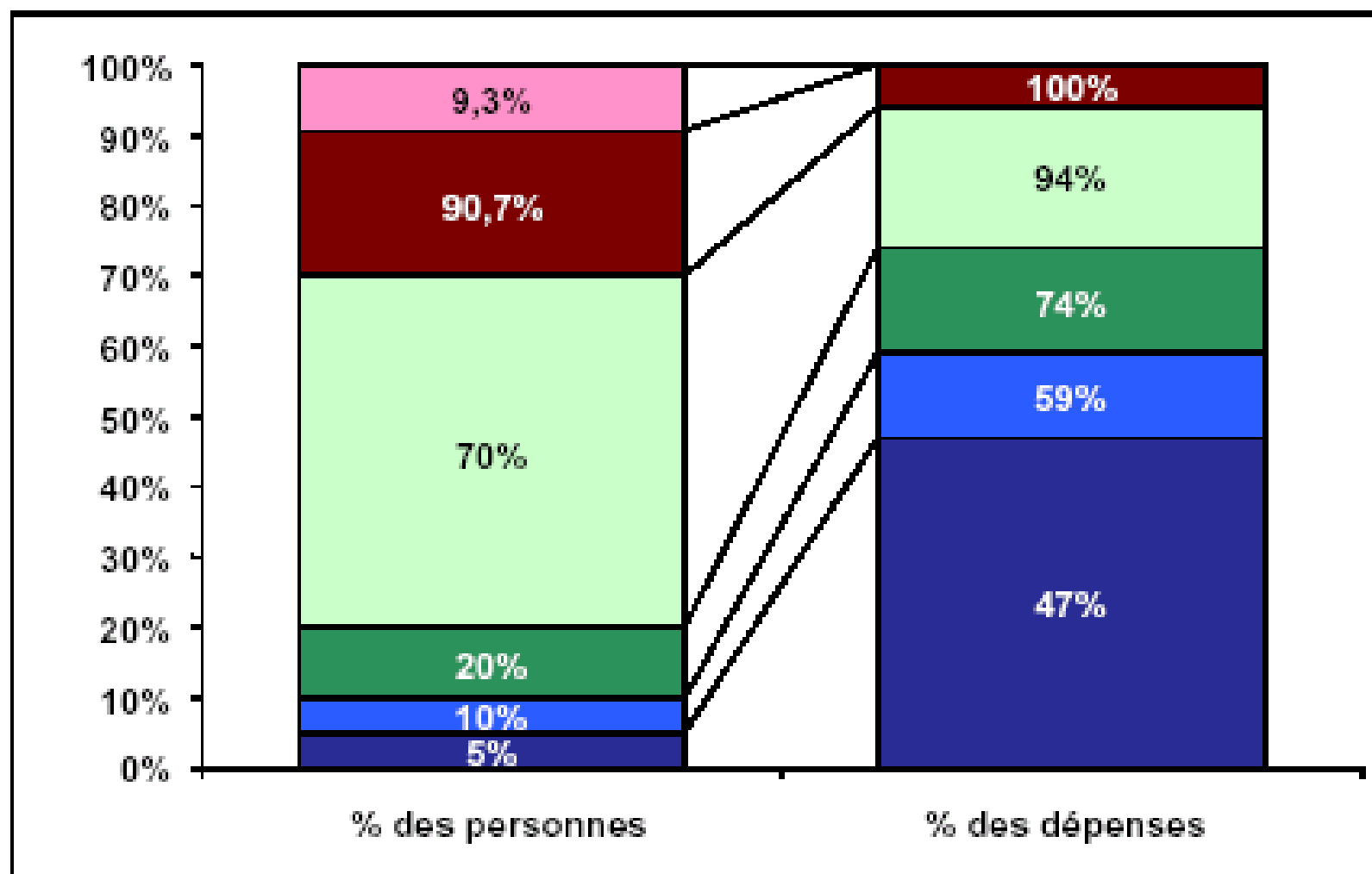
Soins et biens médicaux 128 MD€

Médecine préventive 3 MD€

2000

Source comptes de la santé - DREES

Concentration des dépenses pour l'ensemble des soins médicaux



Concentration des dépenses médicales

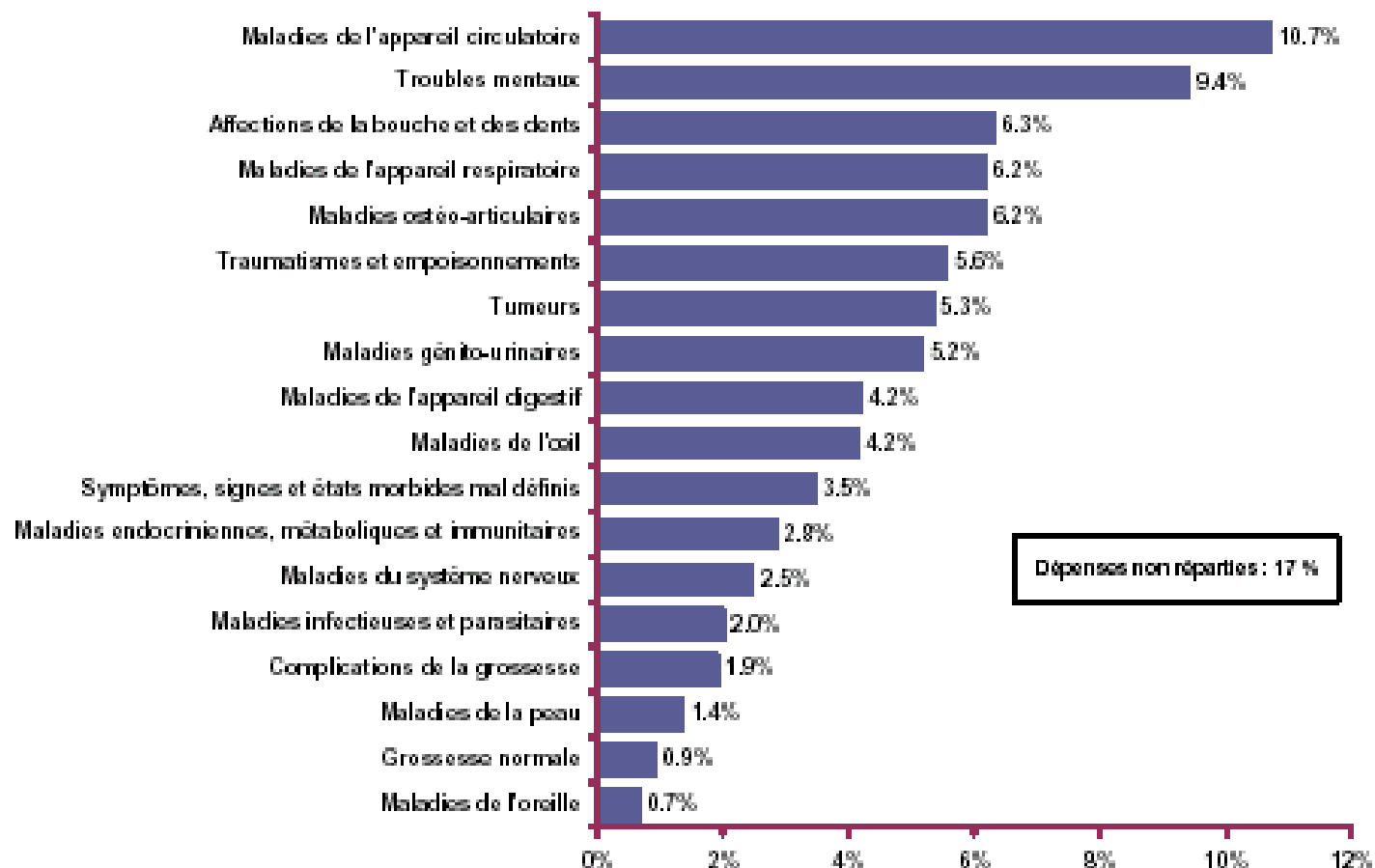
10 % des personnes réalisent :

- **59 % de l'ensemble des dépenses**
 - 97% des dépenses de soins hospitaliers
 - 43% des dépenses de soins ambulatoires
- 91 % des dépenses d'optique médicale
- 89% des dépenses d'auxiliaires
- 80% des dépenses de dentiste
- 62% des dépenses de biologie médicale
- 55% des dépenses de spécialistes
- 50% des dépenses de pharmacie
- 38% des dépenses de généraliste

des pathologies qui coûtent plus chères
parce que


- ✓ plus fréquentes (maladies cardiovasculaires, cancers)
 - ✓ moins tolérées (appareils dentaires !!!)
- ou pour lesquelles on dispose
- ✓ de traitements innovants plus coûteux (Sida)

Répartition par grandes catégories diagnostiques



Vu par secteur :

- Les dépenses hospitalières sont dominées par les troubles mentaux (15.5% de la dépense hospitalière)
- Les dépenses de soins ambulatoires sont dominées par les affections de la bouche et des dents (2.3%des dépenses),
- Les dépenses de médicaments sont dominées par les maladies cardiovasculaires (17%)



Le « consommateur » de soins a un profil différent selon :

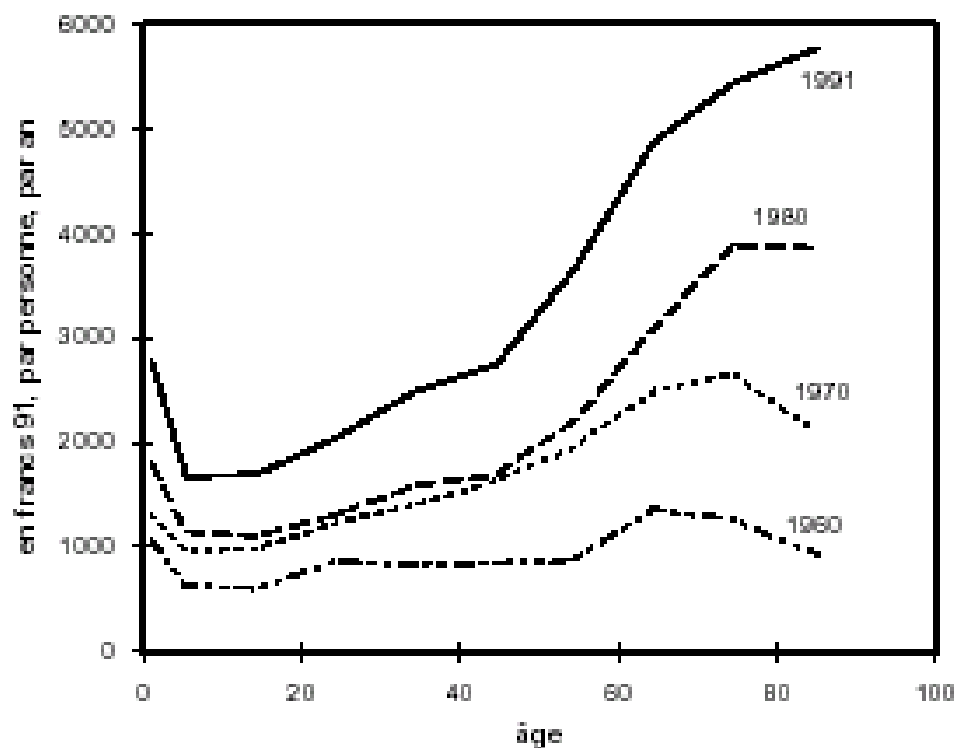
- ✓ son sexe
- ✓ son âge
- ✓ son instruction
- ✓ sa fortune...

Les effets de génération

- comportements propres à chaque génération (niveau de vie, niveau d'instruction, milieu social, protection sociale, degré d'urbanisation, hygiène de vie)
- Pour certains cet effet, important dans les années 60 et 70 ralentit entre 1990 et 2010
 - de 1970 à 1990, la consommation des personnes âgées a progressé plus vite que celle des jeunes adultes : les personnes âgées ont rattrapé leur retard

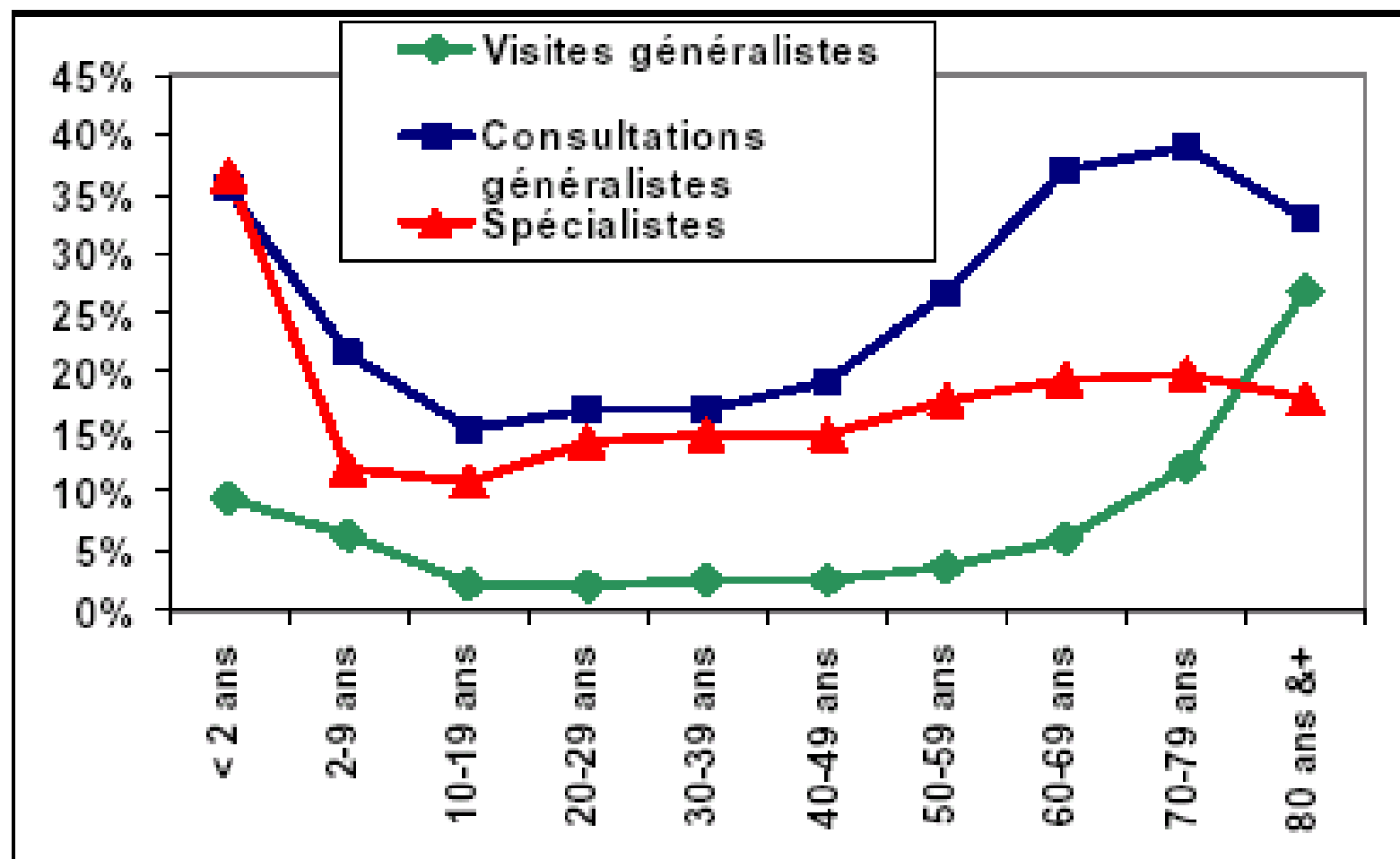
Effets d'âge et de génération

Illustration de l'effet génération pour le recours aux soins

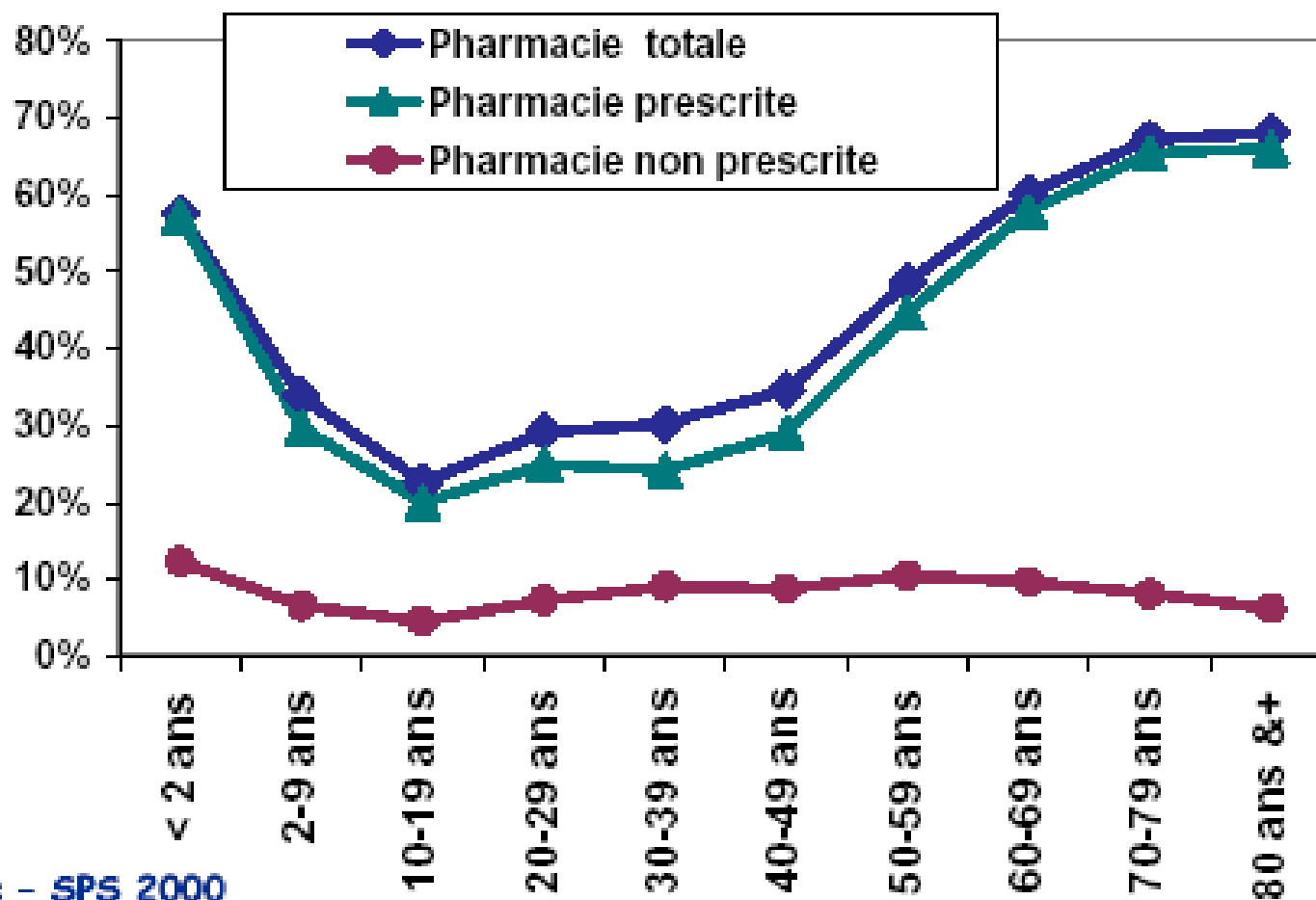


Source enquêtes décennales 1960, 1970, 1980, 1991 - exploitation CREDES

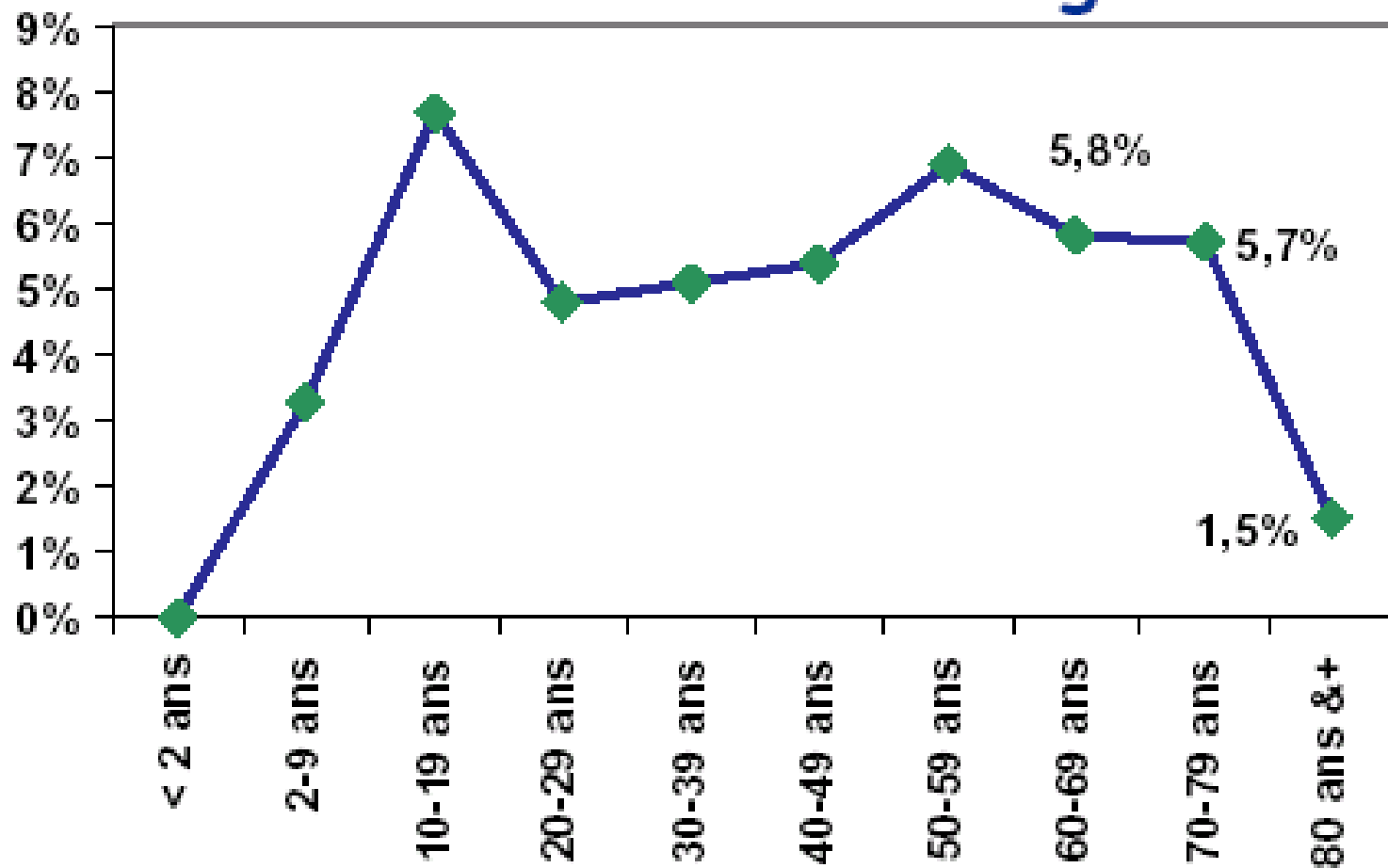
Taux de consommateurs de soins de médecins selon l'âge



Taux de consommateurs de pharmacie selon l'âge



Taux de consommateurs de soins de dentistes selon l'âge



CreDES - SPS 2000

Les modalités de soins ont un effet sur leur coût :

- ✓ automédication
- ✓ consultation en médecine générale (soins ambulatoires)
- ✓ consultations spécialisées (en médecine privée ou en secteur privé)
- ✓ dans une structure plus ou moins lourde (dispensaire ou CHU)



Les inégalités sociales se retrouvent :

- ✓ dans les modalités de recours aux services de santé
- ✓ dans les modalités de gestion de sa santé

Qui paie pour la santé ?

✓ Vous, nous (les ménages : automédication, taxes, cotisations sociales, assurances)

et en termes de redistribution :

✓ Etat (décentralisé...)

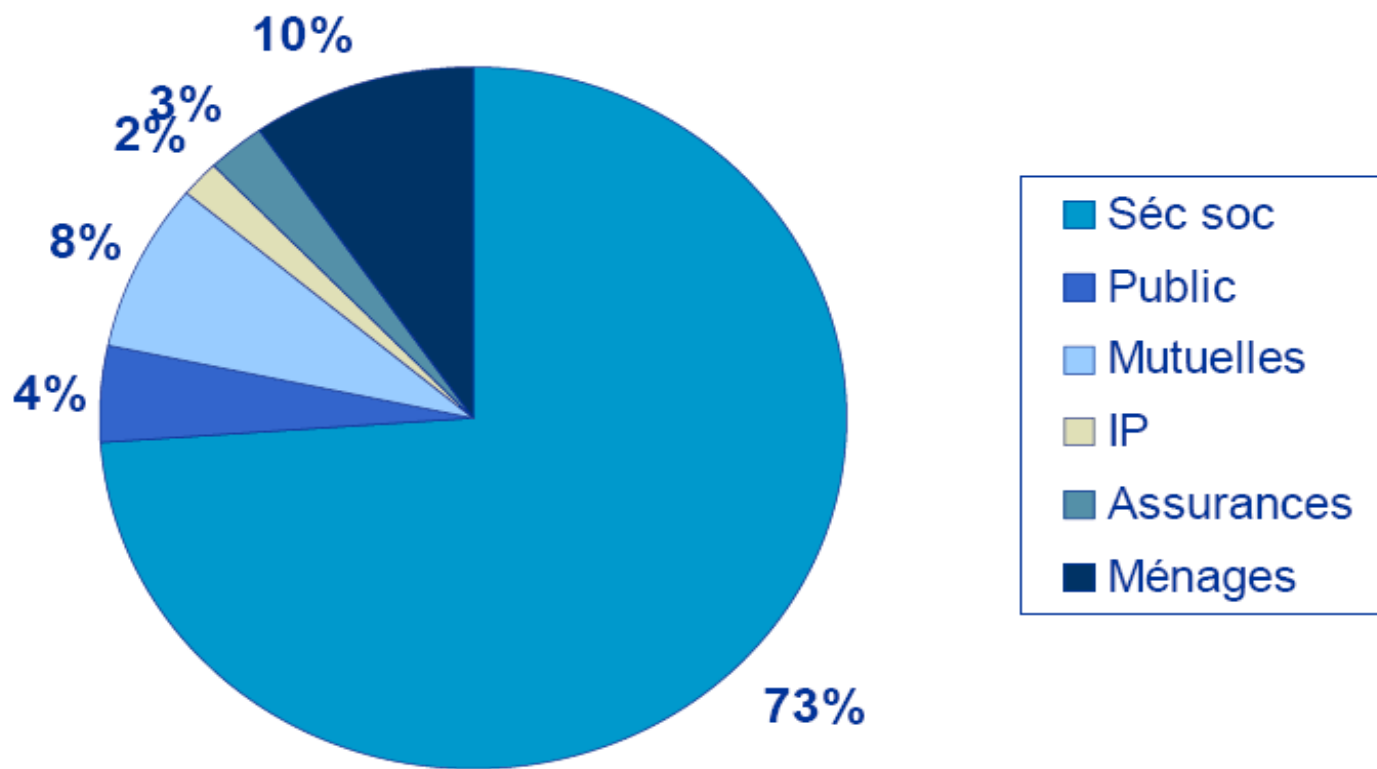
✓ Sécurité sociale

✓ Mutuelles

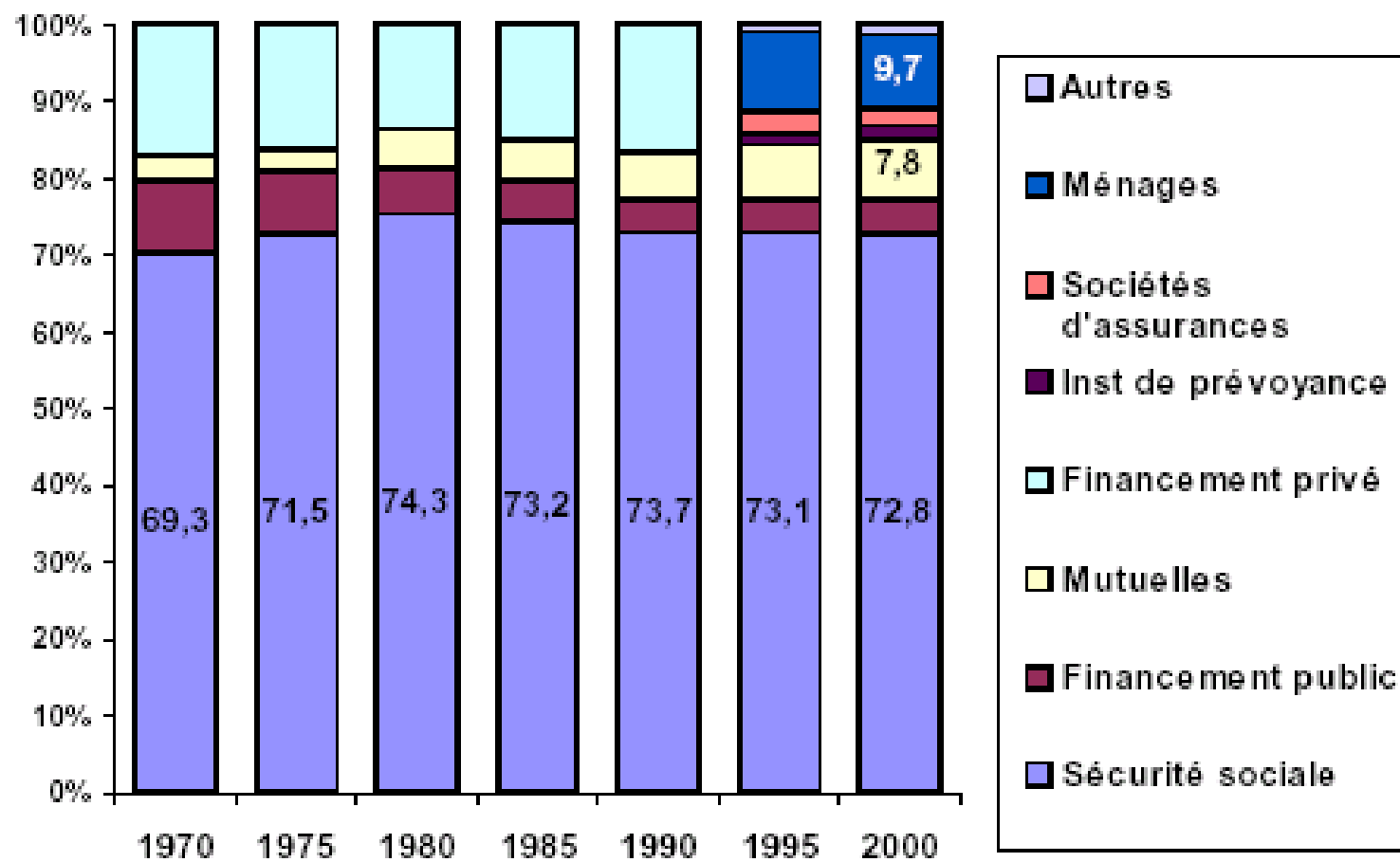
✓ Assurances

✓ Bienfaiteurs...

Le financement de la consommation médicale



Le financement de la consommation médicale



La possession d'une couverture complémentaire en 2000

Milieu	Mutuelles	Caisses de prévoyance	Assurance privée	Ensemble
Agriculteur	42,8	2,2	44,5	89,3
Artisan	43,3	11,9	24,5	82,0
Cadre et profession intellectuelle	50,2	19,7	20,7	93,5
Profession intermédiaire	58,5	15,3	18,4	94,4
Employé administratif	62,1	8,5	10,5	85,2
Employé de commerce	43,4	5,1	14,2	69,2
- Ouvrier qualifié	47,9	17,1	14,6	84,0
- Ouvrier non qualifié	43,8	11,3	12,8	71,8
Ensemble	50,4	14,0	17,6	85,7

Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, France, 2000 (CREDES)

Qui sont les « consommateurs » de soins ?

Les inégalités dans les recours aux soins

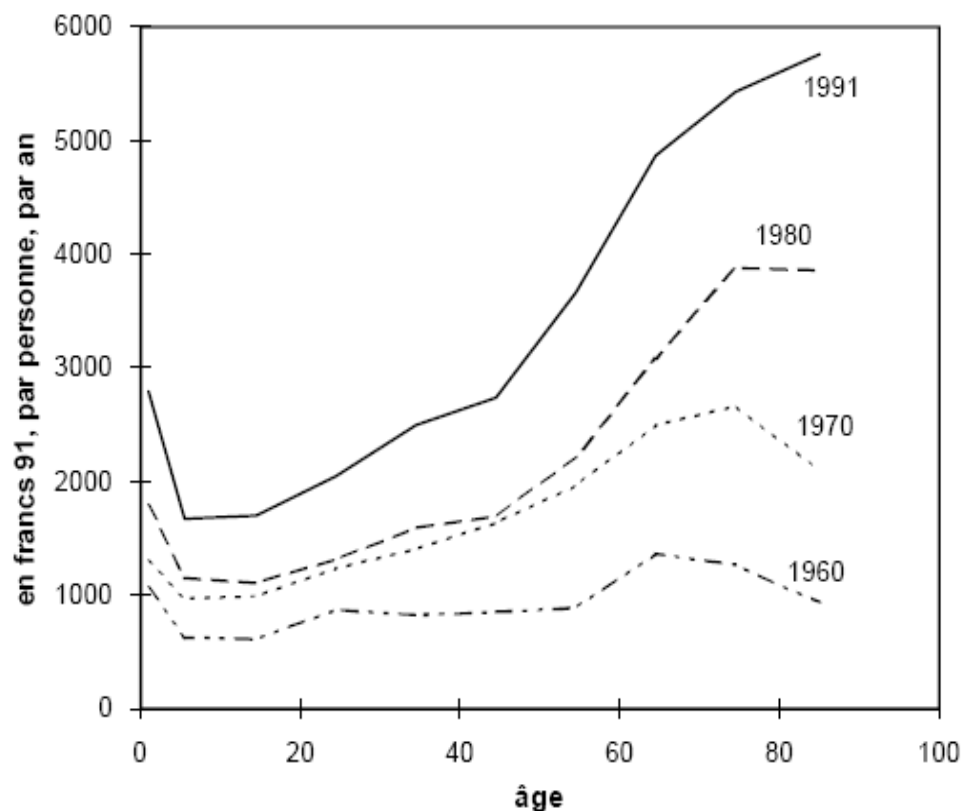
Demande :

1. les facteurs démographiques

- Accroissement de la population : +0.5% (+0.3% sur 2000-2020)
- Impact du vieillissement :
 - effet « mécanique » de l'âge : de l'ordre de +0.5% par an, +0.7% sur 2000 -2020
 - Mais au-delà : fonction de l'évolution de l'état de santé

Effets d'âge et de génération

Illustration de l'effet génération pour le recours aux soins



Source enquêtes décennales 1960, 1970, 1980, 1991 - exploitation CREDES

Revenus et recours aux soins

	< 3000 F / UC	> 8000 F / UC
dépenses de médecins	82	122
dépenses d'omnipraticiens	89	101
dépenses de spécialistes	76	142
% de spécialistes	48%	61%

source SPS-EPAS - CREDES

Indice 100 = dépense moyenne

CSP et recours aux soins

	cadres et prof. Libérales	ouvriers non qualifiés	agriculteurs
dépenses de médecins	140	98	107
dépenses d'omnipraticiens	99	117	128
dépenses de spécialistes	178	81	89
% de spécialistes	66%	43%	43%

Indice 100 = dépense moyenne
source SPS-EPAS - CREDES

Comportements de recours aux soins

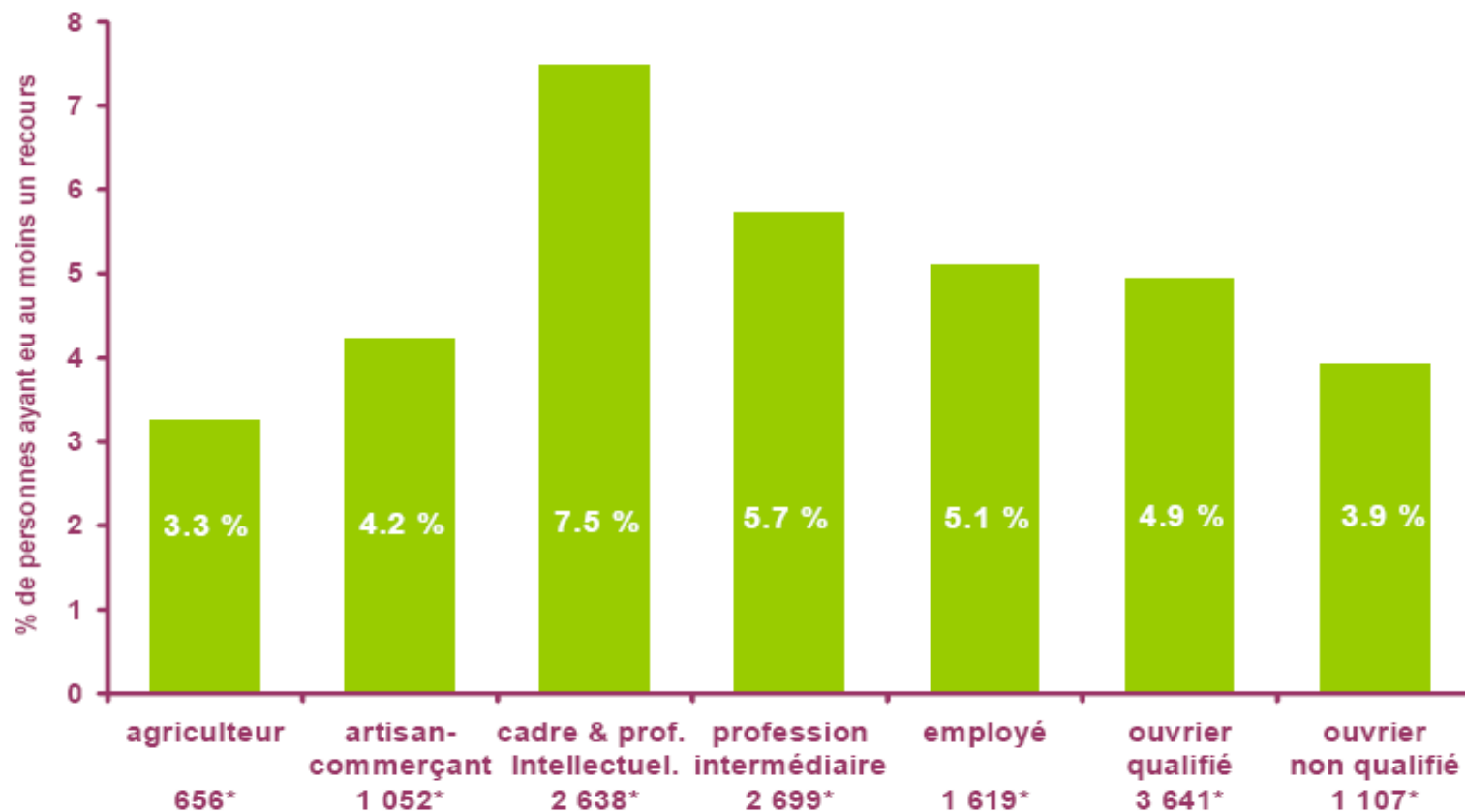
- L'assurance (c'est-à-dire le prix des soins) n'explique pas tout
- Il reste des effets niveau d'éducation, milieu social, revenu, qui traduisent des modes de recours aux soins différents
- La combinaison de ces deux effets aboutit à des inégalités sociales importantes

Inégalités sociales de consommation médicale

- Elles portent moins sur le niveau global de dépenses que sur la structure de ces dépenses
- Premier effet très fort : hospitalisation / soins de ville
- Au sein des soins de ville, des modèles de recours aux soins contrastés
- Les soins dentaires : les inégalités sociales les plus fortes

Recours au dentiste, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage

% de personnes ayant eu recours au dentiste durant le mois de l'enquête SPS 2000



* Nb de personnes interrogées

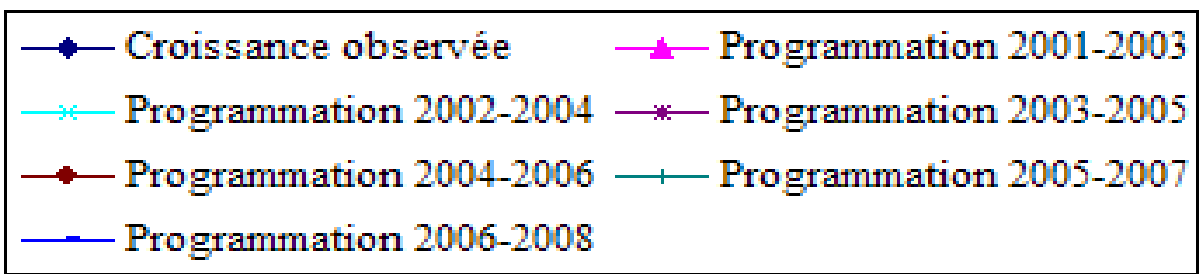
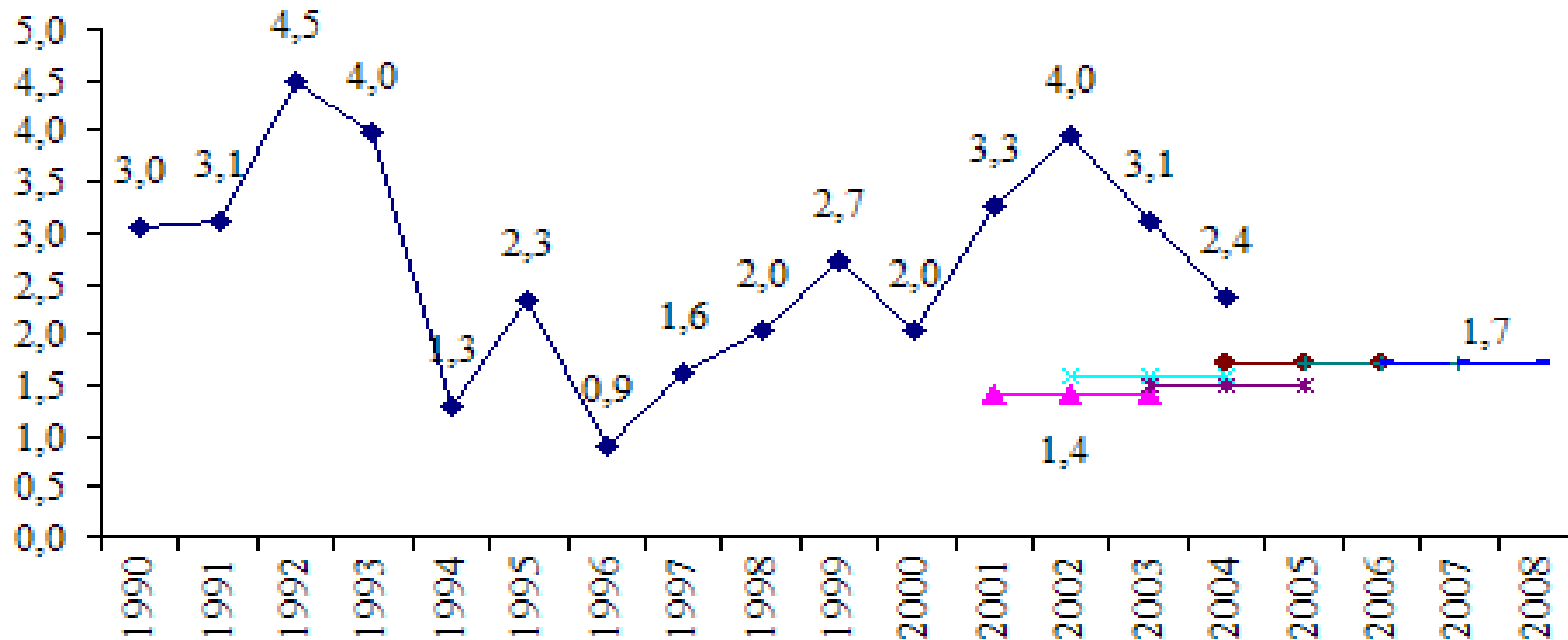
Source : CREDES, données de l'enquête Santé et Protection Sociale 2000

A spiral-bound notebook with a light beige, textured cover. The spiral binding is on the left side. The text is centered on the page.

Demain, comment financer les dépenses de santé ?

V. Halley des Fontaines Psychomotric

La croissance des dépenses de sécurité sociale : prévision pluriannuelle et exécution



Le « trou » de la Sécurité Sociale

- ✓ 2006 déficit de 10,3 milliards d'euros
- ✓ Progression des dépenses de santé : 2,5% en 2006...et c'est mieux !

Mais...

- ✓ une amélioration de la branche maladie "en trompe-l'œil : les branches famille et vieillesse sont en « déficit structurel »

Selon la Cour des Comptes

- ✓ en 2006 : 16 milliards d'euros de déficits cumulés non financés
- ✓ A l'horizon 2009 : il faudra y ajouter environ 21 milliards d'euros de déficits supplémentaires
- ✓ Soit un besoin de financement de la protection sociale évalué à plus de 37 milliards d'euros en 2009
- ✓ Une seule solution : une réforme profonde (encore ?!)

LOI DU 13-8-2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE

- ✓ Maîtrise médicalisée des dépenses
- ✓ Lutte contre les abus et les fraudes
- ✓ Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- ✓ Financement de l'assurance maladie
- ✓ Création d'institutions nouvelles !

**Prévision de l' impact financier
de la réforme : 15 Md€ de recettes**

V. Halley des Fontaines Psychomotric

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé (2)

- ✓ *Participation forfaitaire de 1 € non remboursable* par les complémentaires sur chaque consultation (sauf - de 16 ans, femmes enceintes et bénéficiaires de la CMU),
- ✓ *Dossier médical partagé (DMP)*, personnel, obligatoire, informatisé, pour les patients de + de 16 ans devra être mis en place avant juillet 07.

Lutte contre les abus et les fraudes

- ✓ *photographie de l'assuré sur la carte vitale en 2006*
- ✓ *contrôle renforcé des arrêts de travail auprès des patients et médecins*

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Atténuation de l'effet de seuil pour 2 millions de personnes dont le revenu est supérieur de 15 % au plafond de ressources donnant droit à la CMU complémentaire

> Réduction du montant de la cotisation ou de la prime annuelle depuis janvier 05 (de 75 à 250 € en fonction de l'âge)

Autres mesures...

- ✓ **Médicaments** : développement des **génériques** (protection raccourcie de 15 à 10 ans), répertoire des génériques doublé d'ici 2007
- ✓ Augmentation des **taxes sur les dépenses de publicité** des laboratoires
- ✓ Rationalisation des **achats hospitaliers**
- ✓ Diminution des **coûts de gestion** de la Cnam (Sécu)

Notre future protection sociale est liée :

- ✓ à une demande induite par le personnel médical ?
- ✓ à la spirale du progrès technique ?
- ✓ à un choix de société ?
- ✓ OU.....