

# **Croissance des dépenses de santé et les moyens proposés pour les maîtriser**

**Pr. Gharbi Med. / SEMEP CHU Annaba**

## **Objectifs**

- **Comprendre pourquoi le médecin ne peut rester à l'écart des réalités économiques de son pays.**
- **Comprendre l'intérêt d'une prescription rationnelle.**

## **I- Introduction :**

**Actuellement les praticiens sont confrontés à une double pression : l'une émanant des pouvoirs publics qui souhaiteraient les voir devenir les acteurs d'une politique de maîtrise des dépenses de santé, l'autre provenant des patients qui demanderaient à bénéficier sans limites des innovations technologiques médicales, souvent coûteuses.**

**Les mesures de maîtrise des dépenses de santé engagées ne font qu'accélérer la prise de conscience que toute décision médicale a des conséquences concrètes en terme d'allocation de ressources et implique un choix(implicite) de ne plus pouvoir utiliser les ressources ainsi consommées à d'autres fins.**

## **II- Les facteurs de l'évolution des dépenses de santé :**

### **1) Les facteurs d'offre :**

- a)** Les progrès techniques et leur diffusion qui nécessitent des investissements et des personnels plus qualifiés.
- b)** L'apparition de nouvelles techniques n'entraîne pas toujours la disparition des anciennes. (scanographes / artériographies), il est des cas où la difficulté du diagnostic nécessite de maintenir les explorations anciennes conjointement aux nouvelles.
- c)** Prescription de traitements préventifs de longue durée .

d) La multiplication des centres de soins.

***e) L'influence des médias :*** par leurs nombreuses informations écrites et télévisées qui vulgarisent et prônent le progrès médical et les mérites de la technique .

**(demande induite).**

***f) L'inadaptation, l'inadéquation de la formation***

## 2) Les facteurs de demande :

### *2-1) Les modifications des processus morbides :*

La prolongation de la vie de certains malades, autrefois condamnés, entraîne des sur coûts liés au passage à la chronicité de ces affections.

## ***2-2) La médicalisation des problèmes sociaux :***

D'une part des pathologies nouvelles sont liées aux conditions de vie d'habitat et de travail. D'autre part de nombreux problèmes sociaux : difficultés relationnelles ou conjugales, problèmes d'habitat... ont été médicalisés. Les avis divergent sur l'opportunité de réponses uniquement médicales ou sociales à ces problèmes.

## ***2-3) Le besoin ressenti :***

Actuellement la société semble être à l'origine de nouveaux comportements. On ne supporte plus la maladie, ou le symptôme gênant, bénin, la douleur, et même parfois de simples modifications du rythme de vie. Le recours aux systèmes de soins pour ces divers dysfonctionnement et le développement de la pathologie "psycho – somatique " sont responsables de sur coûts.

## ***2-4) Les facteurs socio – économiques :***

**a) L'âge :** l'âge exerce une influence très marquée sur le recours aux soins, les 1<sup>ères</sup> et les dernières années de la vie sont celles de la plus grande vulnérabilité donc de la plus grande consommation.

**b) Le sexe :** les femmes semblent se soigner davantage que les hommes à partir d'une quinzaine d'années et au delà de 75ans c'est le contraire. Le net accroissement des dépenses observé au début de la fécondité des femmes est dû aux postes de gynécologie et obstétrique.

**c) La catégorie socio – professionnelle :** les ouvriers et les artisans-commerçants consultent moins que les autres catégories socioprofessionnelles. Le revenu a une faible influence sur la consommation médicale. Nombreuses études montrent une très nette égalisation dans le recours aux soins. De même, la demande de soins est largement indépendante du prix que le patient doit en définitive payer pour obtenir ceux-ci.

**d) Le niveau d'instruction :** la consommation médicale augmente avec l'instruction. Plus les individus sont instruits, plus ils sont sensibles aux anomalies de leur état de santé et moins ils hésitent à consulter, car ils seront capables de se protéger vers l'avenir et donc de comprendre l'importance de la prévention de la maladie.

( Controversé)

**e) Région :** Les populations des villes consomment plus de soins que celles des campagnes. En règle générale la consommation décroît à mesure que la distance au producteur de soins augmente.

**f) Taille de la famille :** quand on considère la dépense par individu, les ménages de 1 à 2 personnes détiennent le plus haut % de grands consommations de soins, les familles très nombreuses consomment proportionnellement beaucoup moins.

**2-5) *Le financement collectif*** : Plus on protège, plus on consomme des soins de santé. La relative gratuité des soins conduit à multiplier les demandes d'actes diagnostiques et thérapeutiques.

**2-6) *L'influence des préférences individuelles sur la consommation médicale:***

### **III- Les moyens proposés pour maîtriser les dépenses de santé :**

Dans la plupart des systèmes de santé, le contrôle des couts s'applique surtout à l'offre. Il est plus facile de bloquer l'offre que de diminuer la demande.

## **1) L'augmentation de la participation des ménages aux dépenses de santé :**

C'est le principe du ticket modérateur qui paraît d'une efficacité très limitée. En réalité l'effet modérateur sur les comportements de consommation est peu efficace, si ce n'est sur les catégories défavorisés. Des effets pervers risqueraient d'apparaître : par exemple, un moindre remboursement du petit risque, lequel est surtout supporté par la médecine ambulatoire, pourrait induire un transfert de charges vers le système hospitalier, lequel est particulièrement coûteux.

## **2) Action sur l'offre de soins :**

***2-1 Contrôle et organisation de la démographie médicale:*** contrôle de la production des personnel de santé(demande induite) par l'utilisation de quotas théoriques servant à limiter le nombre de médecins par habitant et par là ne pas laisser se développer une offre de santé trop importante. C'est la pratique du numerus clausus à l'entrée des études médicales.

## **2-2 Négociation de «conventions »entre personnels libéraux et assurances sociales :**

**Le but est de déterminer les obligations des deux parties (assurances et professions de santé) en fixant une tarification aux services médicaux. Non obligatoire, mais faite de telle sorte qu'elle les incite très fortement à y souscrire.**

## **2-3 Mise en place de mécanismes de régulation du fonctionnement des systèmes de soins :**

Contrôle de l'activité et de la prescription médicale en imposant des règles de conduite rigides en matière de prescription médicale ; ayant un double rôle :

- \* Un rôle informatif permettant d'éclairer le médecin sur les conséquences économiques de son activité.
- \* Un rôle coercitif ? Essentiellement compris dans le sens d'une auto- discipline.

## **2-4- Contrôle de l'offre et politique des prix exercée à l'égard des médicaments :**

La consommation des médicaments doit être rendue plus rationnelle, certains médicaments d'utilité discutable devaient disparaître; d'où nécessité de campagne d'éducation pour un meilleur usage des médicaments. L'information des médecins devraient être améliorée, notamment dans le sens d'une plus grande objectivité.

**2-5 Contrôle de la distribution et du nombre de lits d'hôpitaux :** (demande induite). Rôle des cartes sanitaires qui sont un outil gouvernemental de planification et d'organisation sanitaires qui définit un certain nombre de quotas régionaux.

**2-6 Contrôle de la haute technologie:** Comme pour les hôpitaux ce principe rentre dans le cadre de la carte sanitaire.

## **2-7 Enveloppe « globale » des hôpitaux (budget global ou dotation globale) :**

Chaque hôpital ne doit pas dépasser les crédits qui lui sont attribués. Il dépend directement de la caisse d'assurance maladie après négociation périodique selon l'activité prévisionnelle des différents services hospitaliers (pas de tarification proprement dit).

### **3) L'évaluation des résultats et du fonctionnement du système de santé :**

Perfectionner le recueil des données statistiques concernant les coûts et l'activité des systèmes de soins et développer la recherche sur les indicateurs de santé. Il faut évaluer les besoins en matériel et les effets des progrès techniques à l'hôpital. De même favoriser l'essor des procédures d'évaluation de la qualité des soins.

#### **4) Développement de l'éducation sanitaire :**

Il a un objectif particulier, amener chaque personne à se prendre plus en charge sur le plan de la conservation de la santé. Ceci peut amener à la réduction des dépenses par diminution des maladies (carie dentaire) et réduction de la médicalisation de certains problèmes de santé (certains Problèmes de nutrition).