

# Inégalités de dépenses de soins

*Les dispositifs d'analyse et  
d'observation statistiques  
développés et utilisés à la  
DREES*

*Christelle Minodier et Guillaume Vidal*  
**DREES**

*Sous-direction Observation de la Santé  
et de l'Assurance Maladie*

# Deux types de dispositifs

- La maquette des dépenses de santé des ménages
- Le PMSI

# Pourquoi une maquette sur les dépenses de santé des ménages ?

- Manque de données micro-économiques sur les dépenses de santé.
- L'appariement EPAS-SPS, principale source sur le sujet :
  - ne fournit pas la dépense au niveau ménage ;
  - ne distingue pas les remboursements OC et les frais payés par les individus ;
  - ne fournit pas les primes versées aux organismes complémentaires.
- Construction de la maquette en collaboration avec la DGTPE, l'IRDES et la CNAMTS. Travail encore en cours

# Description et objectifs de la maquette

- Echantillon de 8 000 ménages et de 22 000 individus pour lesquels on connaît ou on simule :
  - par type de soins, les remboursements de la Sécu, de la CMUC et des OC + les frais payés directement par les ménages ;
  - des données sur les caractéristiques socio-économiques, sur l'état de santé et sur la couverture complémentaire.
- Deux objectifs principaux :
  - Approfondissement des analyses de redistribution et du financement des dépenses de santé des ménages selon leurs caractéristiques.
  - Analyse de l'impact d'une réforme sur des populations cibles et de ses conséquences sur le marché des OC

# Construction de la maquette

- La maquette est un enrichissement de la base EPAS-SPS.

## EPAS 90 000 personnes environ

Dépense totale / remboursement sécu /  
dépense non remboursée par la sécu

SPS (IRDES) : 22 000 personnes 8000 ménages  
variables socio-économiques / état de santé / complémentaire

Personnes tirées dans l'EPAS  
Données appariées  
10 000 personnes

Autres membres du ménage  
Données non appariées  
12 000 personnes

**1ère étape** : par une technique statistique, imputer les dépenses pour les 12 000 individus absents de l'EPAS afin de passer au niveau ménage

**2ème étape** : à partir de l'enquête DREES sur les contrats modaux, imputer le remboursement OC et les frais payés par les 22 000 individus et les 8 000 ménages

# 1ère étape : passage à une base ménage

- Imputation des dépenses : utilisation du Hot Deck pour préserver les corrélations entre les dépenses de santé.
- Le principe :
  - Attribuer à un individu dont les dépenses sont inconnues les dépenses d'un individu pour lesquelles elles sont connues.
  - Ces deux individus doivent avoir des caractéristiques expliquant la dépense proches, définies ici par un modèle de régression.
- Limites de la méthode :
  - Résultats fragiles sur des niveaux fins d'analyse
  - Prise en compte de la corrélation intra ménage à affiner

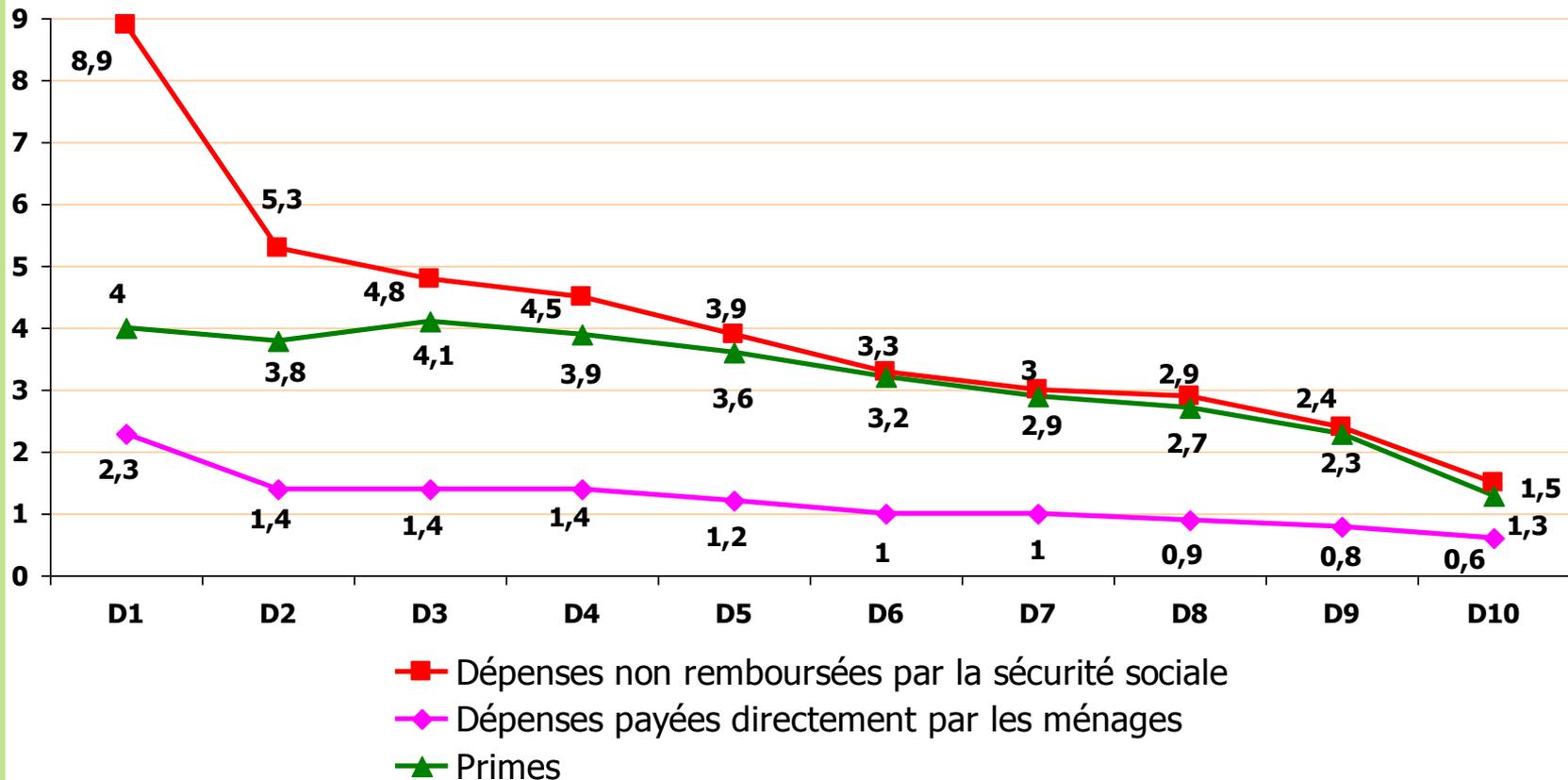
## 2ème étape : imputation des remboursements et des primes OC

- Initialement, attribution de la qualité d'un contrat selon cette matrice de probabilités.

	IP		Mutuelle		Sociétés d'assurance	
	collectif	individuel	collectif	individuel	collectif	individuel
A	25%	18%	18%	2%	87%	5%
B	26%	9%	27%	46%	8%	14%
C	48%	70%	38%	42%	5%	58%
D	1%	3%	17%	11%	0%	22%

- Désormais, utilisation de deux critères supplémentaires : âge / prime et appréciation du contrat déclarées dans SPS.
- Limite : représentativité des contrats de l'enquête Drees

# Exemple de premiers résultats : taux d'effort



Source : EPAS-SPS 2006, Irdes, Cnamts, RSI, MSA, maquette de la Drees en collaboration avec la DGTPE, calculs Drees

Champ : Ménage ordinaire, France métropolitaine

# Deux types de dispositifs

- La maquette des dépenses de santé des ménages
- Le PMSI

# Le PMSI

- Le PMSI
  - Présentation des bases
  - Exemples d'utilisation

# Qu'est-ce que le PMSI ?

- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (ATIH)
  - système d'information qui tient compte des pathologies et des modes de prise en charge (Art. L6113-7 CSP 1991)
  - champ d'application : hôpital (public et privé)
  - finalités : tarification et planification
- Unité de base : le séjour hospitalier
  - données localisées (patient et établissement)
- 4 PMSI : MCO, SSR, HAD, RIM-P
- Possibilité de "chaînage"
  - entre les PMSI ⇒ suivi de trajectoires de patients au sein de l'hôpital
  - avec les données de l'Ass. Mal ⇒ trajectoires ville / hôpital

# Informations contenues dans le PMSI

- Niveau établissement
  - Identification et localisation
  - + capacités et personnels avec la SAE
  - Activité (séjours)
  - + coût de l'activité (échelles et études de coûts)
  - + données financières via les bases comptables
- Niveau patient
  - Âge, sexe, lieu de résidence
  - Mode d'entrée, mode de sortie, durée de séjour
  - Diagnostics principal et reliés
  - Actes réalisés

# Existence et couverture des PMSI

- Court-séjour (MCO) depuis 1997
  - Taux de couverture : 92% en 1998, ~ 100% aujourd'hui
- Moyen séjour
  - HAD : depuis 2005, taux de couverture > 90%
  - SSR : bases exploitables depuis 2008, couverture ~ 95 %
- Psychiatrie
  - RIM-P depuis 2006, taux de couverture de l'ordre de 80%



Utilisations en longitudinal : Ne pas oublier de pondérer



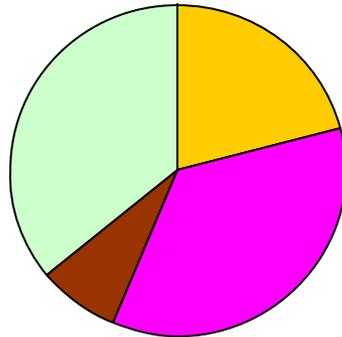
Exhaustivité  $\neq$  Qualité : Non-réponse partielle

# Le PMSI

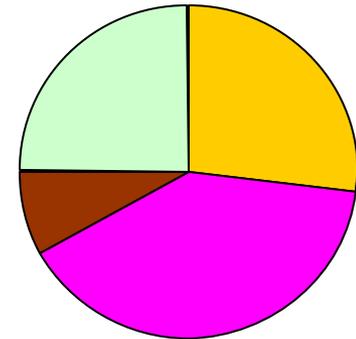
- Le PMSI
  - Présentation des bases
  - Exemples d'utilisation

# Parts de marchés en court-séjour

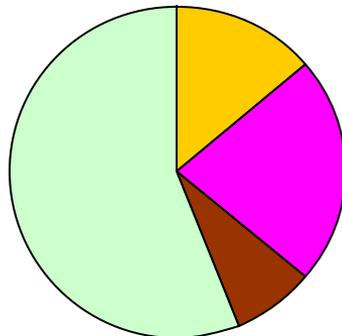
## Ensemble



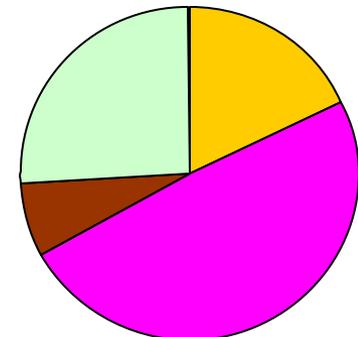
## Médecine



## Chirurgie



## Obstétrique

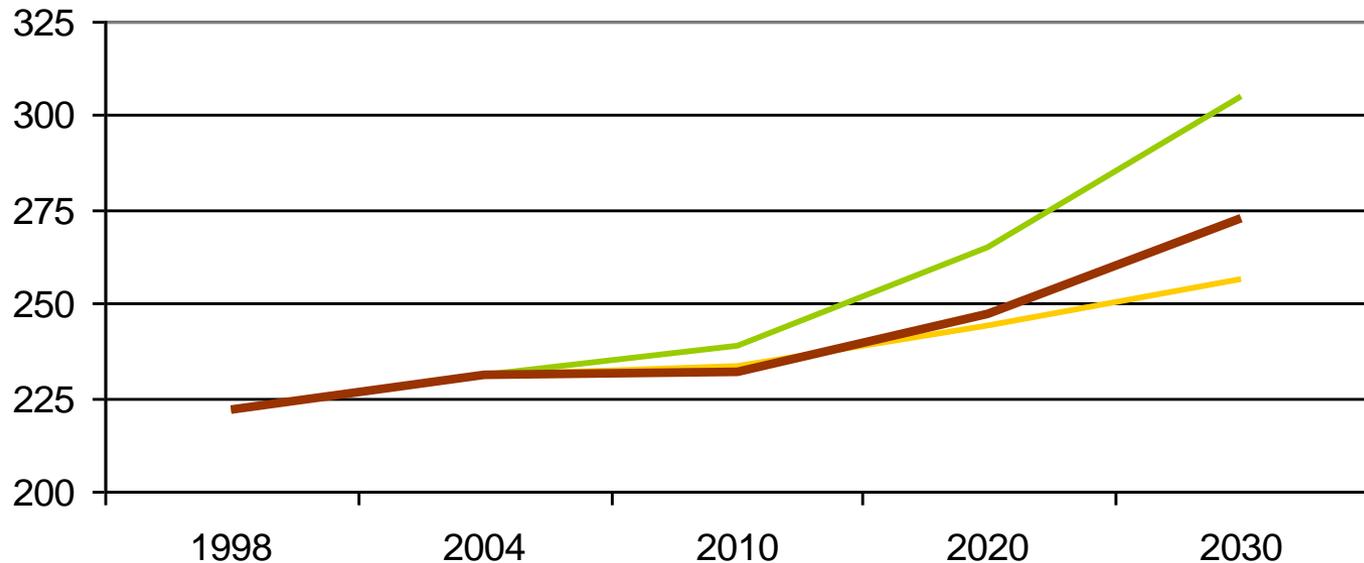


- CHU
- Autres étab. publics
- Etab. privés à but non lucratif
- Cliniques privées

# Tendances et exercices prospectifs (1/2)

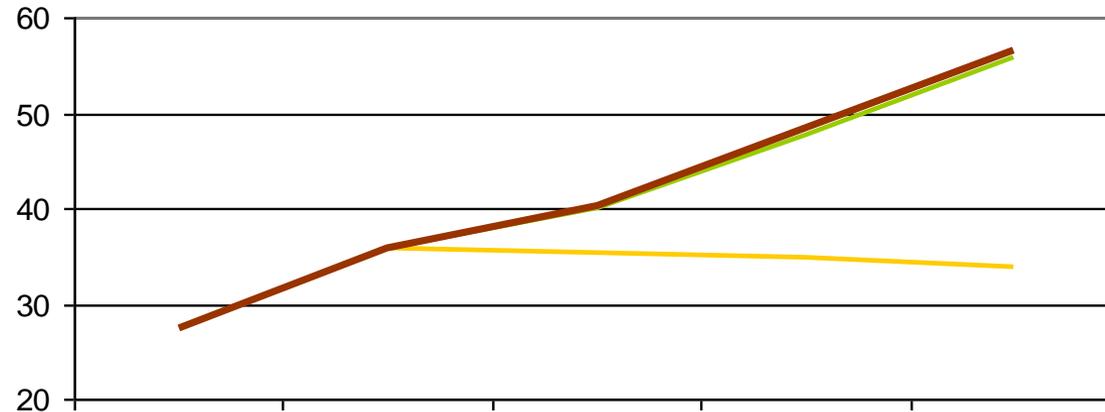
- Augmentation des taux d'hospitalisation
- Développement de l'ambulatoire
- Baisse des durées moyennes de séjours

Taux d'hospitalisation

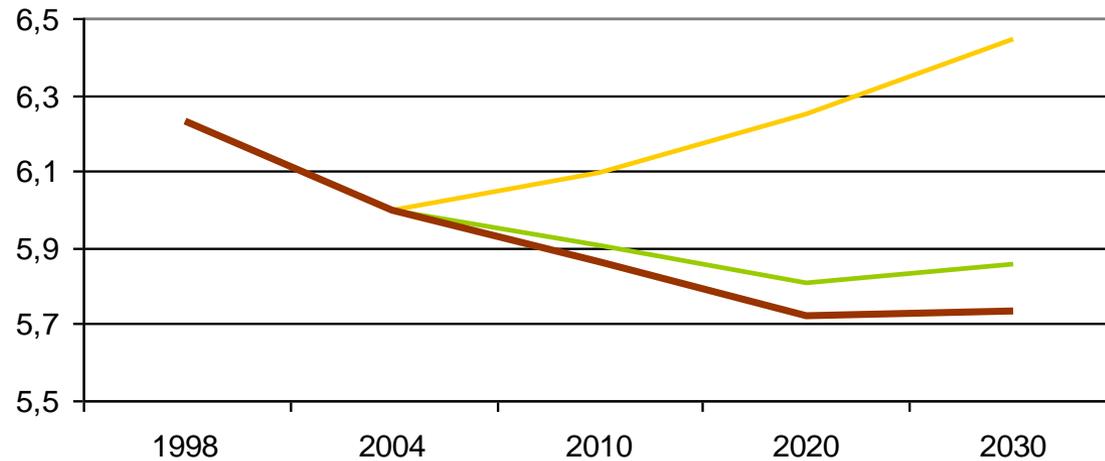


# Tendances et exercices prospectifs (2/2)

## Part de séjours en ambulatoire



## Durée moyenne de séjour



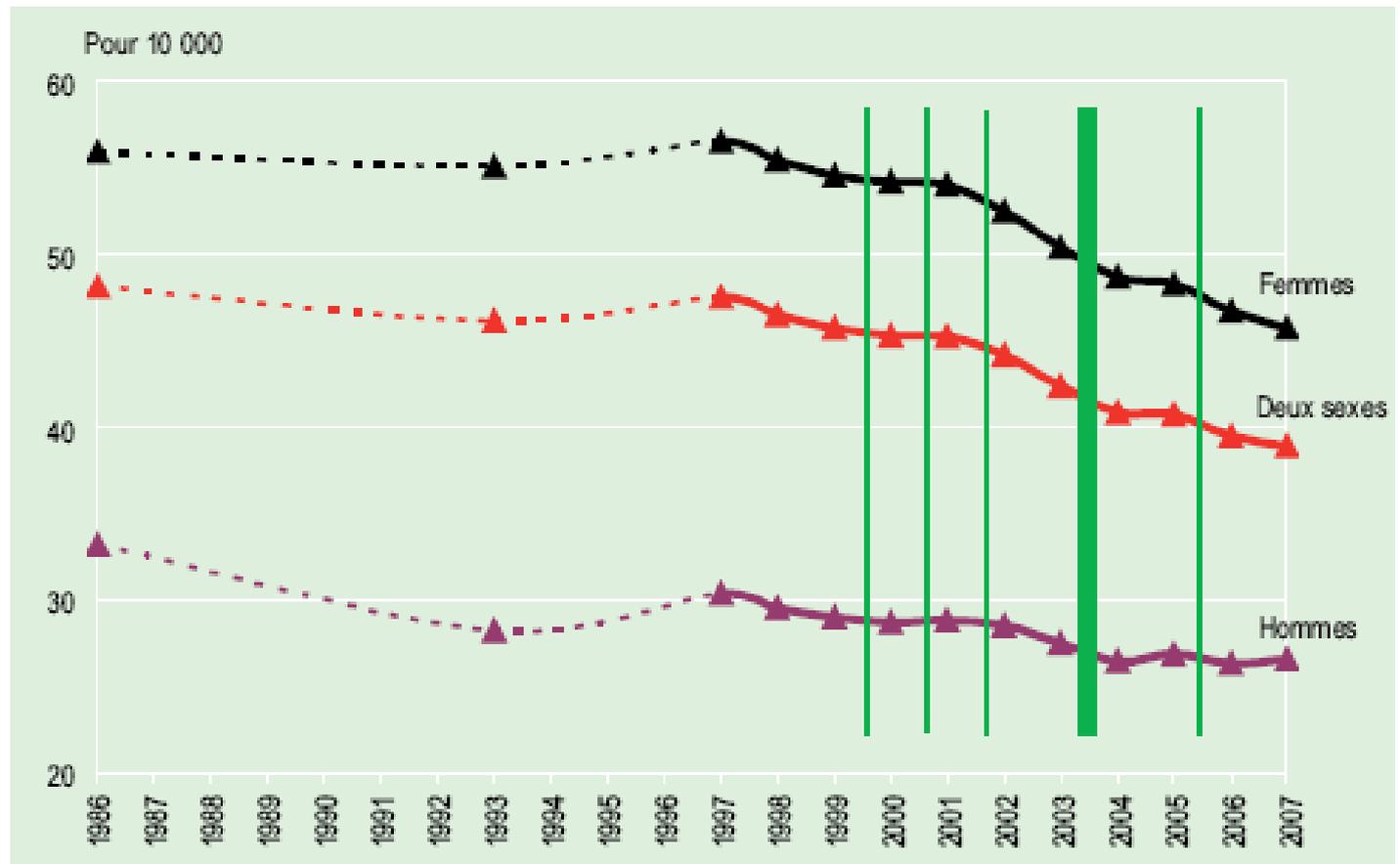
# Prise en charge de pop. spécifiques

## Exemple de la prise en charge de la précarité

- Recueil ad hoc pour :
  - définir les dimensions de la précarité
  - identifier des critères pour repérer les populations précaires
- Caractérisation à partir du PMSI :
  - utilisation de 11 variables (codes Z)
  - réparties en 4 dimensions (relations sociales, qualité du logement, niveau de revenu et accès aux droits)
- Résultats :
  - 11,9% des séjours avec au moins un code précarité
  - durée des séjours précaires plus élevée de 1,6 jours (8,1 contre 6,5 jours)

# Efficacité des politiques publiques

Exemple de la prévention de la fracture du col du fémur : impact des campagnes télévisées INPES pour la prévention des chutes



# Performance des prises en charge

## Exemple de la prise en charge des AVC

- Contexte :
  - fréquence élevée des AVC
  - gravité des AVC (mortalité, séquelles, institutionnalisation)
- Deux modes de prise en charge :
  - MCO et MCO + SSR
  - fortes disparités régionales dans le recours au SSR
- Étude :
  - Chaînage des PMSI MCO et SSR  $\Leftrightarrow$  base de personnes hospitalisées en SSR en « post AVC »
  - **Résultat : Amélioration de l'état de santé (moins de dépendance) des patients hospitalisés en SSR**

# Perspectives

- Déclinaisons régionales et analyse des disparités
  - Différences de pratiques
  - Différences des populations qui recourent
  - Différences d'offre
- Distances d'accès
  - Distance lieu d'hospitalisation - domicile du patient
  - Quelle offre de soins ? pour quel territoire ?
- Indicateurs de qualité
  - Performance
  - Transparence

# Merci de votre attention

**Liens utiles :**

*<http://www.sante-sports.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html>*

*<http://www.atih.sante.fr/>*