

REGULATION MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

Pr Dominique BERTRAND
Université Paris 7 – Denis Diderot

PLAN

I – LES PRINCIPES D’ACTION

A- DEPENSES SOCIALISEES

B- EQUILIBRE DES DEPENSES SOCIALISEES

R- D – E

II – LES RECETTES

A- COTISATIONS

B- IMPOTS

C- CONTRIBUTIONS SOCIALES GENERALISEES

D- TAXES

E- NOUVELLES PISTES DE FINANCEMENT

F- CAPITALISATION

III- LES DEPENSES

**A- LA REGULATION DU FINANCEMENT DES
PRODUCTEURS DE SOINS**

ANALYSE DES ≠ PRODUCTEURS SELON :

① PRIX

② VOLUME

③ VALEUR

④ OPTIMISATION

B – LA REGULATION DE L'OFFRE

① LES PERSONNELS

② LES STRUCTURES

C – LA SUBSTITUTION

SOINS / PREVENTION

D – AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS

1) La « chaine » de production

- réseaux : la complémentarité des structures
- filières
- médecin traitant

2) Le paiement à la qualité ou à la performance : le CAPI

E – DETERMINATION D'UNE VALEUR POUR LES DEPENSES DE SOINS SOCIALISEES

Loi de financement de la sécurité sociale

IV – L'EXTERNALISATION

**A - UNE CONSOMMATION DES MENAGES PARMIS
D'AUTRES CONSOMMATIONS**

B – UNE PRISE EN CHARGE DIFFERENTIEE

1) Désengagement de l'assurance maladie

2) Panier de soins

I – LES PRINCIPES

A – DEPENSES SOCIALISEES

1) Equité + accès aux soins

Imposent une socialisation des dépenses de santé

① En moyenne :

75,5 % Sécurité Sociale / CSBM

② Mais possibilité d'être pris en charge à 100% pour raisons médicales ALD, ou raisons administratives.

La prise en charge des dépenses par la Sécurité Sociale reste indispensable.

Les autres mécanismes (AMC) → 13,7 % : rôle complémentaire

- assurances**
- mutuelles**
- institutions de prévoyance**

2) Financement de l'assurance maladie :

Si dép. socialisées ↗

⇒ ↗ des recettes de l'A.M. en contrepartie, pour l'équilibre de la branche maladie

3) Conséquences économiques

deux types de conséquences :

① Effet positif :

⇒ La création d'emplois dans le secteur santé

② Effet négatif

⇒ mais ↗ des cotisations sociales entraîne un « renchérissement des biens et services » (explication), donc perte de compétitivité par rapport aux biens et services étrangers

Les conséquences sont calculées dans :

- 2 modèles macroéconomiques anciens
- Ils démontrent que le solde des emplois (= emplois créés en santé – emplois perdus dans tous les secteurs économiques) est négatif

4) L'Etat souhaite le plein emploi (et la croissance)

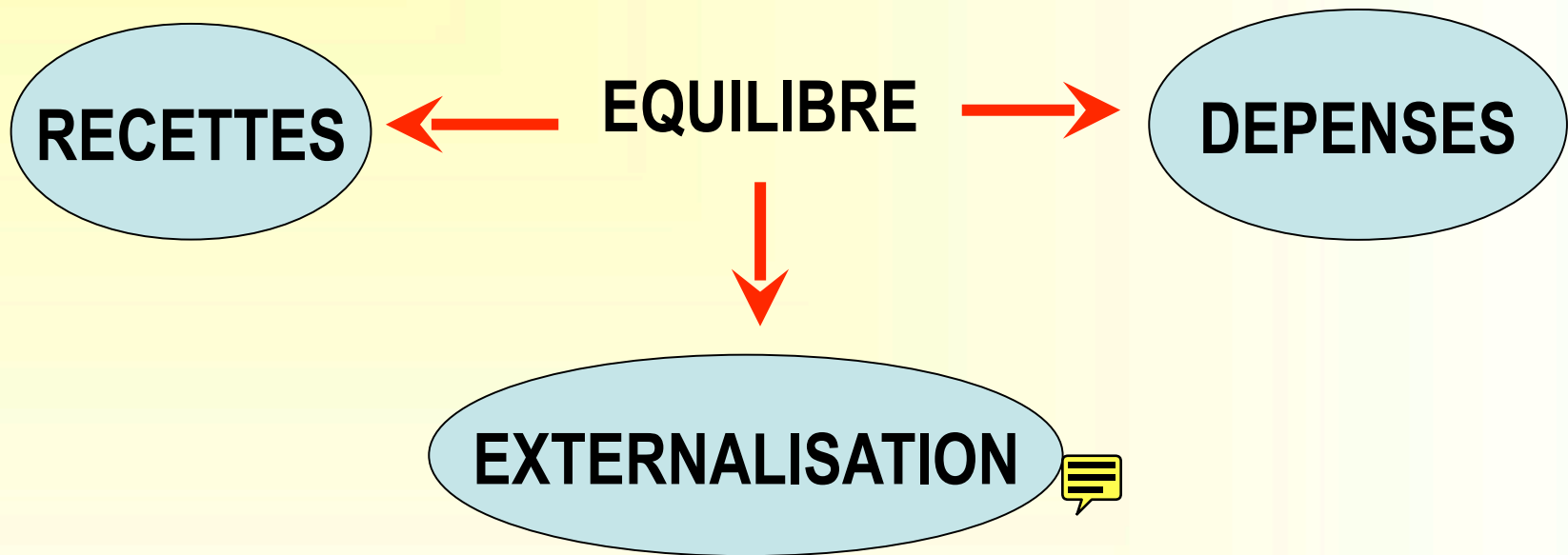
Les individus ne souhaitent pas d'↗ des prélèvements obligatoires

Exemple : « Sondage » mais prudence dans l'explication

Mais l'équilibre des dépenses sociales de santé pose un problème de fond, surtout si la croissance économique est faible.

B - EQUILIBRE DES DEPENSES SOCIALISEES

Problématique : R – D – E



II – LES RECETTES

A – COTISATIONS

1) Définition

- % prélevé sur les salaires
- payé par l'employeur et le salarié :



2) Méthodes de calcul

3 notions importantes :

① le pourcentage : %

② la notion de plafond ou la notion de salaire intégral

- avec 1968 cotisations plafonnées
 - début 1968 partie sur le salaire intégral (AM) et partie sur le salaire plafonné
- ③ la notion de salaire intégral total
- fin 1984 (AM), c'est à dire disparition du plafond de cotisation sociale

3) Evolution

① pour le salarié

% \Rightarrow transfert à la CSG 1997-1998

(voir infra)

② pour l'entreprise

**Constat : pénalise les entreprises de main d'œuvres
donc réflexions sur quoi, faire porter les cotisations
sociales de l'entreprise**

- sur les salaires : faciles, réguliers mais ?
- sur la valeur ajoutée : nombreuses difficultés ?

B – IMPOTS

1) En France

a) non : de principe

b) oui :

- **subventions exceptionnelles**

exemples pour les régimes spéciaux

- **mais aussi par la loi FILLON**

exonération de certaines cotisations sur des populations particulières (permettant le maintien ou le développement de l'emploi) de l'ordre de 25 milliards d'€ en 2007

Quid de l'application de nouveaux modes de financement ?

2) A l'étranger

exemple de l'Angleterre : système Beveridgien



C – CONTRIBUTIONS SOCIALES GENERALISEES

Nombreuses différences

Problème de l'assiette

1) Définition : prélèvement effectué dans un but social sur l'ensemble des revenus du ménage (donc \neq des revenus du travail = élargissement de l'assiette)

2) Pour l'assurance maladie

le 1er janvier 1997

transfert 1,3% de cot. Sal. \Rightarrow 1% CSG 

rendement identique

le 1er janvier 1998

transfert définitif

sauf 0,75% \Rightarrow indemnités journalières ?

CSG 5,10% (barème du salaire)

problème de la déductibilité des impôts :
(explications)

3) Le principe de la dette

- ☰ **CRDS 0,5% (initialement sur 95% du salaire)**
1995 prolongé de 5 ans en 1997
puis jusqu'au 31.01.2014 puis encore allongé

**Le problème celui du « placement » de cette dette :
création de la CADES environ 170 milliards fin 2010**

**Les parlementaires en 2005 ont reporté la durée du
remboursement de la CADES mais en instituant une
limite. (< 15 ans), qui devrait être porté à**

4) Le principe d'équité

Qui paie les soins ?

Quand ?

⇒ **solidarité intergénérationnelle habituellement limitée dans une période de temps ; dans ce cas, report dans un futur long terme (!)**

D – TAXES

1) Principe :

- **fonction du risque**
- **conséquences d'un comportement volontaire**

2) Produits et services taxés

- alcool, tabac
- assurance voiture
- éléments particuliers,...

3) Problème posé

- moyenne / \neq réalité
- ...

4) Résultats

Recettes de poche

E – NOUVELLES PISTES DE FINANCEMENT

La TVA sociale : transfert de cotisations des entreprises vers les consommateurs, en touchant tous les produits de consommation (fabriqués en France ou importés).

- Avantage : taxe tous les produits dont les importations, et pas les exportations**
- Inconvénients :**
 - risque inflationniste**
 - pénalisant les produits de l'étranger sur une protection sociale dont ils ne sont pas bénéficiaires**

F - CAPITALISATION

Plutôt vieillesse !

Plutôt dépendance ??

CONCLUSION : Recettes

1) Dans le système actuel (2008)

- 1 point de croissance économique = 1,93 Milliards d'€ pour tous les risques du RGTS

- 1 point de croissance économique pour l'AM seule (RGTS)

≈ 890 Millions d'€

2) Or la croissance au lieu

- ≈ 1 % en 2008

- -2,2 % environ pour 2009 ?

- ≈ 1,5 % pour 2010 ?

III – LES DEPENSES

A – REGULATION DU FINANCEMENT DES PRODUCTEURS DE SOINS

Les producteurs de soins, essentiellement :

- les hôpitaux**
- la médecine ambulatoire**
- les médicaments ou biens médicaux**

sont régulés de façon à contrôler l'évolution des dépenses socialisées de santé

1) Les principes

ensemble de l'activité = volume d'actes x Prix unitaire

en valeur



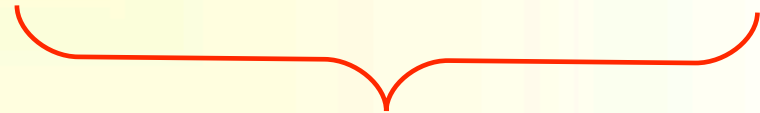
③ contrôle
de la valeur



② contrôle
des actes



① contrôle du
prix des actes



④ optimisation

2) L'hôpital

4 méthodes historiquement :

① prix de journée (hôpital public → 1983)

- facturation individuelle basée sur une tarification
- tarification à la moyenne des coûts

$$\frac{\sum \text{des coûts du service}}{\text{nb de journées}} = \text{prix de journée}$$

- tarification : médecine, chirurgie, obstétrique, rééducation ou soins
- tendance inflationniste : une journée (++)

② tarification « analytique » ou aux actes (hôpital privé à but lucratif)

- facturation individuelle de base
- ∇ Σ des actes effectués à des prix fixés (conv. Nationales) + prix de « présence » journalière d'un hospitalisé, variable selon l'établissement, validé par la tutelle chaque année
- puis l'ensemble « des facturations annuelles ont été contenues dans l'OQN » (explications)
- Puis T2A (environ 2005)

③ budget global (hôpital public 1984 → puis hôpital privé à But Non Lucratif) ou dotation globale

Σ de toutes les facturations payées par l'assurance maladie regroupées dans le budget hospitalier (S. expl.)

- chaque année, augmentation de ce budget par l'application d'un taux directeur (5 % par exemple)

$$B(n+1) = B_n(1+0,05)$$

- somme donnée mensuellement par une caisse primaire d'assurance maladie, pivot pour tous les régimes

④ forfait à la pathologie (Σ de FETTER)

- ex US ; une pathologie « vaut » après une analyse en comptabilité analytique sur le plan national (calculée sur un panel d'établissements représentatifs)
- tarification à l'activité (T2A \Rightarrow 2008)
pour tous les hôpitaux publics /privés à but non lucratif ou à but lucratif

En conclusion :

- financement de l'hôpital

- soit à la ligne de produits (forfait ou non)
- soit de façon globale (ajustement ou non)



- vers une unification à l'activité ?

- un marché ?
- une valeur homogène possible ou impossible ?
- quelle valeur pour le privé et le public (unification ?)

3) La médecine ambulatoire

① prix des actes : avenant tarifaire aux conventions

- quelle valeur de l'acte ?**
- une valeur du même acte variable selon l'auteur de l'acte ?**
- les dépassements : Secteur 1, secteur 2; secteur optionnel (en 2010) ?**
- le remboursement des actes ?**
- le parcours de soins coordonné ? Le médecin traitant**

② volume des actes

Médecin : relevé individuel c'est-à-dire une information donnée par la caisse primaire d'assurance maladie sur l'ensemble de l'activité de ce médecin comparé à la moyenne régionale (de cette spécialité)

③ valeur

- il s'agit de la Σ des volume x prix unitaire des actes

- obj. Macro économique

- « objectif quantifié national »

taux directeur de l'évolution de la valeur

- « enveloppes »

modalités économiques de sanction ?

④ « lettre clé » flottante

- principe
- abandon dans la LFSS 2003, mais ré-évoqué en 2008

⑤ efficience

Optimisation des actes en fonction de la science et de l'utilité :

- Références Médicales Opposables (R.M.O), ACBUS,
- Incitation à la prescription utile
- Service Médical Rendu (SMR)...

⑥ CAPI : paiement à la performance, concernant

- le suivi de quelques actes précis (par exemple Δ préventif de certains cancers, pourcentage de suivi)

- le taux de substitution par génériques

4) La pharmacie

① industrie

accord de régulation \approx O.Q.N

quid des nouveaux médicaments ?

② durée de la prescription

③ substitution :

génériques

④ marge dégressive lissée

bénéfice du pharmacien + coûts de
fonctionnement

⑤ AMM indications

⑥ les prescriptions hospitalières..

B – PLANIFICATION DE L'OFFRE

1) Planification hospitalière

① les SROS de 1ère et 2ème génération

– les lits

- quantitatifs (carte sanitaire)
- qualitatifs (schémas régionaux d'origine sanitaire)
- prise en compte de toutes les formes d'hospitalisation

- les équipements lourds

- définition par décret
- nb d'app / population

- lien entre  médecine ambulatoire
hôpital

② les SROS de 3ème génération : une planification organisationnelle en 2006

Vers l'ARS → organisation de l'ensemble du système de soins (2010)

Agence Régionale de santé (ARS)

2) Numerus clausus

- toutes les professions concernés
- en raison de l'hétérogénéité des installations (à partir de 2010 : engagement de service public)...

3) Installation des pharmacies

ex : 1 pour 2500 h. (création)

4) Conventionnement sélectif

- principe
- pas d'application

5) Aide à l'installation de zones blanches

- financements particuliers ?**
- aide à la création d'unité de « pratiques de soins »
« maison médicale »**
- les aides financières les étudiants : 1 réponse ?**

C – SUBSTITUTION DEPENSES DE SOINS / PREVENTION

1) Le problème économique

- OUI à moyen terme**
- NON à long terme**

Commentaires

2) Le problème médical

Favoriser une prévention efficace et généralisée à la population.

D – AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS

- 1) La « chaîne organisée » de production :
 - a) Objectifs : cohérence du système « noyau dur »
 - b) Méthodes :
 - c) médecin traitant ①
 - principes
 - difficultés
- ② filière ②
- ③ réseau ③

2) Le paiement à la qualité ou à la performance : le CAPI

Contrats d'**A**mélioration des **P**ratiques **I**ndividuelles

- Contrat individuel \simeq 15 000 fin 2010

→ 2 champs :

Une rémunération complémentaire globale selon l'atteinte d'objectifs précis déterminé pour chaque médecin sur son potentielle

a) prévention et suivi des maladies chroniques

b) optimisation des prescriptions

Forfait en fonction de l'atteinte des résultats

E – LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

1) Raisons de cette loi ?

- affaiblissement des responsabilités des organismes d'assurance maladie envers un équilibre financier (depuis 2004)
- croissance des dépenses de santé dans l'avenir
⇒ intérêt de la représentation nationale pour cadrer le niveau des dépenses

2) Création de la loi

- domaine de la loi défini par la Constitution (article 34)**
- modification de la Constitution en 1996 pour que le Parlement puisse voter une loi « déterminant les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixent compte tenu de leurs prévisions de recettes, des objectifs de dépenses. »**
- inclusion de tous les risques sécurité sociale**

3) Aspect normatif de la loi

a) lois budgétaires strictes (collectifs budgétaire aux lois de finances rectificatives)

b) LFSS sans rectification possible actuellement
(2003)

Dépenses estimées non contraignantes

c) prévisions ONDAM

- 3,3 % en 2009 ? 2010 ? 2011 ? PLFSS 2008 ?

la prévision toujours dépassée sauf 1997

- 2,8 % pour les dépenses médicales en 2010

4) Compétitivité entre risque santé et risque vieillesse :

Quid en 2009 ?

IV – L'EXTERNALISATION

Dégager l'A.M de certaines dépenses en les reportant sur d'autres, pour des motifs divers

① frais à couvrir « naturellement » par l'assuré

Forfait journalier hôtelier

② Pourcentage à la charge de l'assuré

Ticket modérateur variable

③ Médicament à efficacité moindre

Médicament de confort

S.M.R. (Service Médical Rendu)

④ Soins extérieurs

Cure thermale à l'étranger

⑤ Décision CPAM

Soins hors de la région

Justification ?

⇒ LE PANIER DE SOINS

UNE DEFINITION DIFFICILE

Faire participer l'AMC aux décisions de l'A.M.O.

Liens UNOCAM – UNCAM.