

# 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

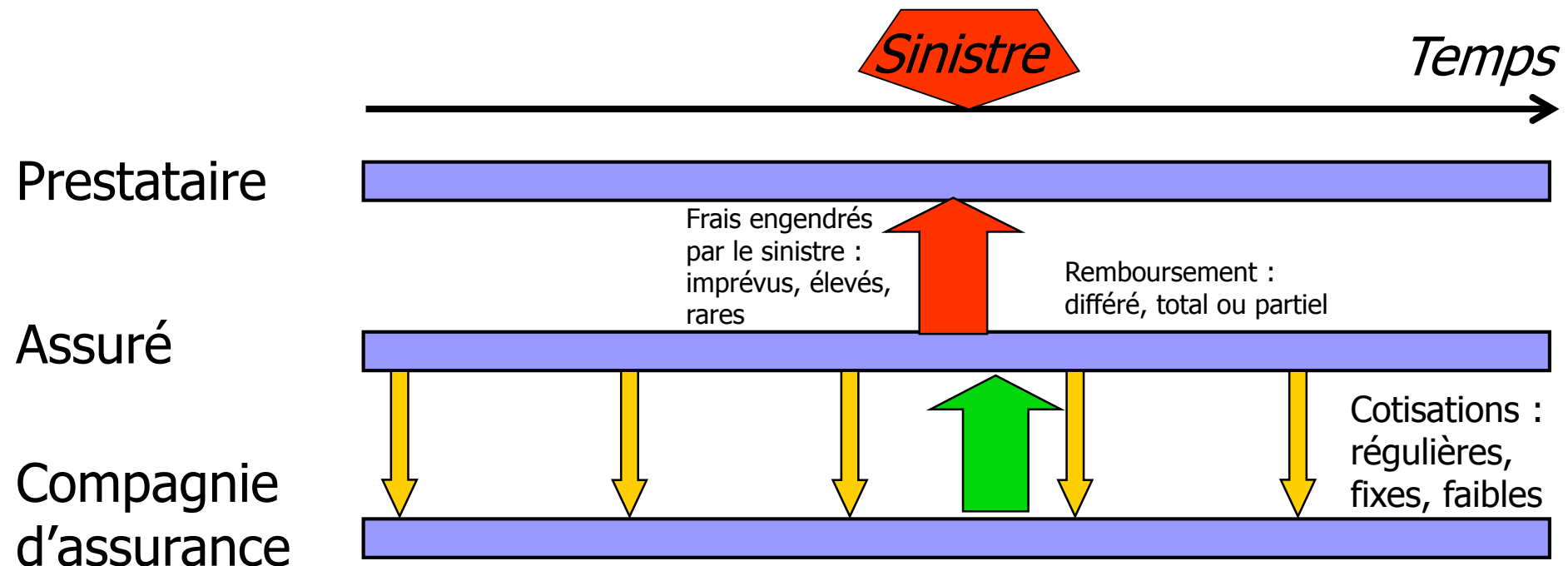
- Définitions possibles :
  - Processus de gestion d'une ressource qui est rare et achetable
  - Étude des flux d'argent, de biens ou de services
- Sous-disciplines :
  - Micro-économie : étude des motivations et comportements des acteurs économiques
    - ex : équilibre offre et demande, formation des 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

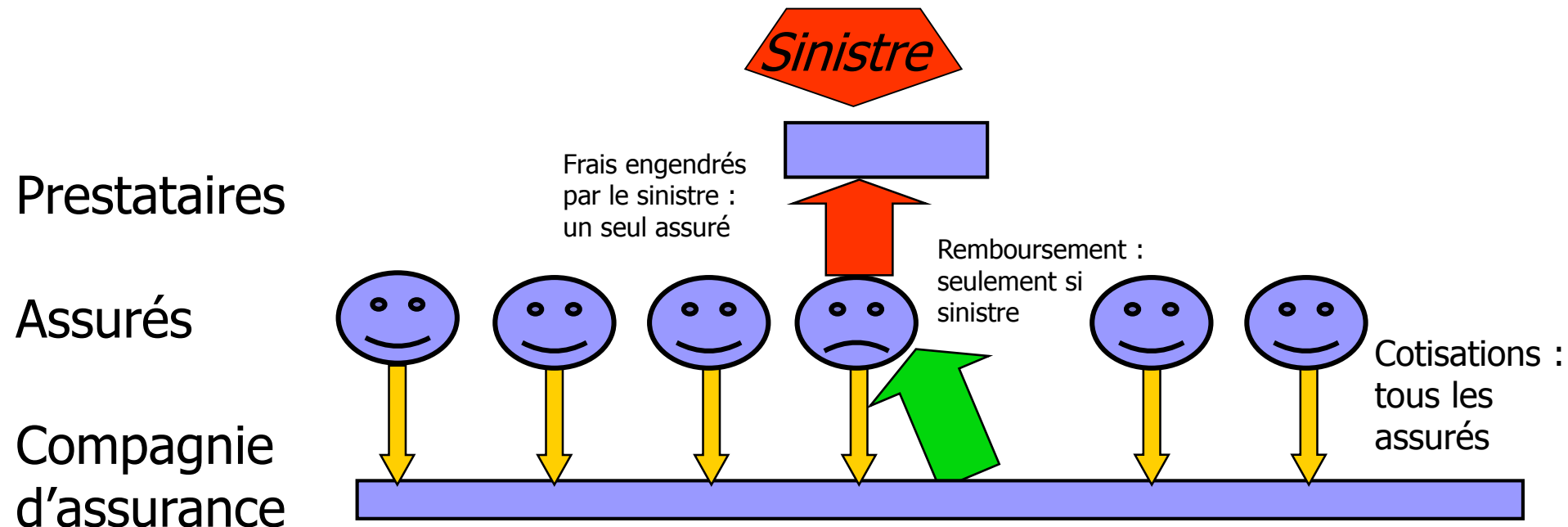
# Le principe d'Assurance : lissage temporel

- 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

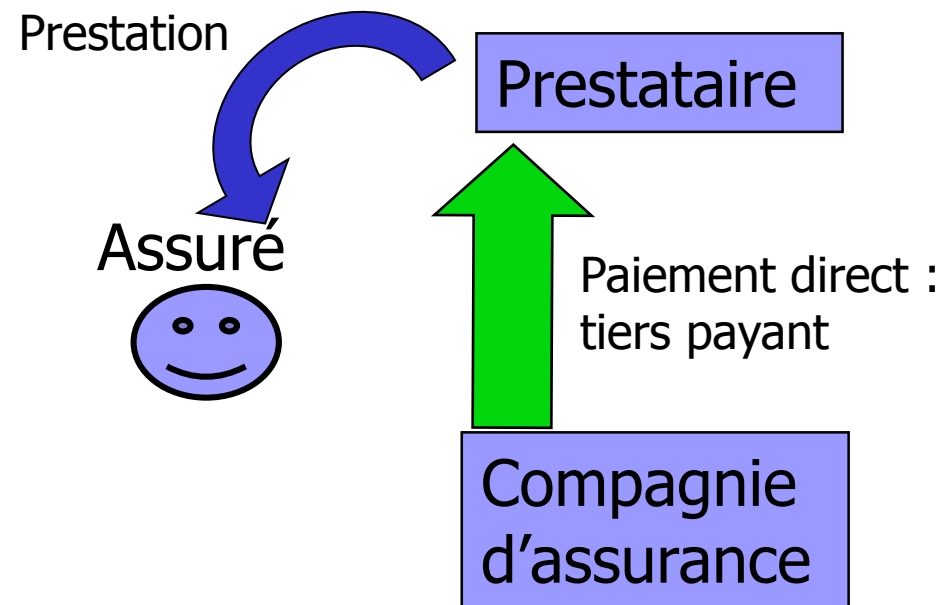
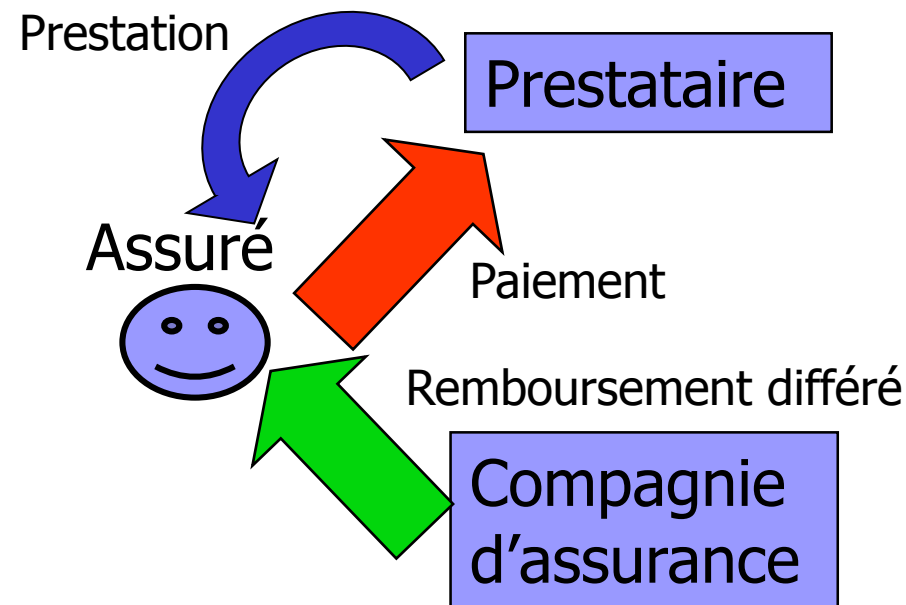
- Mécanisme de remboursement différé (=avance de frais) :

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

**⚠** Tiers payant ≠  
=un mécanisme de paiement ↑

couverture à 100%  
↑ =un taux de couverture.

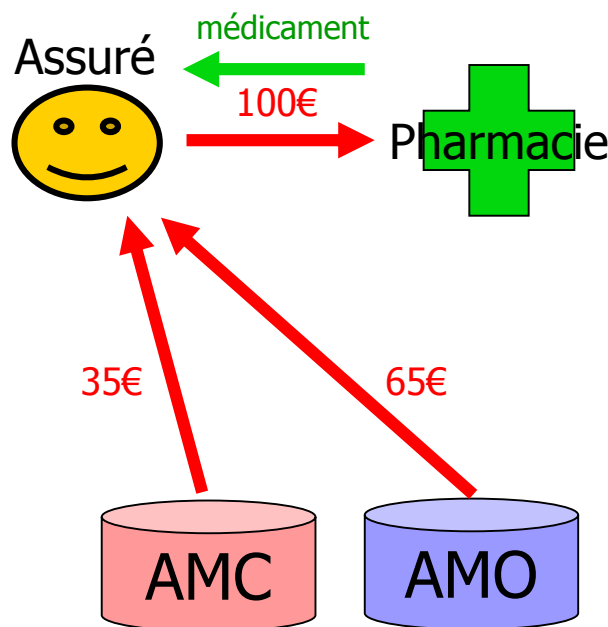
Ex : on peut avoir un tiers payant à 65%, ou une couverture 100% avec avance de frais.



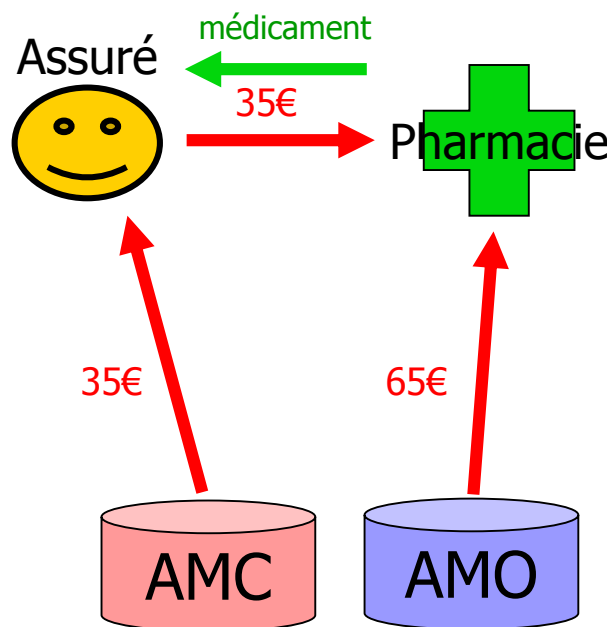
# Exemple concret de prestation en nature : médicament remboursé à 65%, avec AMC

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

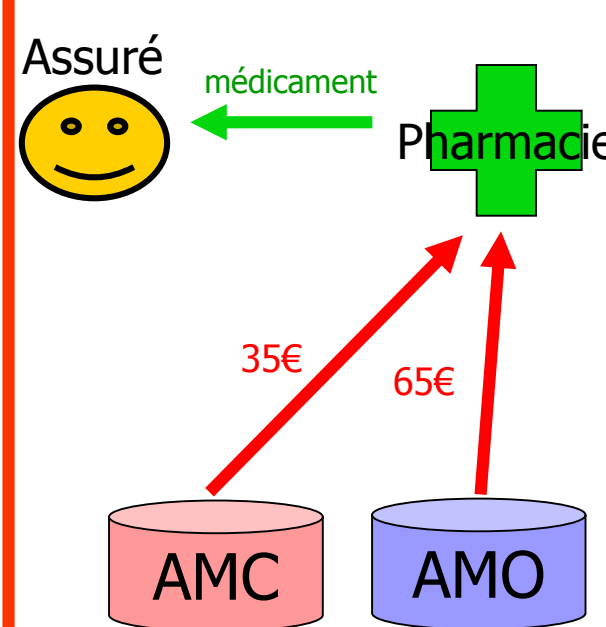
Hypothèse 1 :  
avance de frais



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'État
  - 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
  - On ne peut parler de lissage temporel car il n'y a pas de cotisation
  - On ne peut parler de solidarité entre assurés : les financeurs (contribuables) ne sont souvent pas les 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 », le grand public désigne 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

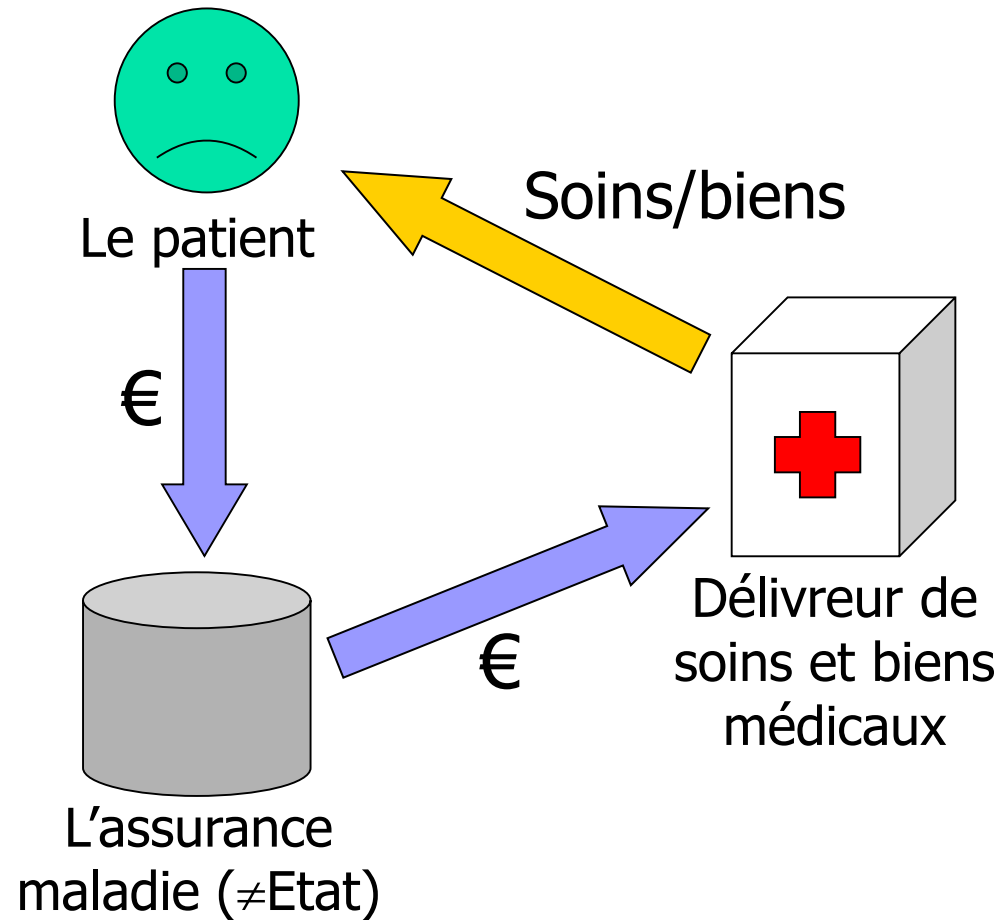
CNAMTS

# 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 de la Sécurité Sociale

# 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 : assurance complémentaire gratuite, pour des personnes déjà assurées (AMC en complément d'une AMO ou de la CMU) ————

1,6 millions  
bénéficiaires  
en 2014

4,6 millions  
bénéficiaires  
en 2014



# 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)

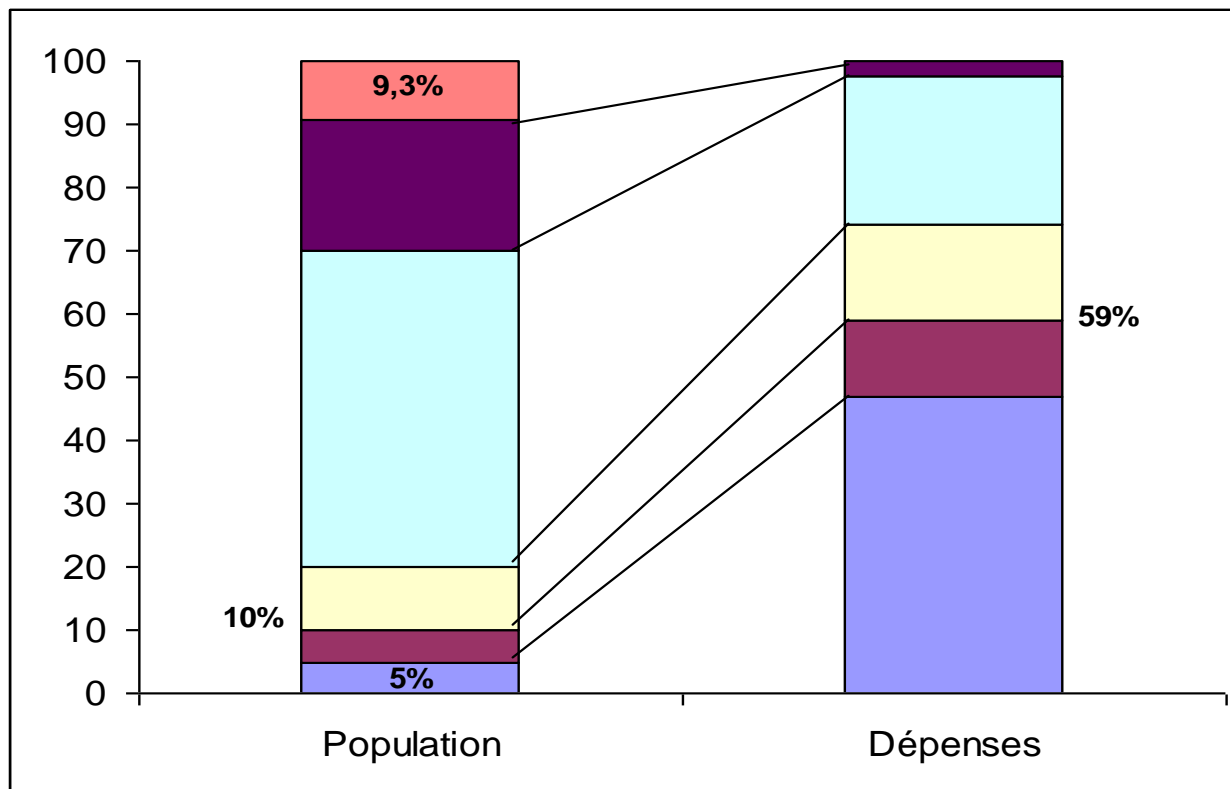
# Couverture des autres risques

- 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

- I. Les éléments présentés ici le sont à titre indicatif.

# Répartition des dépenses de soins médicaux dans la population



10% des personnes concentrent 60% 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

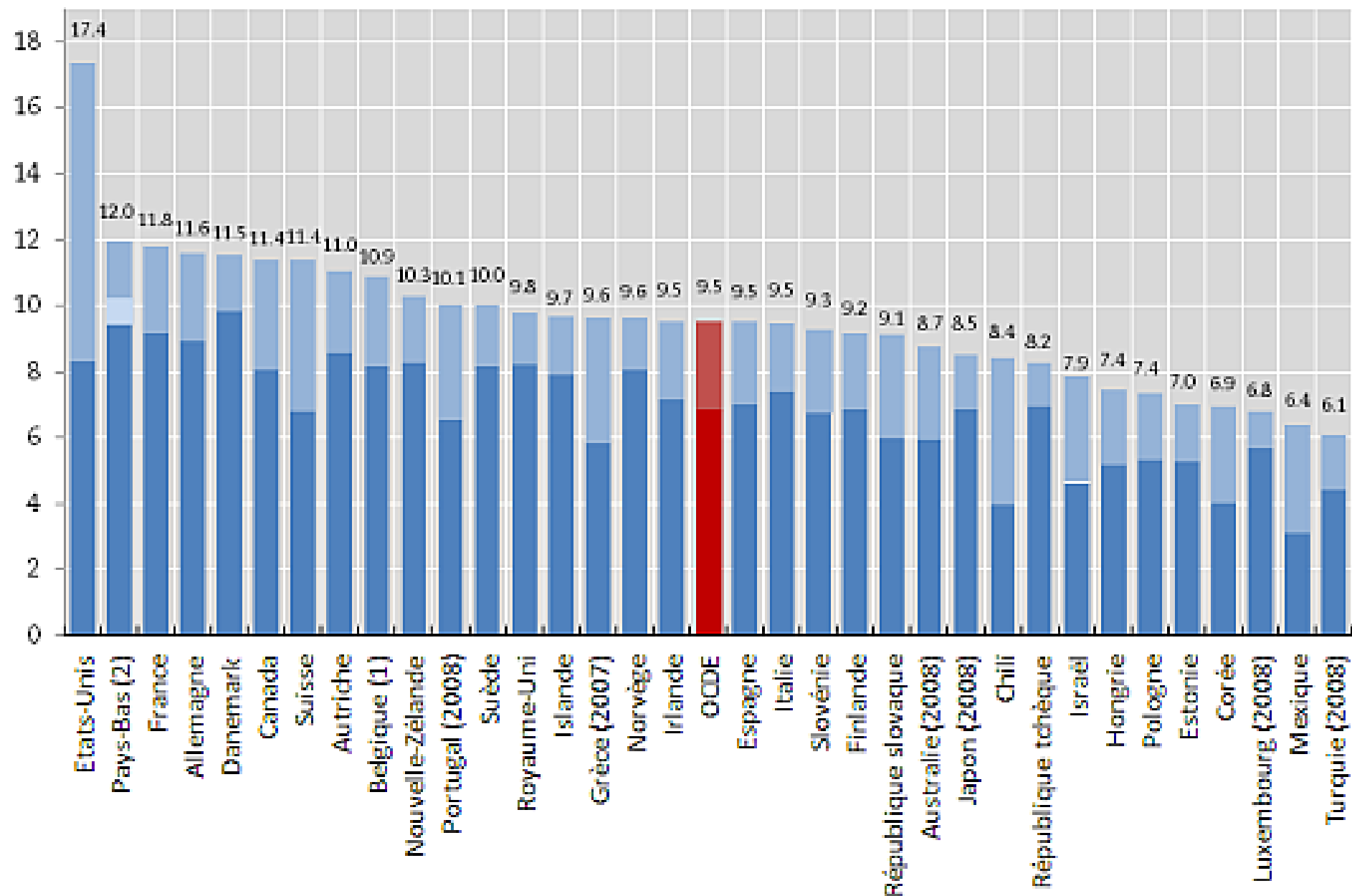
## ■ Niveau de développement économique

- 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.



■ Dépenses publiques

■ Dépenses privées



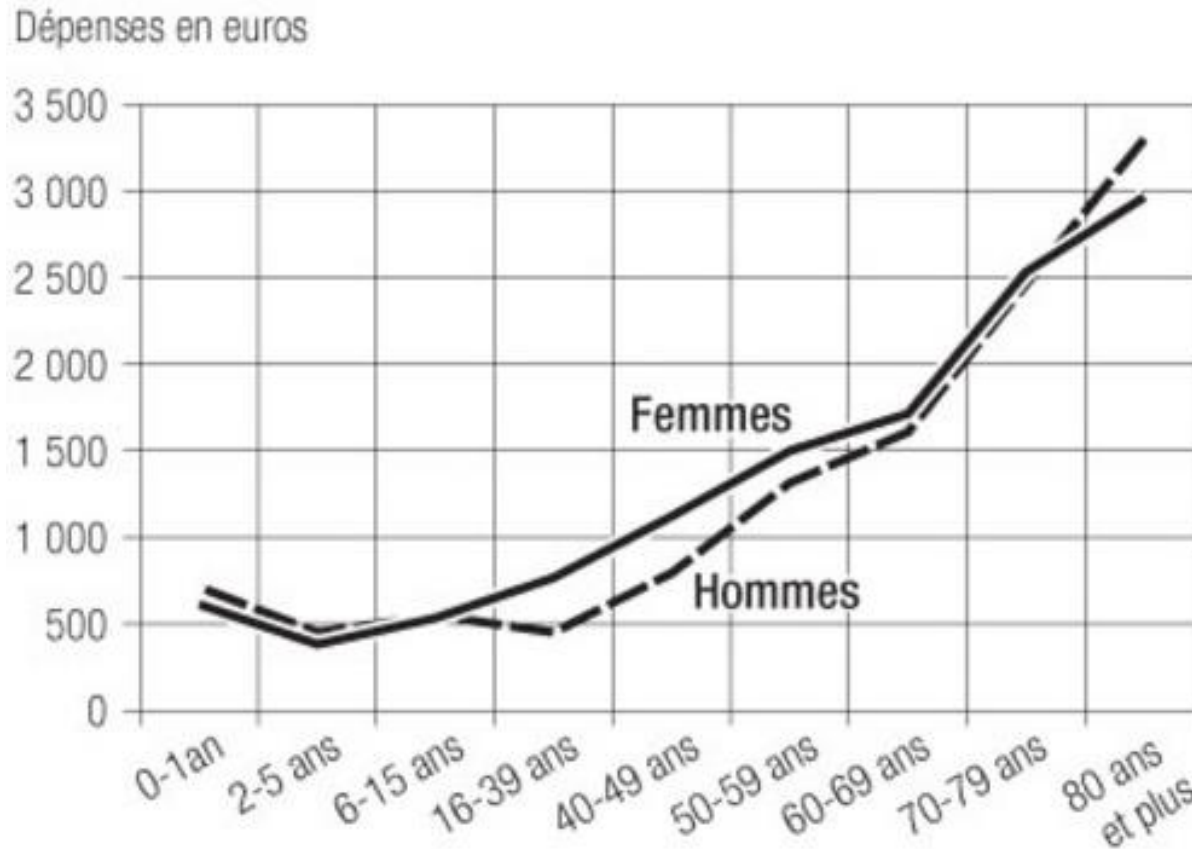
Source : OCDE, données 2009

# 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 jusque 80 ans
    - dépenses supérieurs 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



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

# Facteurs influençant la dépense de santé

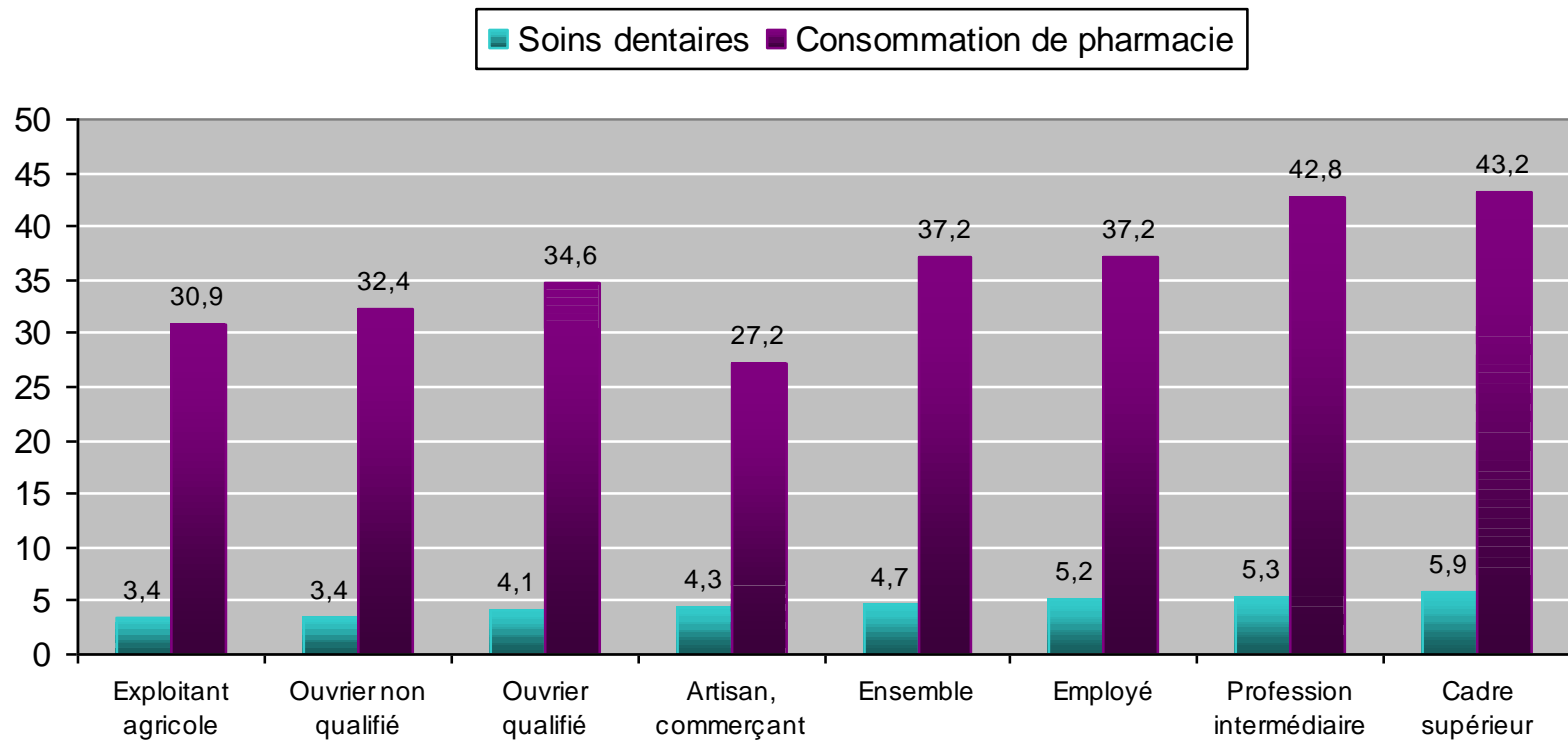
- Variables socio-économiques :
  - Modes de vie
    - Conditions de travail (stress, amiante, accidents du travail...)
    - Accidents domestiques et de la route
    - Modes d'alimentation
    - Conduites d'addiction (alcool, tabac, drogues)
    - Sédentarité

# 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



Personne de référence du ménage

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 2013)

## Consommation de soins et de biens médicaux

187 milliards d'euros  
8.8 % du PIB

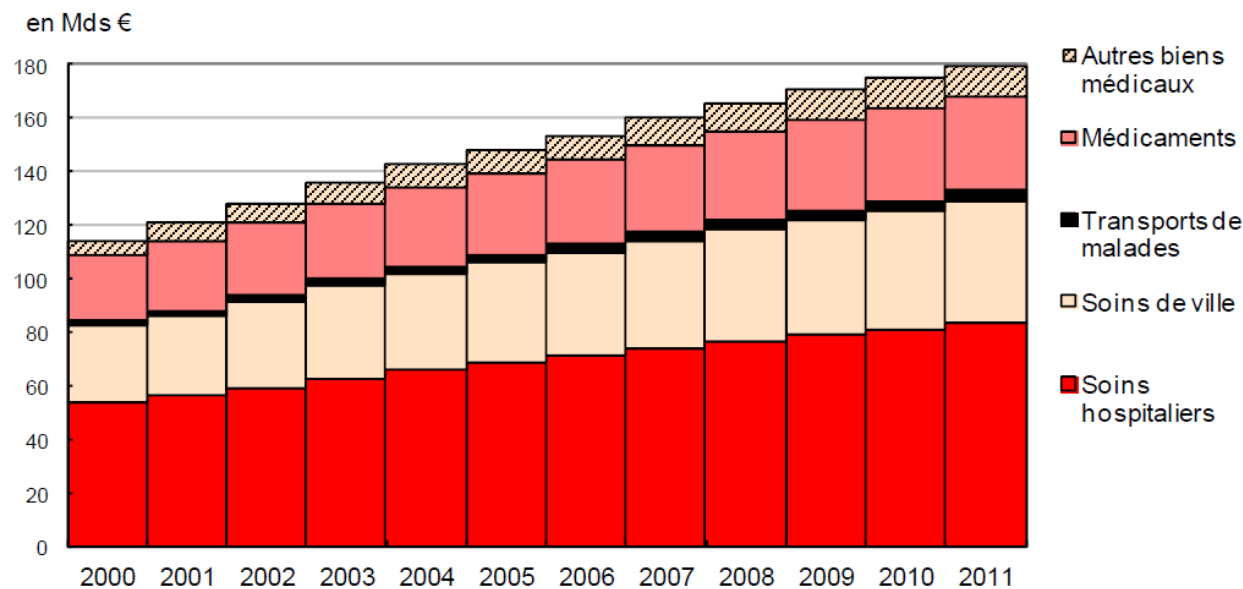
## Dépense Courante de Santé

248 Milliards d'euros  
11.7% PIB

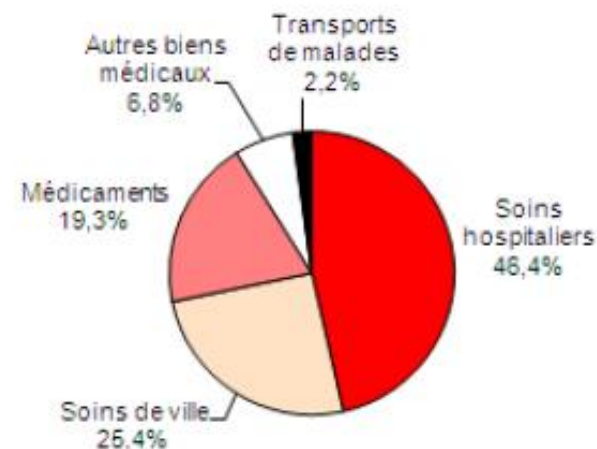
- CSBM
  - soins hospitaliers et en sections médicalisées
  - soins ambulatoires
  - transports sanitaires
  - biens médicaux
- DCS
  - CSBM
  - services de médecine préventive
  - indemnités journalières
  - prévention collective
  - subventions
  - recherche
  - formation
  - administration sanitaire



# La Consommation de Soins et de Biens Médicaux



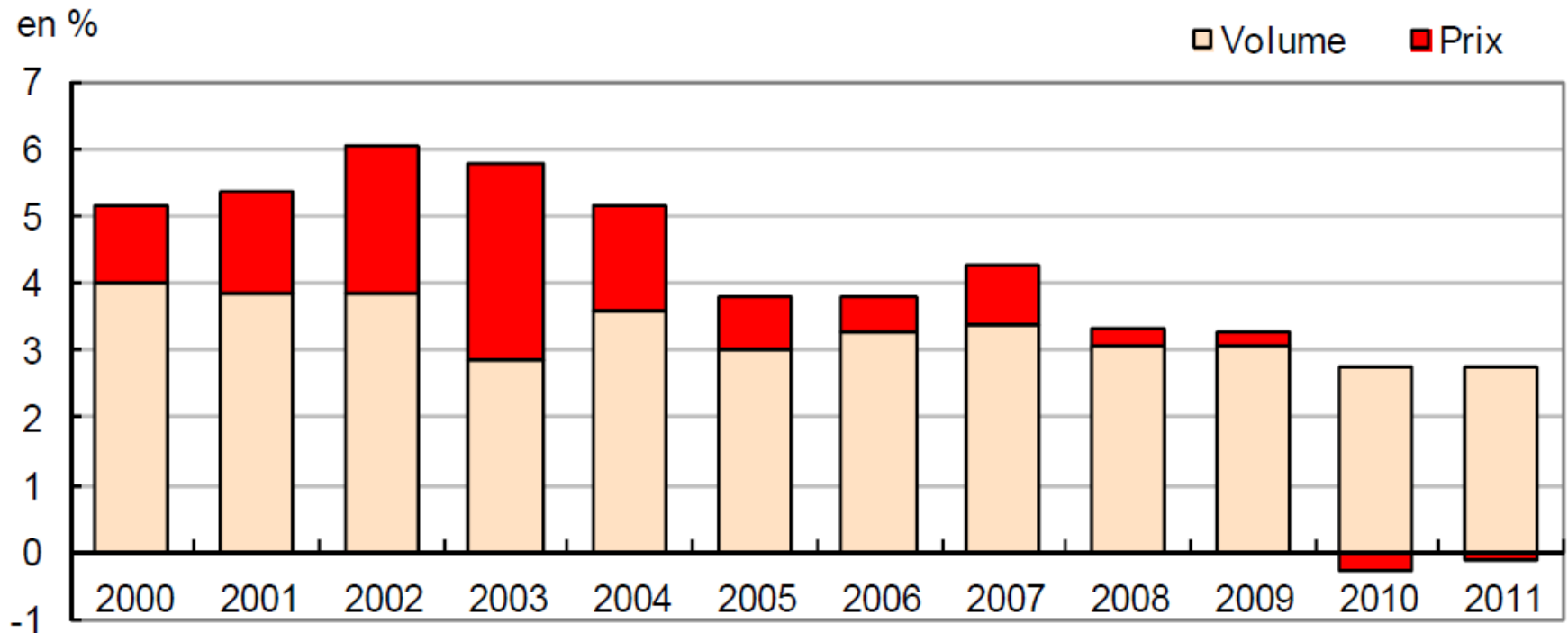
Structure de la CSBM en 2011



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

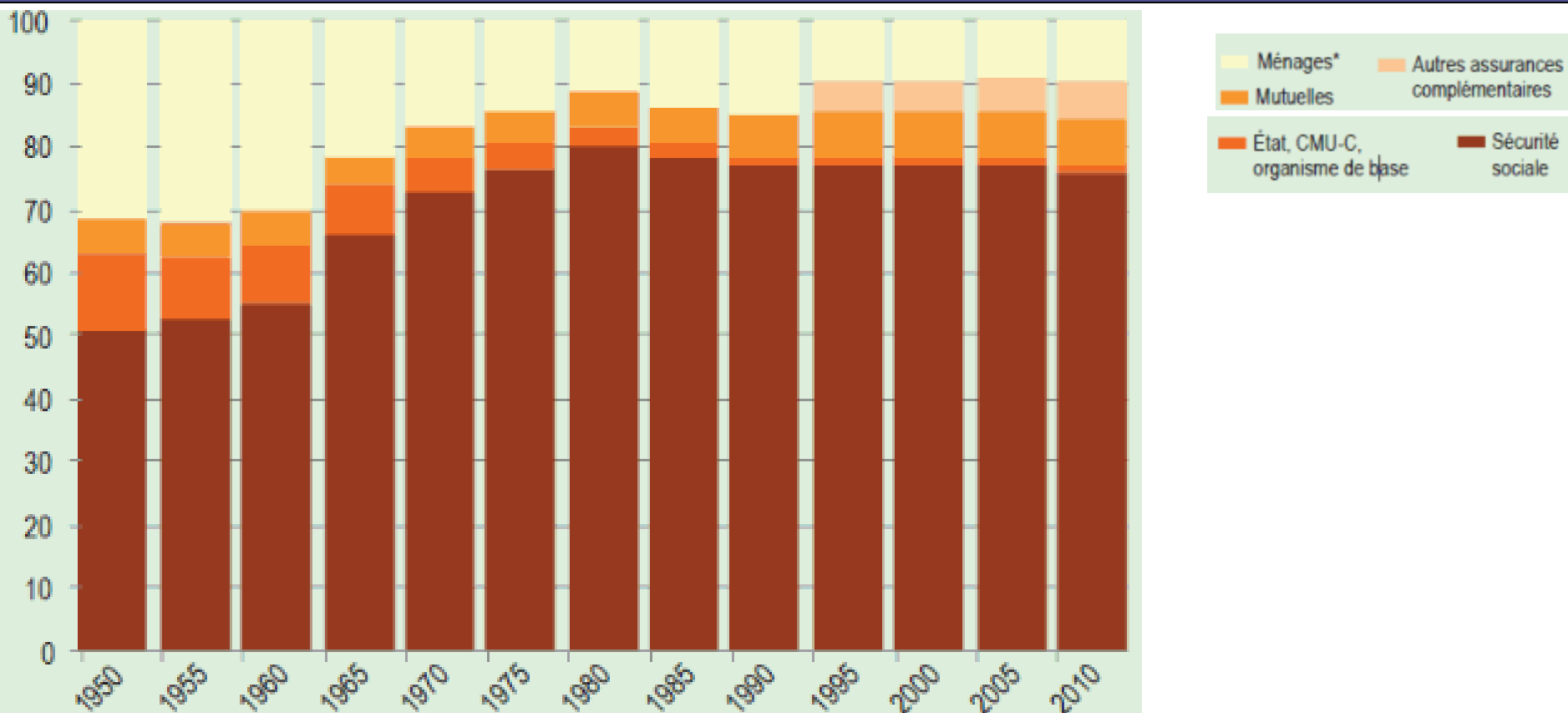
Sources : DREES, Comptes de la santé.

# Évolution de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux



Sources : DREES, Comptes de la santé.

# Financement de la consommation de soins et de biens médicaux

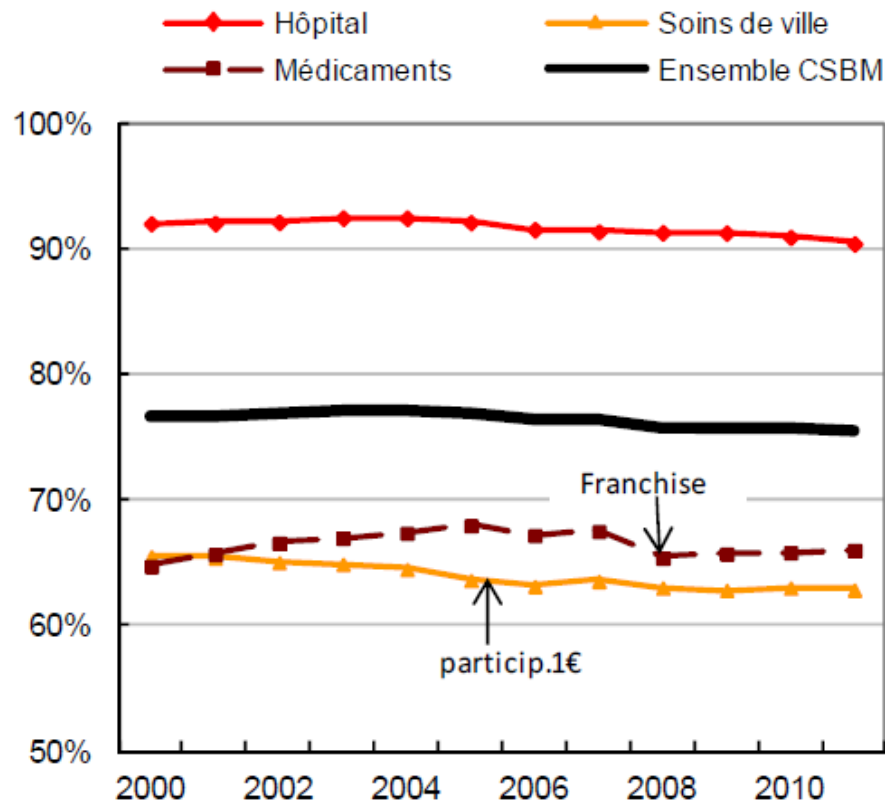


\* Ménages y compris autres assurances complémentaires jusqu'en 1994.

Lecture • Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux a été ventilé selon les agents économiques qui l'assurent *in fine*. La décomposition du financement entre sociétés d'assurances, institutions de prévoyance et reste à charge des ménages n'étant pas possible avant 1992, ces trois postes ont été regroupés pour l'ensemble de la période 1950-1990, sachant que le seul « reste à charge des ménages » représente 60 % de cet agrégat en 2010.

Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

# 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 (ONDAM) :
  - 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 !

NB : les « systèmes de santé » ne se résument pas à la protection sociale

# Systeme Bismarck

- Exemple : l'Allemagne, la France
- Sécurité Sociale :
  - Structure de droit privé (... mais ONDAM)
  - Financement assis sur les cotisation salariales et patronales (... mais CSG et CRDS)
  - Systeme 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, mais très bon niveau de protection

# Systeme Beveridge

- Exemple : Royaume-Uni
- National Health System :
  - Structure étatique
  - Financé par l'Impôt
  - Géré par l'État
  - 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. Équilibre financier mais piètres résultats.



# Le système belge

- Le système belge ressemble beaucoup au système français, mais sans monopole d'Assurance
- 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, autonomes et mises en concurrence

# Médicament et assurance, pour clarifier rapidement...

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

# En secteur ambulatoire

## Lexique :

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et 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)
- ANSM : 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 médicaments 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 forfaitairement par le financement du séjour (généralement)
  - Intérêt à rationaliser les prescriptions
  - Après la sortie du patient, 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

OK Madoff  
D'où vous est venue l'idée de  
rémunérer les 1er investisseurs  
avec l'argent des derniers ?

Du régime des  
retraites par  
répartition des  
Français

