

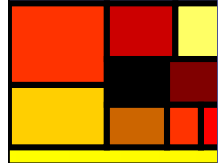
# Économie de la Santé

- I. Économie
- II. Protection sociale : principes, organisation
- III. Facteurs influençant la dépense de soins
- IV. Approche macro-économique
- V. Quelques systèmes...



# L'économie

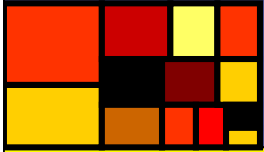
- Définitions possibles :
  - Processus de gestion d'une ressource qui est rare et achetable
  - Étude des flux d'argent, de biens ou de services
- Sous-disciplines :
  - Micro-économie : étude des motivations et comportements des acteurs économiques
    - ex : équilibre offre et demande, formation des prix...
  - Macro-économie : calcul d'agrégats représentant des volumes globaux de flux
    - Ex : calcul du PIB, des dépenses de santé...



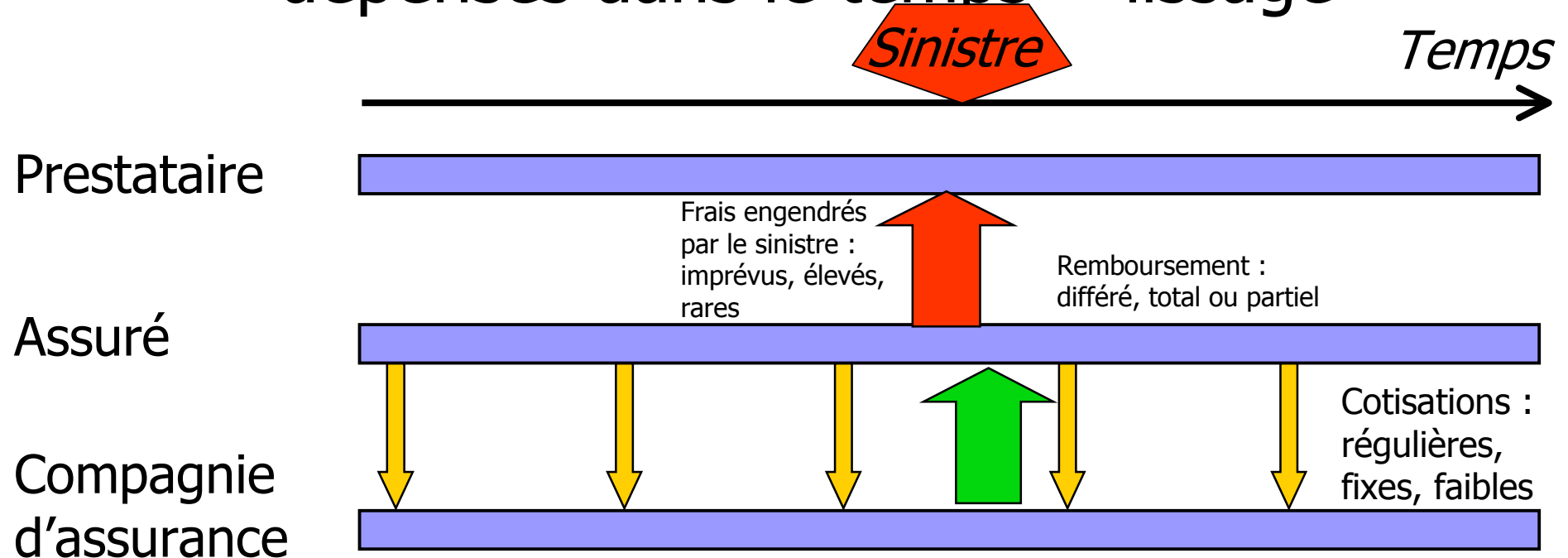
# Protection et assurance : principes généraux

- I. Les principes de l'Assurance
- II. La Capitalisation
- III. L'Assistance

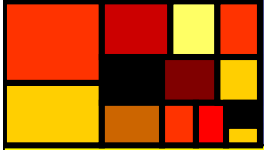
# Le principe d'Assurance : Lissage temporel



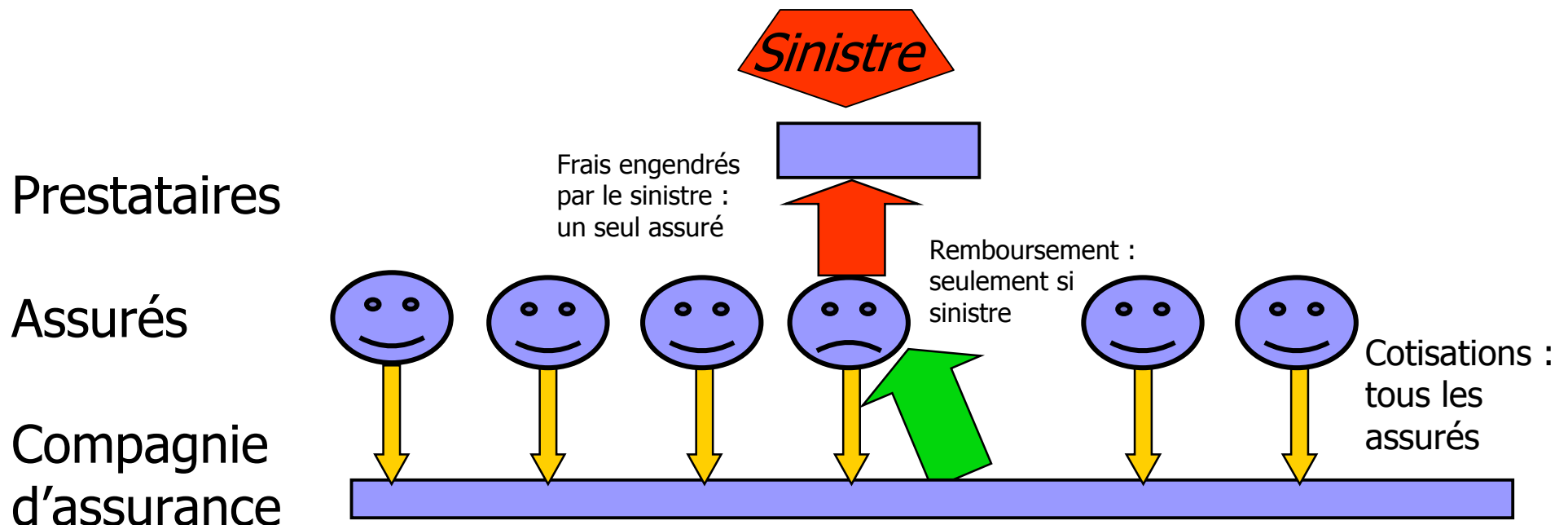
- L'assurance permet une répartition des dépenses dans le temps = lissage



# Le principe d'Assurance : Mutualisation du risque



- L'assurance permet une répartition des dépenses entre les assurés = mutualisation



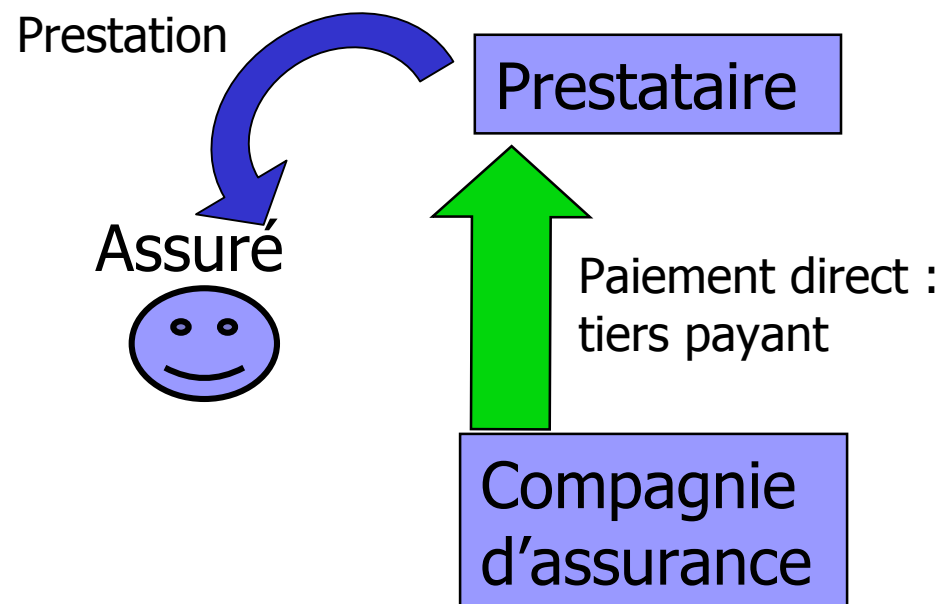
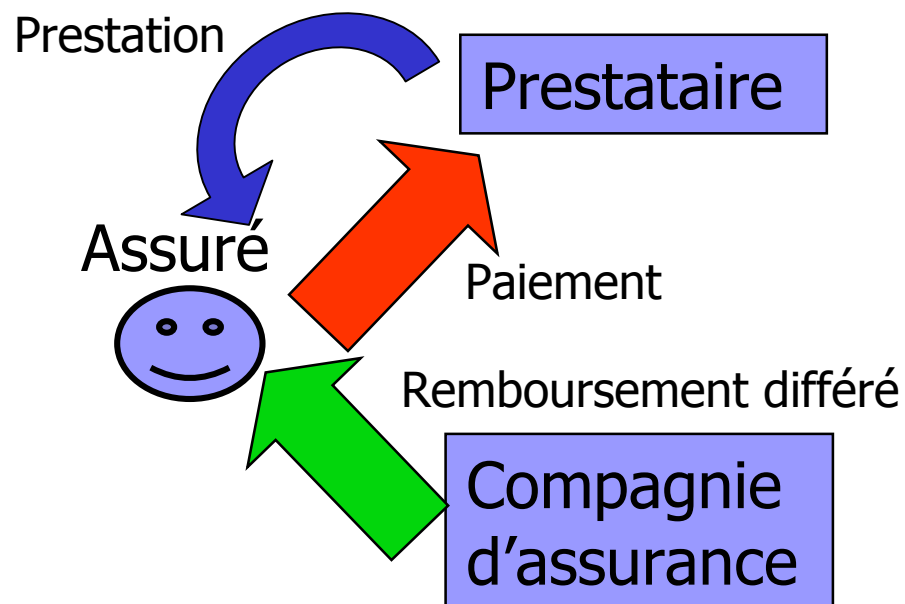
# Le principe d'assurance : tiers payant ou non



- Mécanisme de remboursement différé (=avance de frais) :

- Mécanisme de tiers payant (=sans avance de frais) :

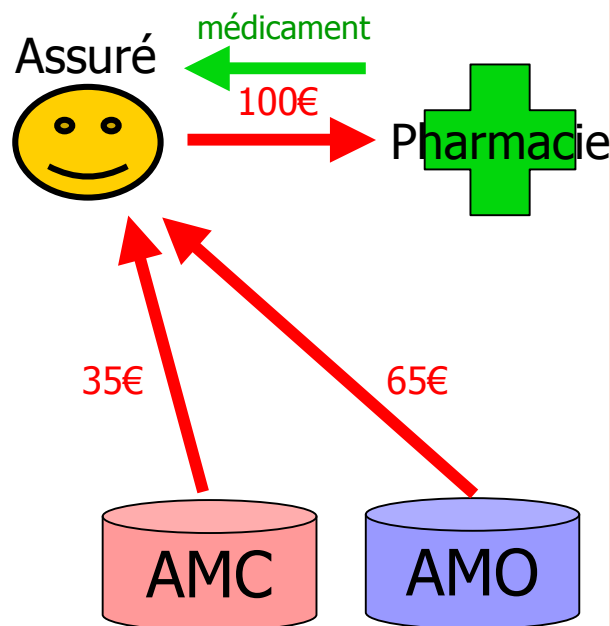
**⚠ Tiers payant ≠ couverture à 100%**  
↑ = un mécanisme de paiement ↑ = un taux de couverture.  
Ex : on peut avoir un tiers payant à 65%, ou une couverture 100% avec avance de frais.



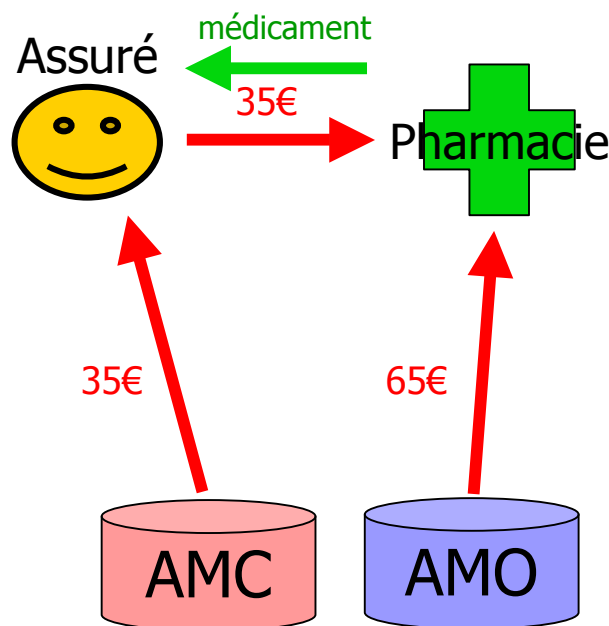
# Exemple concret de prestation en nature : médicament remboursé à 65%, avec AMC

1 boîte de Zélitrex à 100€, remboursée à 65% par l'AMO, et à 35% par l'AMC (=ticket modérateur)

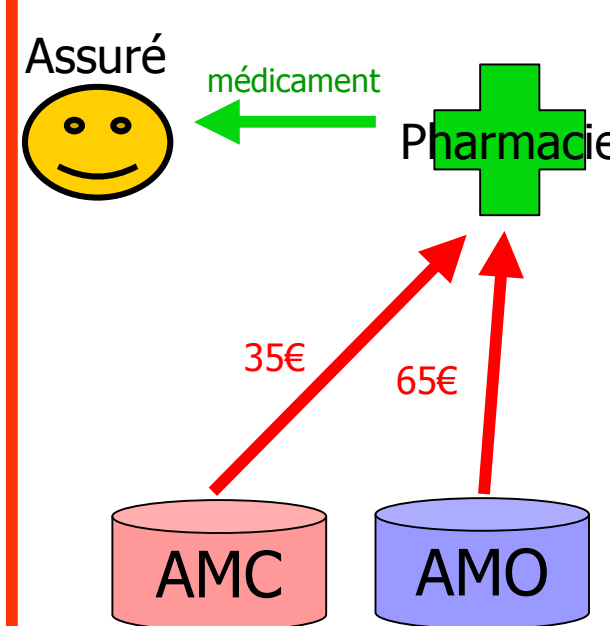
Hypothèse 1 :  
avance de frais



Hypothèse 2 :  
tiers payant sur AMO



Hypothèse 3 :  
tiers payant sur AMO&C



# Différencier mécanisme et taux de couverture



- Expressions en rapport avec le taux de couverture :
  - « *Taux de couverture* »
  - « *Prise en charge à 100%* »
  - « *Ticket modérateur* »
  - « *Exonération du TM* »
  - « *Restant à charge* »
- Expressions en rapport avec le mécanisme de couverture :
  - « *Tiers payant* »
  - « *Avance de frais* »
  - « *Remboursement différé* »





# Le principe d'assurance

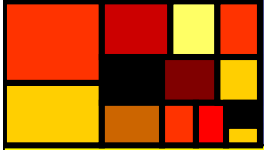
- Les droits sont acquis par cotisation
  - La cotisation peut être facultative ou obligatoire
  - Le montant des cotisations dépend de la forme choisie : fixe, variable selon le revenu, le risque, selon les sinistres passés
  - Les personnes qui ne cotisent pas n'ont aucun droit
- Les prestations sont dues à l'assuré uniquement en cas de sinistre
  - L'existence et le montant des prestations dépendent de la nature et du montant du sinistre
  - A sinistre égal, deux possibilités :
    - Montant indépendant du montant des cotisations (ass. maladie)
    - Montant variable selon le montant des cotisations (« cotisation utile » : assurance retraite)

# Autres visions de la protection : la capitalisation



- Fonctionnement :
  - L'individu constitue lui-même un capital de protection (cotisations parfois déductibles du revenu imposable)
  - Le capital ainsi constitué permet de couvrir les risques
- Comparaison à l'Assurance
  - Lissage temporel : seuls les versements antérieurs au sinistre sont utilisables... à réserver aux sinistres survenant tard (retraite, décès...)
  - Pas de mutualisation entre assurés
- Exemples : épargne personnelle, assurance vie

# Autres visions de la protection : l'assistance



- Fonctionnement :
  - L'individu bénéficie d'une protection assurée par l'Etat
  - L'étendue est universelle et n'est pas subordonnée à l'adhésion ou au versement de cotisations
  - Le financement est donc public
- Comparaison à l'Assurance
  - Pas de lissage temporel car il n'y a pas de cotisation
  - On ne peut parler de solidarité entre assurés : le financement n'est pas issu des bénéficiaires
- Exemples : RSA, aide médicale d'Etat



# La Protection Sociale

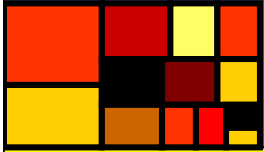
- I. La Protection sociale en général
- II. La Sécurité Sociale en particulier



# La protection sociale

- Mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des **risques sociaux** :
  - Accroissement des besoins (ex : hospitalisation)
  - Diminution des ressources (ex : arrêt de travail)
- La protection sociale décrit les mécanismes de couverture de certains risques sociaux

# Les risque sociaux couverts par la Protection Sociale



- L'ensemble de la Protection Sociale :
  - La santé :
    - maladie
    - invalidité, incapacité, décès
    - accidents du travail, maladies professionnelles
  - La famille, la maternité
  - La vieillesse : retraites
  - Le logement
  - L'emploi : chômage, inadaptation professionnelle
  - Pauvreté, exclusion
  - Divers :
    - délinquants, ex-détenus, alcooliques, drogués, victimes de catastrophes naturelles, victimes de violences criminelles, victimes d'accidents sans responsable...
- La Sécurité Sociale :
  - Un des acteurs de la Protection Sociale
  - Couvre une partie seulement de ces risques (liste ci-après, à connaître)
  - Sur les risques couverts, ce n'est pas le seul acteur

# Les prestations de la Protection Sociale



- Prestations en espèces
  - pension de retraite, prestations familiales, indemnités de chômage, indemnités journalières...
- Prestations en nature
  - remboursement différé d'une dépense engagée
  - tiers payant
- Prestations fiscales
  - exonérations ou réductions d'impôts
- Les prestations de services sociaux
  - accès gratuits ou semi-gratuits (services de santé, d'action sociale, de placement...).

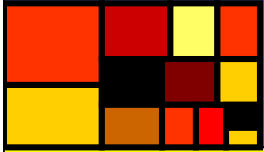
# Les régimes de la Sécurité Sociale



- Régime général (80%, 1945)
  - travailleurs salariés du commerce et de l'industrie
  - Puis les étudiants, les fonctionnaires, les invalides, les écrivains, le Clergé...
- MSA Mutualité Sociale Agricole (10%, 1961)
- Régimes spéciaux
  - SNCF, RATP, mines...
- RSI Régime Social des Indépendants



# Les branches du Régime Général (Travailleurs salariés)



- Assurance maladie : CNAMTS, 16 CRAM, 129 CPAM. Couvre les risques suivants :
  - Maladie
  - Maternité
  - Invalidité, incapacité
  - Décès
  - Accidents du travail et maladies professionnelles
- Assurance vieillesse : CNAV
- Allocations familiales : CNAF, CAF

# Attention au lexique !

- En disant « la sécu », les gens désignent souvent :
  - Une branche particulière : l'assurance maladie
  - Un régime particulier : le régime des travailleurs salariés
  - Donc seulement une caisse : la CNAMTS

		Régimes															
		Général				Agricole				Prof. Indép.				Spéciaux			
Bran- ches	Maladie																
	Vieillesse																
	Allocations Familiales																

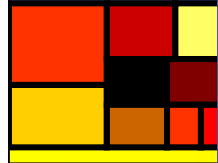
Sécurité sociale

CNAMTS

# Financement des caisses de Sécurité Sociale

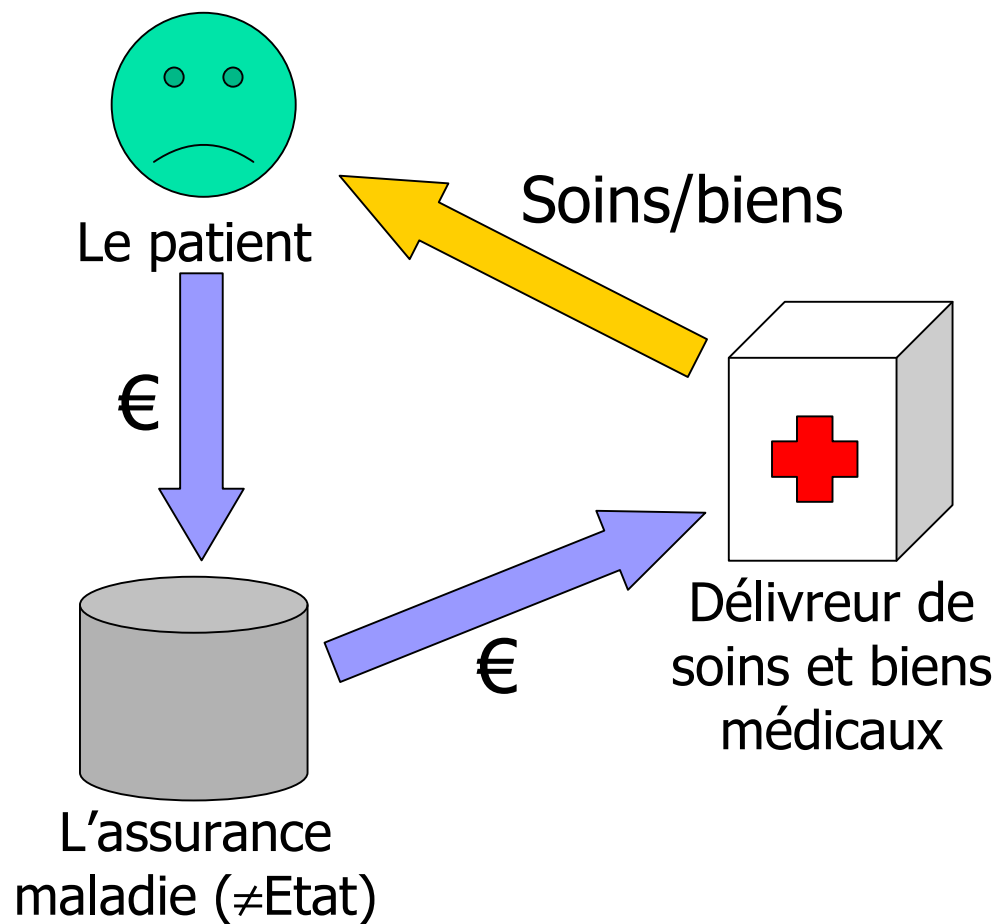


- Les cotisations, assises sur le salaire. Salariales et patronales.
  - Cotisations « utiles » : augmentent les droits du cotisant
    - ex : retraites
  - Cotisations « non utiles » : n'augmentent pas les droits du cotisant
    - ex : maladie
- Financement public : Cotisation Sociale Généralisée (déclaration IRPP)
- Taxes fiscales (alcool, tabac, promotion des médicaments, assurances automobiles...)
- Contributions publiques
- Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)
- Compensation entre régimes



# La Branche Maladie

# Acteurs et flux : relation généralisée



- **Délivrance de soins :**
  - **Hospitalisation**
    - Court/moyen/long séjour, PSY, HAD
    - Public, privé, PSPH
  - **Consultations**
    - En ville / en établissement
    - Médecins / dentistes / paramédicaux
- **Délivrance de biens médicaux :**
  - Médicaments
  - Lunettes
  - Prothèses...



# Acteurs de la couverture

- La Branche Maladie couvre les risques suivants :
  - Risque maladie
  - Risque maternité
  - Risques invalidité, incapacité, décès
  - Accidents du travail et maladies professionnelles
- La couverture est assurée par plusieurs acteurs :
  - Un organisme obligatoire (AMO) :
    - La Sécurité sociale (CNAMTS, autres régimes)
  - Des organismes complémentaires (AMC) :
    - Les mutuelles (assurances privées non lucratives)
    - Les compagnies d'assurance privées (à but lucratif)

# Comparatif des acteurs de la branche Maladie



	<b>Sécurité Sociale</b>	<b>Mutuelles</b>	<b>Assurances privées</b>
<b>Adhésion obligatoire</b>	OUI	non	non
<b>Sélection des adhérents</b>	Non	Possible	Possible
<b>Montant des cotisations</b>	Variables selon le revenu	Fixe	Variables selon le risque individuel
<b>Solidarité</b>	OUI, universelle	OUI, entre adhérents d'une même mutuelle	OUI, entre adhérents du même niveau de risque
<b>Couverture</b>	De base	Complémentaire	Complémentaire
<b>Équilibre financier</b>	En pratique déficitaire	Obligatoirement équilibré	Excédentaire (but lucratif)

# Couverture du risque Maladie



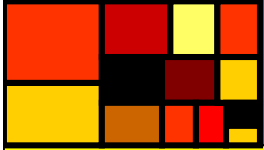
- Bénéficiaires : les cotisants et leurs ayant-droit
- Prestations
  - En espèces : indemnités journalières
  - En nature : remboursements PARTIEL des frais médicaux. La partie non remboursée est nommée « ticket modérateur ». Exonérations du ticket modérateur sous conditions (ALD...)
- La CMU couvre gratuitement tout résident qui ne peut pas cotiser
  - Depuis 1999, l'État cotise à l'AM à la place des bénéficiaires
  - CMU : couverture régime obligatoire (AMO)
  - CMU complémentaire : mutuelle très complète gratuite, pour des personnes déjà assurées (AMC en complément d'une AMO ou de la CMU)

2,2 millions  
bénéficiaires  
en 2011

4,3 millions  
bénéficiaires  
en 2011



# Couverture du Risque Maternité

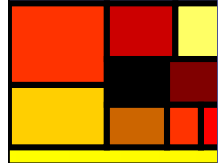


- Conditions :
  - Déclaration de grossesse
  - 7 examens obligatoires
  - Certificat d'accouchement
  - Examen post-natal
- Prestations
  - En nature : frais médicaux
  - En espèce : indemnités journalières (de 16 à 46 semaines, hors grossesse pathologique)

# Couverture des autres risques



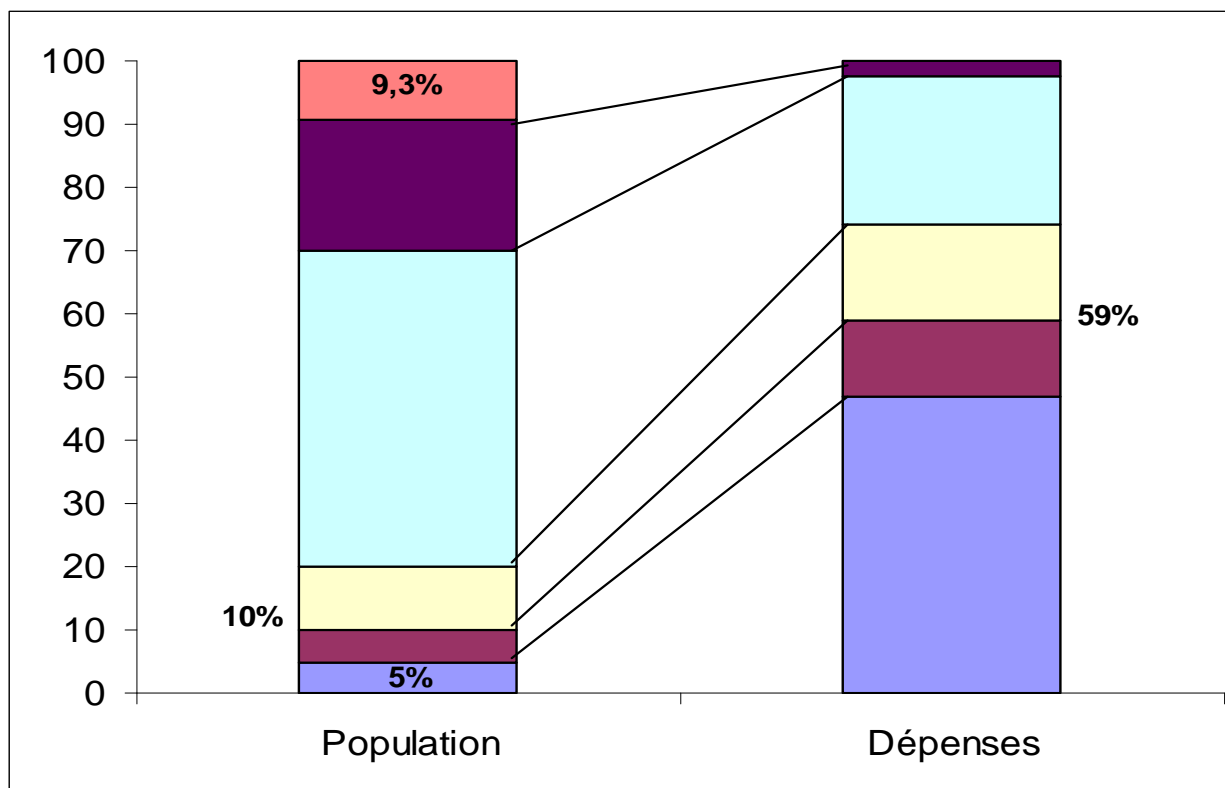
- Risque invalidité
  - couverture d'une perte de revenu importante
- Risque décès
  - Allocation de 3 mois de salaire aux personnes à charge
- Accidents du Travail, Maladies professionnelles
  - Couverture à 100% des frais médicaux en tiers payant
  - Indemnités journalières



# Facteurs influençant les dépenses de Santé

Les éléments présentés ici  
le sont à titre indicatif.

# Répartition des dépenses de soins médicaux dans la population



10% des personnes concentrent 59% des dépenses

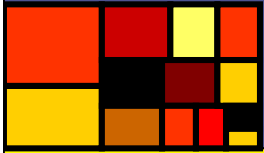
Source: EPAS/ESPS 1995 CREDES n°1269 1999

# Répartition des dépenses de soins médicaux dans la population



- 45 % des gens consomment surtout des soins de généralistes et de la pharmacie (760 €/an)
- 28 % consomment surtout des soins spécialisés (840 €/an)
- 10% consomment surtout des soins hospitaliers (de 3 800 à 9 200 €/an)
- 10% ne demandent aucun remboursement

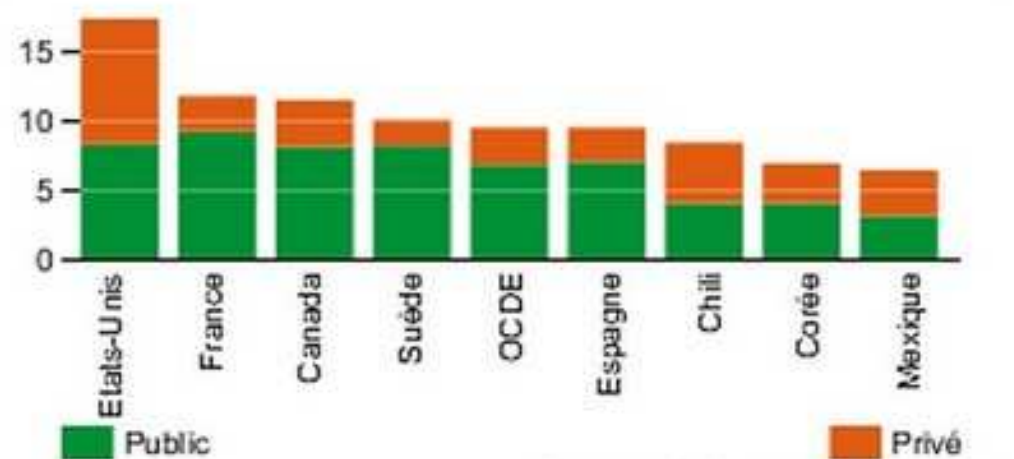
# Facteurs influençant la dépense de santé



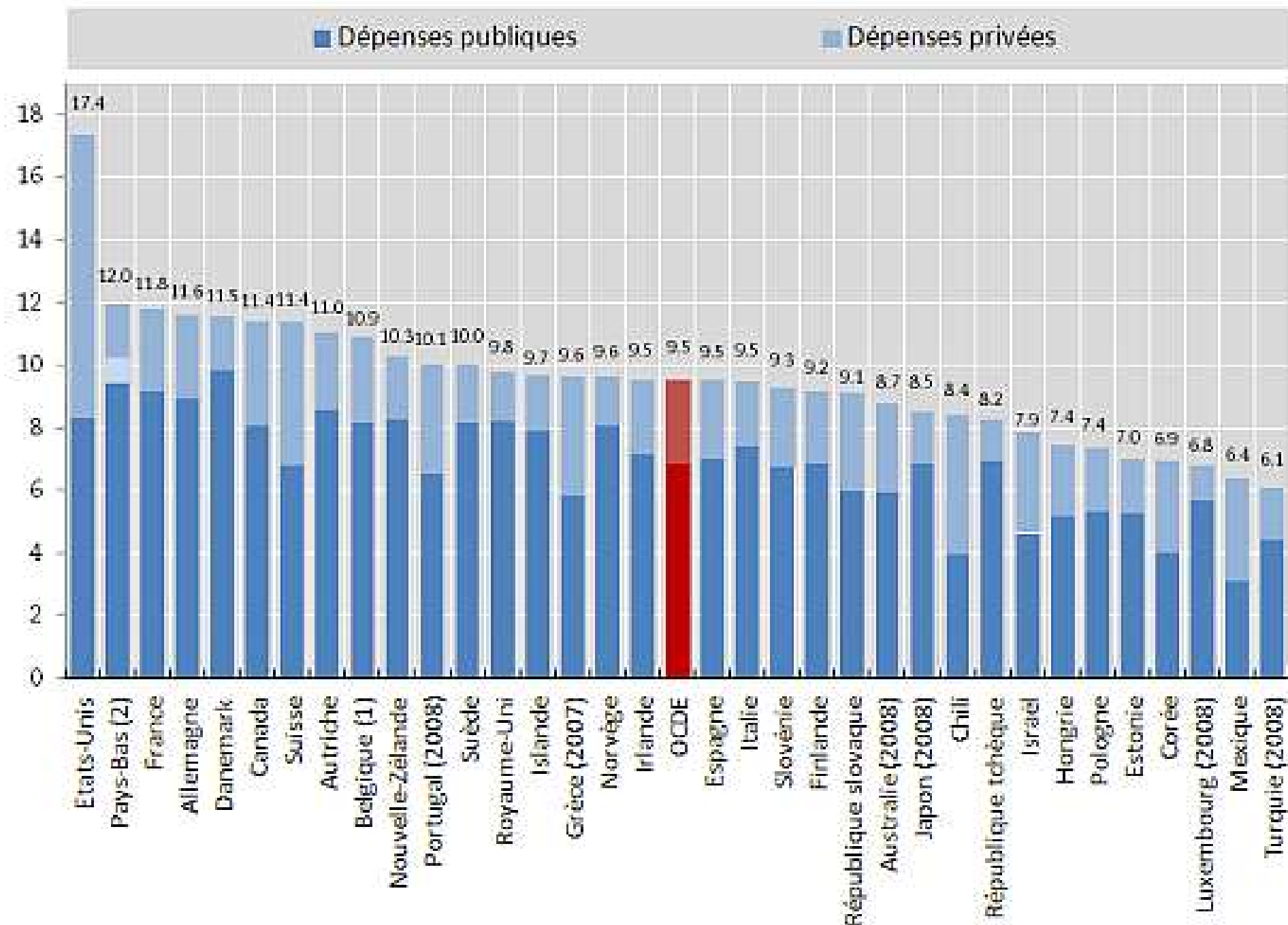
## ■ Niveau de développement économique

- Plus il est élevé, plus la dépense (rapportée au PIB) augmente.
- 90 à 95% des différences de dépenses de santé entre pays de l'OCDE (hormis USA et Luxembourg) s'expliquent par le niveau de PIB.

Le prix de la santé  
Dépenses totales pour la santé en % du PIB, 2009



Source: OECD Health Data 2011



Source : OCDE, 2009

# Facteurs influençant la dépense de santé



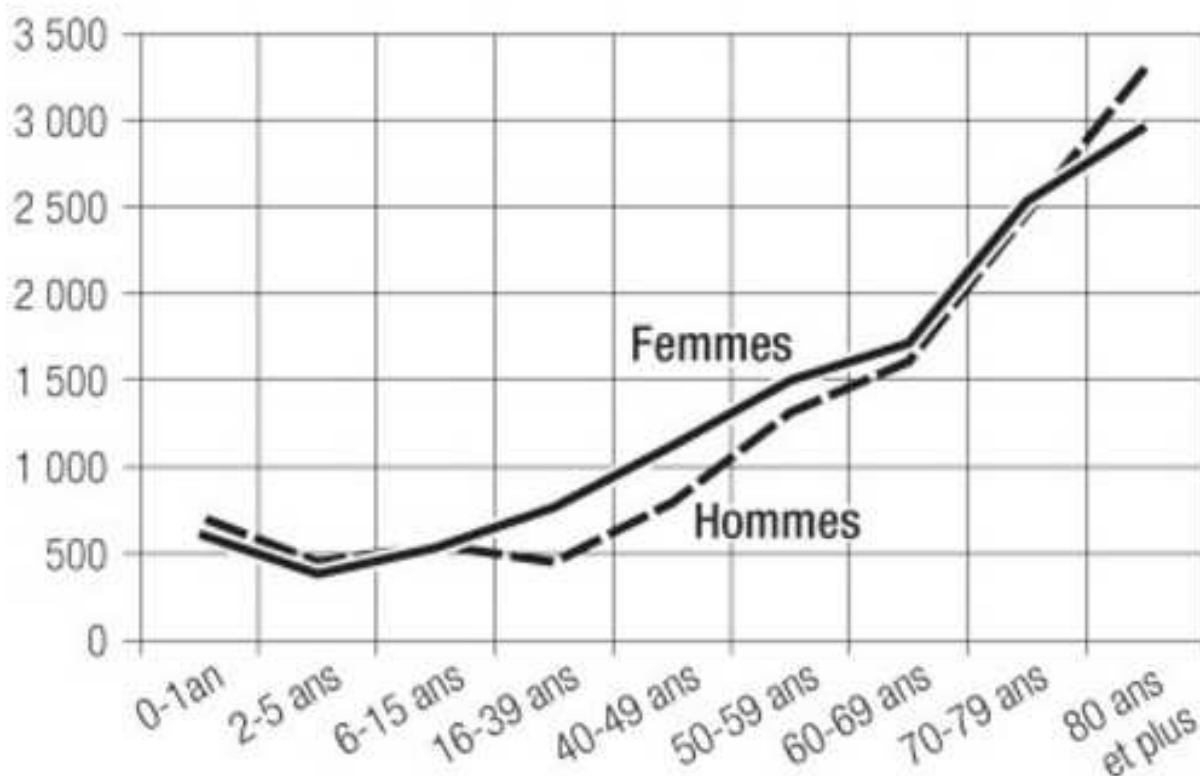
- Variables démographiques :
  - âge et sexe influent sur la consommation de soins. La courbe des dépenses selon l'âge prends la forme d'un « J » :
    - surconsommation des enfants de moins de 2 ans
    - élévation continue des dépenses jusqu'à 80 ans
    - dépenses supérieures chez les femmes (maternité)
  - Effet génération : à âge égal, les générations les plus récentes consomment davantage que les plus anciennes
  - Surcoût de la dernière année de vie



# Facteurs influençant la dépense de santé



Dépenses en euros



Source : Appariement EPAS-SPS 2006, traitement de la Drees.

# Facteurs influençant la dépense de santé



- Variables socio-économiques :
  - Modes de vie
    - Conditions de travail (stress, amiante, accidents du travail...)
    - Accidents domestiques et de la route
    - Modes d'alimentation
    - Conduites d'addiction (alcool, tabac, drogues)
    - Sédentarité

# Facteurs influençant la dépense de santé

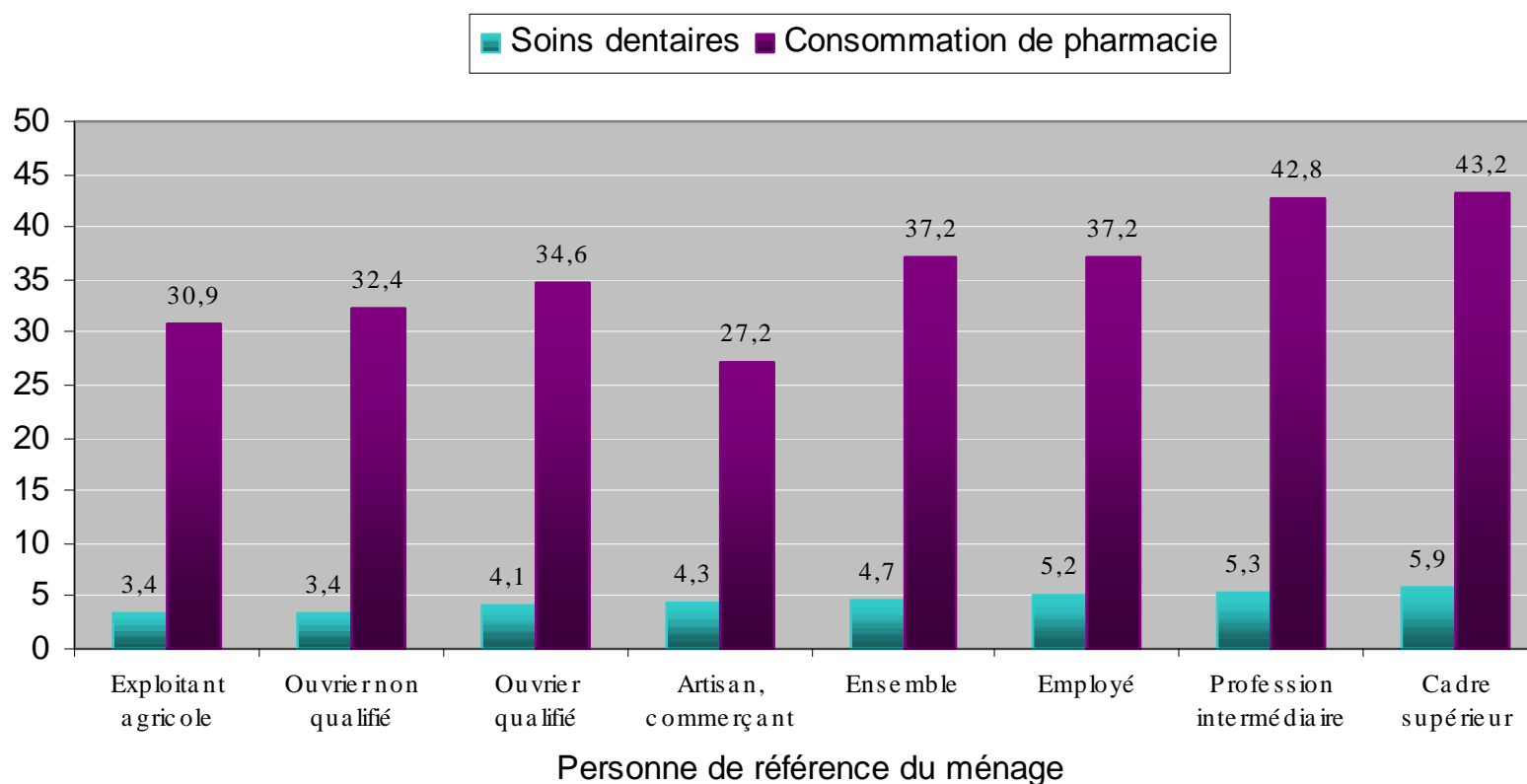


- Variables socio-économiques :
  - Niveau d'éducation et milieu social
    - Les cadres, artisans, commerçants, employés et ouvriers qualifiés ont une consommation moindre
    - Par rapport aux ouvrier non qualifiés, les cadres et les professions libérales recourent
      - moins à l'hôpital et au généraliste,
      - plus au spécialiste et au dentiste
    - Professions intermédiaires : consommation la plus élevée.
    - Ouvriers, manœuvres et chômeurs recourent au soins plus tard

# Facteurs influençant la dépense de santé



% de consommateurs de soins dentaires et de pharmacie en un mois



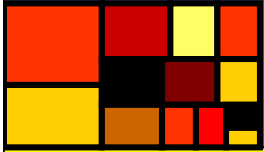
Source : CREDES, 1999

# Facteurs influençant la dépense de santé



- Variables socio-économiques :
  - Revenu : rôle peu important
    - À couverture sociale et morbidité identique, les titulaires de revenus plus élevés ne consomment pas plus
  - Coût des soins restant à la charge du patient
    - Influence diminue quand la pathologie est grave ou que les soins sont donnés à l'hôpital
    - Très corrélé aux revenus, à la couverture sociale et à l'éducation

# Facteurs influençant la dépense de santé

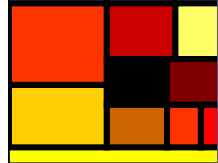


- Offre de soins
  - Corrélation forte entre:
    - Nombre de lits et nombre de journées d'hospitalisation par habitant
    - Densité de spécialistes et nombre de consultations par personne protégée (faux pour les généralistes)
    - Densité de médecins et consommation de soins



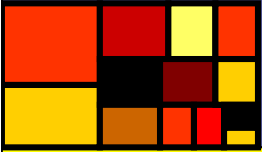
Phénomène de la **demande induite** par l'offre

Le surcroît de recours au soins répond-il à un besoin de soins non satisfait jusqu'alors ou à une influence des offreurs sur le recours aux soins ou sur la prescription?



# Approche macro- économique

# Agrégats – Les comptes de la santé (valeurs 2011)



## Consommation de soins et de biens médicaux

180 milliards d'euros  
9 % du PIB

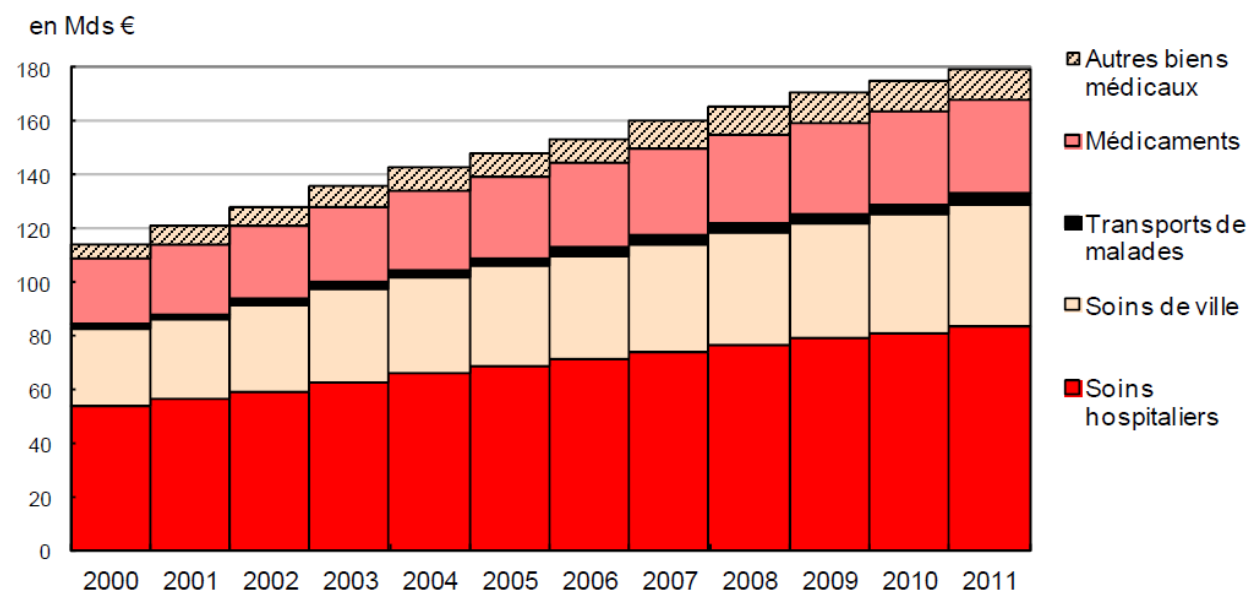
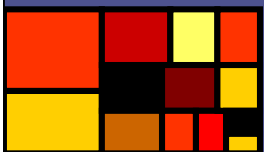
## Dépense Courante de Santé

240 Milliards d'euros  
12% PIB

- CSBM
  - soins hospitaliers et en sections médicalisées
  - soins ambulatoires
  - transports sanitaires
  - biens médicaux
- DCS
  - CSBM
  - services de médecine préventive
  - indemnités journalières
  - prévention collective
  - subventions
  - recherche
  - formation
  - administration sanitaire

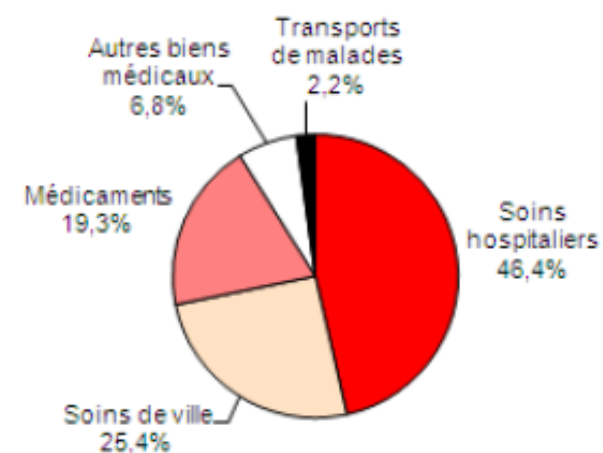


# La Consommation de Soins et de Biens Médicaux



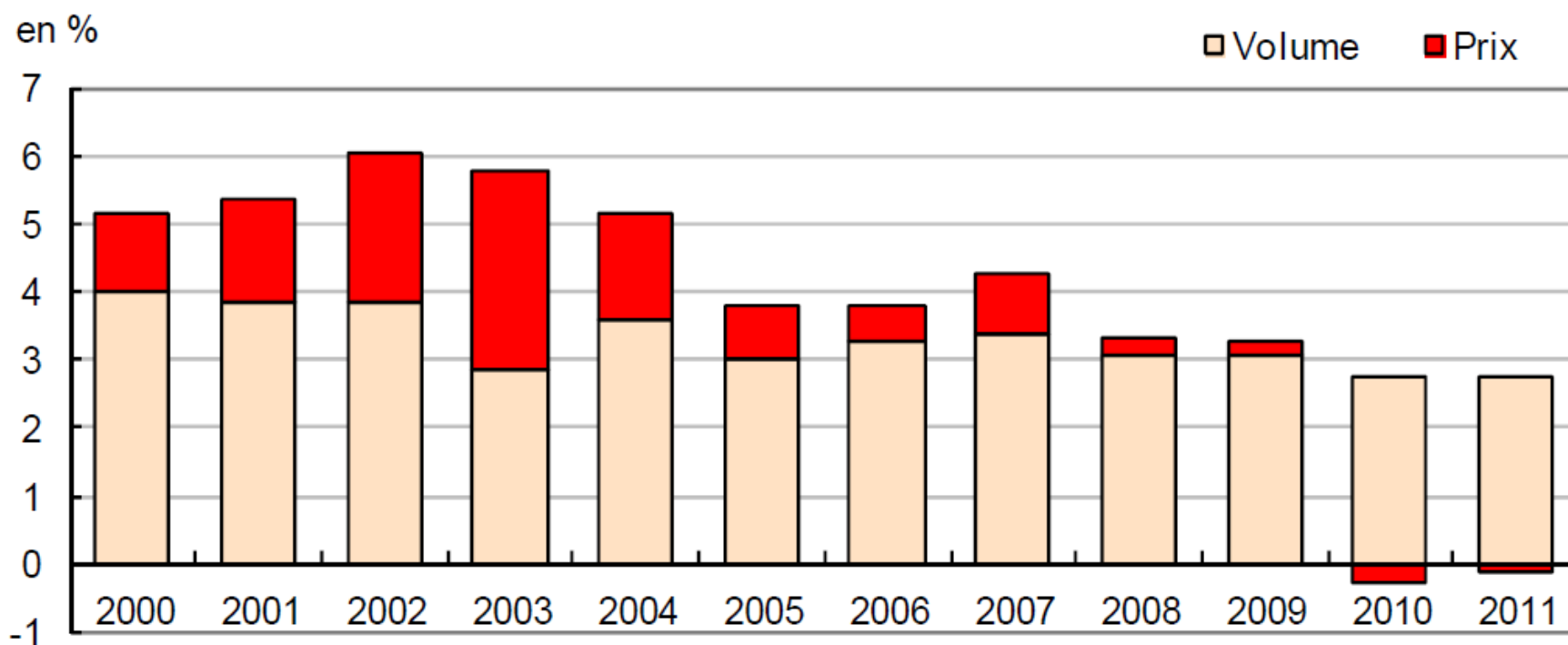
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 2011



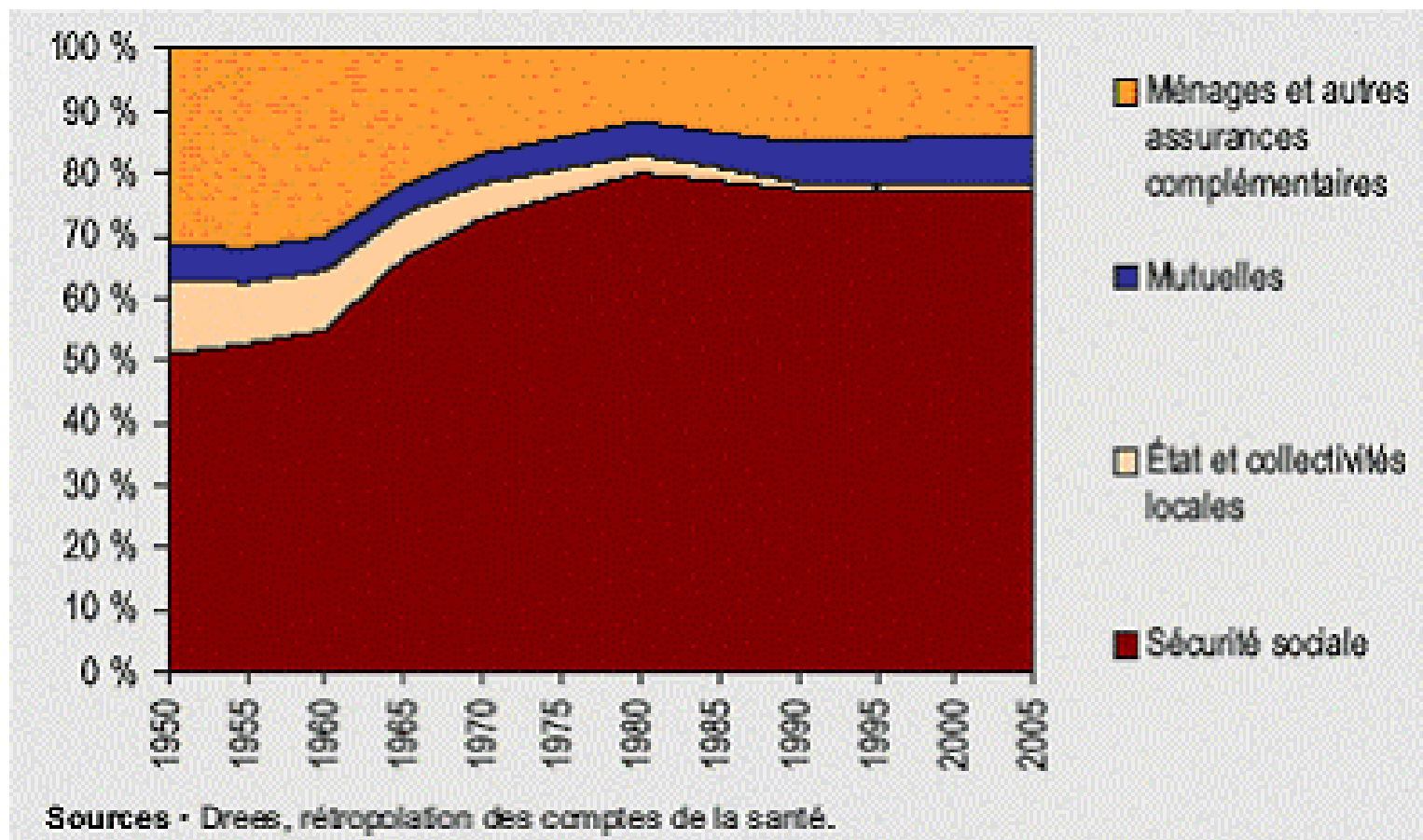
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

# Évolution de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux

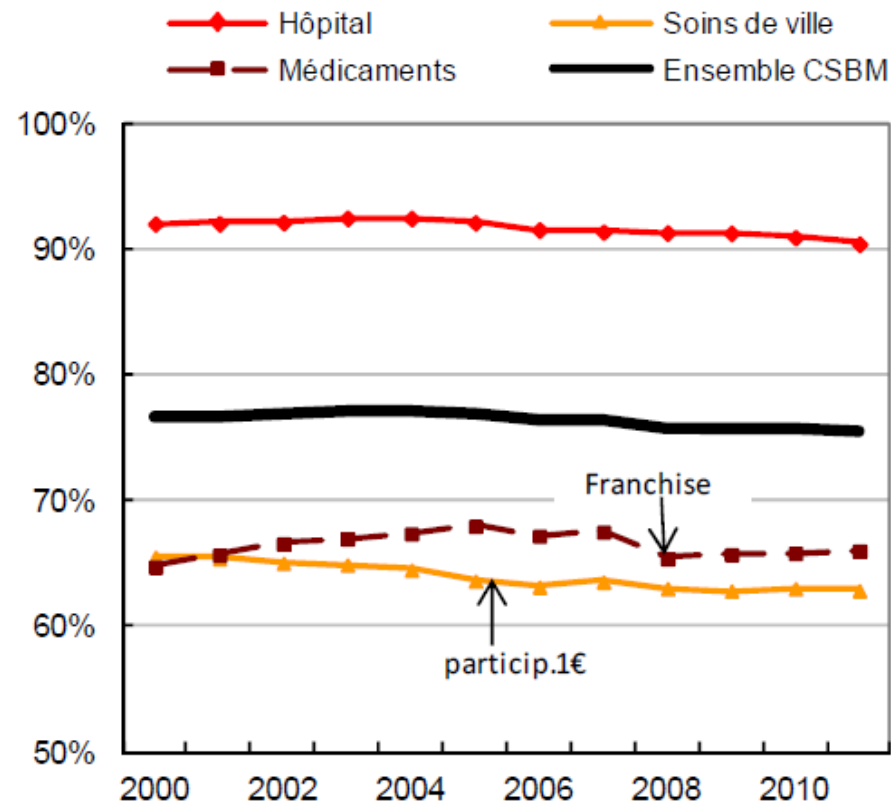
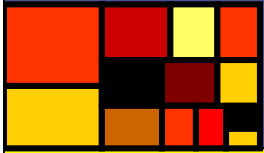


Sources : DREES, Comptes de la santé.

# Évolution de la consommation de soins et de biens médicaux



# Prise en charge de la CSBM par la Sécurité Sociale

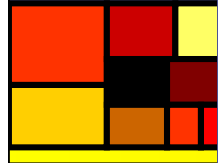


Sources : DREES, Comptes de la santé.

# La dépense publique de Santé



- **L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie :**
  - Depuis 1997, est fixé pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie chaque année
  - Voté par le parlement dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité sociale
  - Décliné par secteur :
    - Soins de ville,
    - Établissements sanitaires sous dotation globale,
    - Établissements du secteur médico-social,
    - Cliniques privées



# Quelques systèmes de protection sociale...

- I. Système Bismarck
- II. Système Beveridge
- III. Système belge !

# Systeme Bismarck



- Exemple : la France
- Sécurité Sociale :
  - Structure de droit privé (... mais ONDAM)
  - Financement assis sur les cotisation salariales et patronales (... mais CSG et CRDS)
  - Système co-géré par les « partenaires sociaux »
    - Conflits d'intérêts
    - Gestion fataliste
  - Les recettes sont prévisibles, les dépenses sont constatées a posteriori => dépenses croissantes, fort déficit

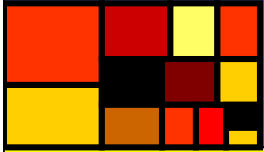


# Systeme Beveridge


- Exemple : Royaume-Uni
- National Health System :
  - Structure étatique
  - Financé par l'Impôt
  - Géré par l'Etat
  - Le niveau des dépenses est fixé à l'avance, les ressources sont dépensées au fil de l'année, jusqu'à épuisement des crédits => gestion de la pénurie



# Le système belge



- Le système belge ressemble beaucoup au système français, mais sans monopole
- Le régime obligatoire d'assurance maladie est assuré par 5 mutuelles :
  - Le choix d'une mutuelle est obligatoire mais libre
  - Les cotisations sont prélevées sur les salaires
  - Les mutuelles sont réellement de droit privé
  - Les mutuelles sont mises en concurrence



# Médicament et assurance, pour clarifier rapidement...

- I. En secteur ambulatoire
- II. En secteur hospitalier
- III. Médicament générique

# En secteur ambulatoire



## Lexique :

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

SMR : Service Médical Rendu

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

HAS : Haute Autorité en Santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

- Essai thérapeutique mené par le Laboratoire pharmaceutique (phases 1, 2, 3)
- AFSSAPS : évaluation du SMR et délivrance de l'AMM
- Commission de Transparence de la HAS : évaluation de l'AMSR
- CEPS : détermination du prix et du taux de remboursement en fonction de l'AMSR

# En secteur ambulatoire



Type	Exemple	Prix et %remb	Déli-vrance	Payeur	Publicité grand public
Médicament remboursable classique	Antibiotique	Fixés par le CEPS, identiques partout	Sur ordonnance	SS +/- patient et mutuelle	Interdite
Médicament non remboursable, non libre	Pilule contraceptive mini-dosée	Taux=0% Prix libre, variable selon les pharmacies	Sur ordonnance	patient	Interdite
Médicament en vente libre	Certains médic <sup>ts</sup> contre le rhume	Taux=0% Prix libre, variable selon les pharmacies	Vente libre	patient	Autorisée (NB: vente libre souhaitée par le laboratoire)



# En secteur hospitalier

- Système de libre marché
  - Médicament délivré par la pharmacie centrale
  - Avec ou sans AMM
  - Pas de fixation du prix : négociation entre établissement (ou centrale achat) et laboratoire
    - Coût variable selon l'établissement
    - Coût inférieur ou supérieur au coût en ville
    - Intérêt à limiter le choix par classe pharmaceutique
- Pas de remboursement
  - Couvert par le financement du séjour (sauf Molécules Onéreuses FICHSUP)
  - Intérêt à rationaliser les prescriptions
  - Après la sortie, retour en système ambulatoire



# Médicament générique

- Définition :
  - Le même principe actif qu'un médicament autorisé et tombé dans le domaine public (10 ans seulement en France)
- Démarches :
  - Beaucoup plus légères et rapides
  - « étude de bio-équivalence » suffisante car molécule identique
- En secteur ambulatoire :
  - Prix obligatoirement plus faible
  - Taux de remboursement généralement identique
  - Autres conditions identiques
- En secteur hospitalier :
  - Aucune différence, prix généralement plus faible

