

Cours n°5

Maîtrise des dépenses de Santé

LES PRINCIPES D'ACTION

- A. Dépenses socialisées
- B. Equilibre des dépenses socialisées R-D-E

II. LES RECETTES

- A. Cotisations
- B. Impôts
- C. Contributions sociales généralisées
- D. Taxes
- E. Nouvelles pistes de financement
- F. Capitalisation

III. LES DEPENSES

A. La régulation du financement des producteurs de soins
Analyse des différents producteurs selon :

1. Prix
2. Volume
3. Valeur
4. Optimisation

- B. Planification de l'offre
- C. Substitution dépenses de soins/prévention
- D. Amélioration du fonctionnement du système de soins
- E. La loi de financement de la sécurité sociale

IV. EXTERNALISATION

Pour ne pas trop vous perturber, ce cours reprend le code des caractères du cours 1 :
En gras : il s'agit des diapositives du cours
En normal : il s'agit d'informations complémentaires
En italique : il s'agit des exemples cités pour faciliter la compréhension (car ce cours n'est pas très facile à comprendre !!)

I. LES PRINCIPES

A. LES DEPENSES SOCIALISEES

1) Equité + accès aux soins, imposent une socialisation des dépenses de santé

- En moyenne, 75,5 % des dépenses de santé, au sens CSBM, sont financées par la Sécurité Sociale
- Mais possibilité d'être pris en charge à 100% pour raisons médicales ALD (cf ticket modérateur variable), ou raisons administratives. La prise en charge des dépenses par la SS reste indispensable.

A retenir : il existe d'autres mécanismes comme l'AMO et l'AMC (Assurance Maladie Complémentaire qui est supérieure à 13%).

Les assurances, les mutuelles et les actions de prévoyance sont les 3 éléments compris dans les AMC. Un rapport publié prochainement indique d'ailleurs que le rôle des AMC va être augmenté dans les années à venir.

2) Financement de l'Assurance Maladie :

Si dépenses socialisées augmentent => augmentation des dépenses de PAM en contrepartie, pour l'équilibre de la branche maladie.

L'augmentation des dépenses de santé est toujours supérieure à la croissance économique ce qui est dû aux facteurs de consommation (cf cours précédent). En d'autres termes, la croissance économique ne suffira pas à faire prendre en charge par l'AMO les dépenses de santé.

3) Conséquences économiques

Deux types de conséquences :

- **Effet positif : la création d'emploi dans le secteur santé.**
= Si on dépense plus dans le domaine de la santé, cela signifie que ce domaine est un secteur économique en croissance d'où les créations d'emplois. Remarque ; secteur santé = secteur sanitaire + secteur médico-social (assistance des personnes âgées)
- **Effet négatif : mais augmentation des cotisations sociales entraîne un « renchérissement des biens et services » donc perte de compétitivité par rapport aux biens et services étrangers.**
Si on augmente les cotisations sociales, le revenu va diminuer donc la consommation diminuera aussi (symétrie entre ces 2 éléments). Deux éléments vont poser problème:
 1. Si les gens consomment moins, la croissance économique diminue
 2. On va donc être obligé d'augmenter les cotisations => on va donc augmenter le prix des produits => la compétition entre nos produits et les produits étrangers sera mauvaise => perte d'emplois

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 : il y a perte d'emplois lorsqu'il y a investissement dans l'AM

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

Les individus ne souhaitent pas d'augmentation des prélèvements obligatoires-cotisations sociales ou CMU, c'est à dire le paiement de l'AM- (exemple : sondage, mais prudence dans l'explication car si la question est posée de manière astucieuse, la réponse sera différente)

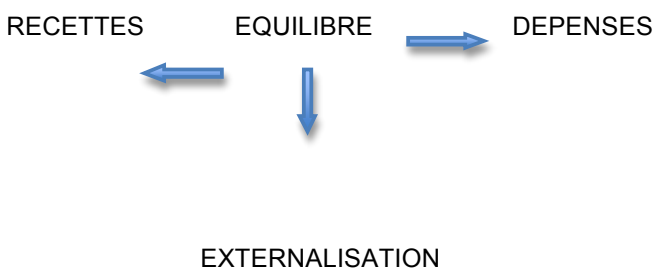
[Explication du sondage : quand on dit aux gens « vous serez mieux pris en charge, en revanche, il faut payer plus », les gens répondent « j'aimerais bien être mieux pris en charge mais je ne souhaite pas avoir une augmentation de mes cotisations sociales ou de ma CMU. »

Certains sondages laissent les individus choisir une autre option : « j'accepterais une augmentation modérée des cotisations sociales » => il y a augmentation des cotisations sociales dans un but d'AM]

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



Explications du schéma : pour obtenir un équilibre de la branche d'AM, 3 possibilités :

- Augmentation des recettes
- Maîtrise des dépenses
- Externaliser (faire payer par quelqu'un d'autre ce que vous ne souhaitez pas dépenser : l'AM se dégage de toute dépense)

II. LES RECETTES

A. COTISATIONS

1) Définitions :

- % prélevés sur les salaires :

Exemple : soit un revenu net (revenu que l'on peut dépenser soi-même) de 100 euros, il y a :

- 10% de CSG payés par le salarié= 10 euros

- 10% de CSG payés par l'employeur=10 euros

=> Le salarié pourra dépenser 90 euros alors que l'employeur aura à payer 110 euros pour employer quelqu'un.

=> R=C+E : les charges de protection sociale sont de 60% donc quand quelqu'un gagne 100 euros NET, sur ces 100 euros, le coût du travail a été de 160 euros. En France, la protection sociale est donc un financement très important, est largement supérieur à tous les autres pays développés du monde.

- Payé par l'employé et le salarié

2) Méthode de calcul

3 notions importantes :

- **Le pourcentage %**: variable, prélevé à la fois à l'employé et l'employeur. Ce pourcentage englobe différentes choses dont 4 taux (un taux pour l'AM, un pour la famille, un pour les actions professionnelles, un pour la CIF)
% = Somme (4 taux) + chômage+quelques autres prestations= 60%
On ne s'intéressera qu'à la partie AM.
- **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.

<i>Exemple :</i>	<i>Revenu :</i>	<i>cotisations :</i>	<i>à payer à l'AM :</i>
	100€	10%	10€
	500€	10%	50€
	10000€	10%	50€

En 1945, Pour permettre au système de fonctionner, mise en place d'un plafond (dans l'exemple ci-dessus, le plafond étant 500€, cela signifie que quelque soit le revenu supérieur à 500, le montant destiné à l'AM sera toujours de 50€)

- **La notion de salaire intégral total fin 1984 (AM) c'est-à-dire disparition du plafond de cotisation sociale**

3) Evolution

- Pour le salarié :

% => transfert à la CSG 1997-1998

Dans un ménage, il existe 2 types de revenus :

- Revenus salariaux
- Revenus extra salariaux (sommes non issues du travail et du salaire mais qui proviennent de la rémunération de capitaux)

Ne pas retenir=au départ, on est parti du principe que seuls les individus pouvaient tomber malade (pas les capitaux). On a donc décidé de pendre des cotisations sur le travail et non sur le capital (ce système a été appliqué partout dans le monde). Puis, le système a changé : on a créé une cotisation touchant les revenus salariaux ET extra salariaux : la cotisation sociale devient la contribution sociale généralisée (CSG)

Exemple : un individu possède un portefeuille et un porte monnaie, chacun avec 10€ dedans.

Au départ, on décide de prélever une cotisation de 10% sur le porte monnaie=1€

On décide ensuite de faire appel au porte feuille et au porte monnaie, la CSG s'élèvera à 5% pour obtenir les 1€ de cotisation.

=> Uniquement pour PAM, on est passé de la cotisation à la CSG en 1997-1998. (entre ces 2 dates, il y a eu changement de premier ministre, il faut juste comprendre que le mécanisme a été commencé par l'un et terminé par l'autre).

• **Pour l'entreprise Constat : pénalise les entreprises de main d'œuvre donc réflexion sur quoi, faire porter les cotisations sociales de l'entreprise sur les salaires et sur la valeur ajoutée.**

Pour l'entreprise, on est resté à une cotisation sociale. Etant élevée, elle pénalise les employeurs, c'est pourquoi les gouvernements sont actuellement à la recherche d'autres solutions.

B. IMPOTS

1) En France

- a) **Non : de principe**, l'impôt ne paie pas pour l'AM, sauf pour l'AME et la CMU par exemples (cas particuliers)
- b) **Oui : subventions exceptionnelles (exemple 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'euros en 2007**

2) A l'étranger

Exemple de l'Angleterre : système Beveridgien

Dans ce système, l'impôt finance la Sécurité Sociale.

C. CONTRIBUTIONS SOCIALES GENERALISEES (CSG) Nombreuses différences ET problème de l'assiette

- 1) **Définition** : prélèvement effectué dans un but social sur l'ensemble des revenus du ménage, salariaux et extra salariaux (donc ≠ des revenus du travail = élargissement de l'assiette)

Pour le salarié, c'est ce qui a remplacé la cotisation sociale.

- 2) **Pour l'AM** : 1^{er} janvier 1997, transfert 1,3% de cotisation sociale salariale.
->
1% CSG rendement identique
1^{er} janvier 1998, transfert définitif sauf 0,75% (indemnités journalières ?) et CSG de 5,10% (barème du salaire), problème de déductibilité des impôts

- 3) **Le principe de la dette**

CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale) **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 la « dette » : création de la **CADES** (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale) environ 170 milliards fin 2010.

Les parlementaires en 2005 ont reportés la durée du remboursement de la CADES mais en instituant une limite (<15 ans)

- 4) **Le principe d'équité**

Solidarité intergénérationnelle habituellement limitée dans une période de temps ; dans ce cas, report dans un futur long terme

La CADES devrait d'éteindre vers 2025 mais elle pourrait être remboursée beaucoup plus tard. Cela signifie que beaucoup de personnes qui reçoivent des soins actuellement seront décédées donc la prise en charge de la CADES se fera par les générations futures (=nous).

D. TAXES

- **Principes Fonction du risque** : faire payer quelqu'un qui prend des risques supplémentaires et qui vont être, par définition, les conséquences d'un comportement volontaire

- **Produits et services taxés** Alcool/tabac, assurance voiture, éléments particuliers (taxes sur le chiffre d'affaire d'entreprises par exemple)...

- **Problème posé**

Moyenne / ≠ réalité

Exemple : si on boit un verre de vin par jour => risque faible

Si on fume une cigarette par jour => risque beaucoup plus élevé

- **Résultats**

Recettes de poche

E. NOUVELLES PISTES DE FINANCEMENT

La **TVA** (taxe à la Valeur Ajoutée) **sociale** : **transfert de cotisations des entreprises vers les consommateurs, en touchant tous les produits de consommation (fabriqués en France ou importés)**

Avantages : **taxe tous les produits dont les importations, et pas les exportations**

Inconvénients : **risques inflationniste pénalisant les produits de l'étranger sur une production sociale dont ils ne sont pas bénéficiaires.**

Il s'agit d'un impôt.

Exemple :

On prend un produit à 80€. Il passe à 100€ car la TVA est de 20%

L'installation d'une TVA sociale impliquerait d'augmenter la TVA, par exemple de 20 à 21% (20+1). Le 1% serait une TVA sociale qui n'irait pas dans le budget d'Etat mais qui serait pour l'équilibre des risques sociaux.

F. CAPITALISATION

Plutôt vieillesse ou dépendance

La capitalisation ne peut pas fonctionner pour l'AM mais pour la vieillesse.

CONCLUSION : Recettes

1) Dans le système actuel (2008)

- » 1 point de croissance économiques 1,93 milliards d'euros pour tous les risques du RGTS
- 1 point de croissance économique pour l'AM seule (RGTS) = 890 millions d'euros

2) Or la croissance au lieu

- 1% en 2008
- 2,2% environ pour 2009
- 1,5% pour 2010

III. LES DEPENSES

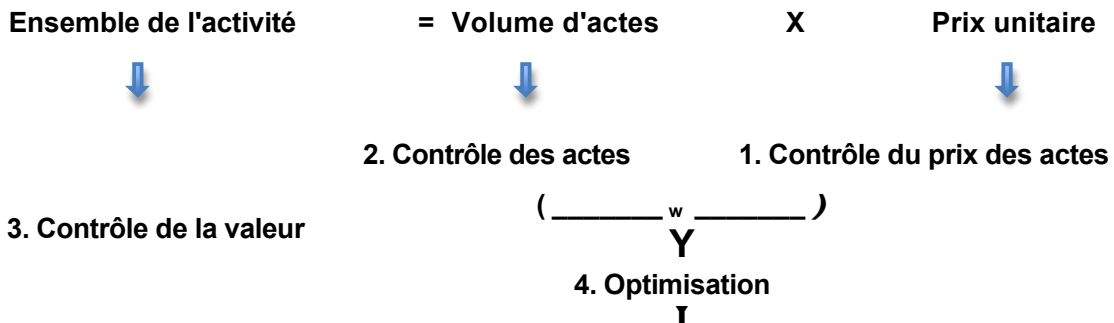
A, REGULATION DU FINANCEMENT DES PRODUCTEURS DE SOINS

Les **producteurs de soins** sont essentiellement (cf cours sur la CSBM):

- **Les hôpitaux**
- **La médecine ambulatoire**
- **Les médicaments ou biens médicaux**

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

1) Le principe



2) L'hôpital

4 méthodes historiquement :

- ♦ **Prix de journée (hôpital public => 1983)**
 - Facturation individuelle basée sur une tarification**
 - **Tarification à la moyenne des coûts**
 - somme des coûts du service/ nb de journées = prix de journée**
 - Coût du service= hôtellerie + médicaments (20%) + personnel (65-70%)
 - **Tarification : médecine, chirurgie, obstétrique, rééducation ou soins (intensifs)**
 - **Tendances inflationniste : une journée (++)**

Une fois le prix de journée calculé, on le donne au préfet qui valide (ou pas) le prix de journée puis on facture une journée à chaque personne.

=> Contrôle du volume et non du prix

- ♦ **Tarification « analytique » ou aux actes (hôpital privé à but lucratif= cliniques) (la tarification analytique a disparu en 1982)**
 - **Facturation individuelle de base**
 - **Somme des actes effectués à des prix fixés (convention nationale)+ prix de présence « journalière » d'un hospitalisé, variable selon l'établissement, validée par la tutelle chaque année.**

Remarque : les prix varient considérablement d'un acte médical à un autre (prix d'une opération pour une prothèse de hanche >> prix d'une appendicectomie)

- * **Puis l'ensemble des facturations annuelles ont été contenues dans l'OQN**
- * **Puis T2A(en 2005) : Tarification A l'Activité**
C'est un système efficace qui compte persister (on en est à la onzième version)

- ♦ **Budget global (hôpital public => 1984 puis hôpital privé à but non lucratif) ou dotation globale**
 - **Somme de toutes les facturations payées par l'AM regroupées dans le budget hospitalier**

- 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'AM, pivot pour tous les régimes

- ◆ Forfait à la pathologie (S 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)>2008) pour tous les hôpitaux privés/publics à
 - but non lucratif ou à but lucratif

En conclusion (NE PAS RETENIR CETTE DIAPO)

- Financement de l'hôpital
 - Soit à la ligne de produit (forfait ou non)
 - Soit de façon globale (ajustement ou non)
- Vers une unification à l'activité ?

A retenir : nous n'avons pas de système parfait mais on essaye d'aller vers un système axé sur l'utilité et l'optimisation des ressources.

3) La médecine ambulatoire

a) Prix des actes : avenant tarifaire aux conventions

- **Quelle valeur de l'acte ?** (ne pas retenir)
- **Une valeur du même acte variable selon l'auteur de l'acte ?**(ne pas retenir)
- **Les dépassements : secteur 1, secteur 2** (=possibilité d'augmenter les prix avec taxes et plus)
- **Les remboursements des actes**
- **Le parcours de soins coordonné ? le médecin traitant** (par lequel on passe pour aller voir un spécialiste)

b) Volume des actes

Médecin : relevé individuel, c'est-à-dire une information individuelle donnée par la

caisse primaire d'AM sur l'ensemble de l'activité de ce médecin, comparé à la moyenne régionale de cette spécialité.

Tous les médecins reçoivent par semestre, une activité qu'ils ont fait et qu'ils peuvent comparer à l'activité moyenne des autres médecins.

Par exemple, pour un rhumatologue, on regarde le nombre de radios qui ont été faites en fonction du nombre de patients puis on le compare à la moyenne régionale.

c) Valeur

Il s'agit de la Somme des volumes X prix unitaire des actes avec un objectif de macroéconomie : « objectif quantifié national » (taux directeur de l'évolution de la valeur) et enveloppes (ne pas retenir)

A retenir de cette diapo : la valeur, c'est la moyenne nationale. C'est ce qu'on appelle l'Objectif National des Dépenses d'AM (ONDAM), pour la médecine ambulatoire.

d) « lettre clé » flottante

Exemple : un médecin généraliste a un prix unitaire de 100€ et fait 10 actes en volume donc il aura une valeur de 1000€, or dans le cas où son volume passe à 11, il aura une valeur de 999, ce qui permet de diminuer la dépense de l'AM.

Ce principe s'applique à tous les médecins d'un point de vue collectif.

Abandon dans la LFSS puis ré-évoquée en 2008

e) Efficience

=optimisation des actes en fonction de la science et de l'utilité

- **Références médicales opposables (RWSO), ACBUS**
- **Incitation à la prescription utile**
- **Service médical rendu (SMR)**

f) **CAPI** (mis en place en 2009): **paiement à la performance, concernant :**

- **Le suivi de quelques actes précis (par exemple A préventif de certains cancers, pourcentage de suivi)**
- **Le taux de substitution par génériques**

4) La pharmacie

- **Industrie** (le prix du médicament est fixé en fonction du volume et de l'état de l'industrie pharmaceutique)
- **Durée de la prescription** (exemple : les antibiotiques vendus en pharmacie sont prévus pour durer 8 jours)
- **Substitution par des génériques** (moins chers)
- **Marge dégressive lissée : bénéfice du pharmacien + coût du fonctionnement** (quand le pharmacien vend un médicament, il touche un pourcentage)
- **AMM** (autorisation de mise sur le marché)**indications**
Les prescriptions hospitalières

B. PLANIFICATION DE L'OFFRE

- 1) **Planification hospitalière**
- 2) **Numerus clausus**
- 3) **Installation des pharmacies**
- 4) **Conventionnement sélectif**
- 5) **Aide à l'installation de zones blanches**

A retenir : existence d'une planification hospitalière au niveau de l'ARH (Agence Régionale Hospitalière)

Cette planification se fait à la fois sur le plan quantitatif (*répartition des équipements lourds par exemple*) et qualitatif

C. SUBSTITUTIONS DEPENSES DE SOINS / PREVENTION

- 1) **Le problème économique** :

OUI à moyens termes et **NON** à long terme (contraintes)

- 2) **Le problème médical** : favoriser une prévention efficace et généralisée à la population

NE PAS RETENIR LE CONTENU DE LA DIAPO, JUSTE LE TITRE

D. AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS

La « chaîne organisée » de production :

Objectif : cohérence du système, « noyau dur

>> Méthodes :

- Médecin traitant : principes, difficultés
- Filière
- Réseau

E. LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

- 1) **Raisons de cette loi ?**

- affaiblissement des responsabilités des organismes d'AM envers un équilibre financier (2004)

- croissance des dépenses de santé dans l'avenir

=> Intérêt de la représentation nationale pour cadrer le niveau des dépenses

- 2) **Aspect normatif de cette loi**
- 3) **Compétitivité entre risque santé et risque vieillesse**

A retenir : existence de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) qui s'élève à 2,8% pour 2011

IV. L'EXTERNALISATION

(Le prof n'a pas projeté les diapos de cette partie)

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

il s'agit du ticket modérateur, des frais payés par l'assuré et du forfait hôtelier. Quand un patient est à l'hôpital, actuellement, on lui demande de payer 18 euros pour tout cela.

On observe un déremboursement de certains médicaments jugés inefficaces (donc moins remboursés). On dit qu'ils ont un Service Médical Rendu insuffisant.

- 1) **Frais à couvrir « naturellement » par l'assuré** (forfait journalier hospitalier)
- 2) **Pourcentage à la charge de l'assuré**
- 3) **Médicaments à efficacité moindre**
- 4) **Soins extérieurs** (cure thermique à l'étranger)
- 5) **Décisions CPAM**

Exemple : on prend un café puis on décide d'en prendre 2, 3 possibilités pour équilibrer notre budget :

- utilisation de recettes supplémentaires pour acheter un deuxième café (= équilibration des dépenses et des recettes par l'augmentation des revenus)

- on n'en prend qu'un (= maîtrise des dépenses)

- on demande à un tiers de nous l'offrir (=faire payer à quelqu'un de notre ce qu'on ne veut pas payer : externalisation)