

# Financement des soins

Hélène Marini

Mardi 10 mai 2010

# Plan

- Dépenses de santé
- Organisation de la sécurité sociale
- Origine des financements

# Dépenses de santé

- Principaux agrégats
- Données 2009 pour la France
- Évolutions observées

# Dépenses de santé

- Progression constante des dépenses de santé
- Comptabilité nationale → évalue le fonctionnement de l'économie nationale
  - Plusieurs comptes concernant l'activité économique du secteur sanitaire. Parmi eux, les comptes nationaux de la santé

# Dépenses de santé

- Comptes de la santé
  - Production , consommation, financement de la fonction santé
  - **Fonction de la santé** = ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé
  - Différents agrégats
    - 1. La dépense courante de santé
    - 2. La consommation médicale totale
    - 3. La dépense nationale de santé
  - Evolutions : Effet volume / effet prix

# Dépenses de santé

Dépense courante de santé

215 milliards d'euros

Consommation médicale totale

173 milliards d'euros

Consommation de soins et  
de biens médicaux

170 milliards d'euros

Soins hospitaliers 45%

Soins ambulatoires 27%

Médicaments 20 %

Transports sanitaires 2%

Autres biens médicaux 6%

Consommation de  
services de  
médecine préventive  
individuelle

Indemnités journalières

Prévention collective

Recherche

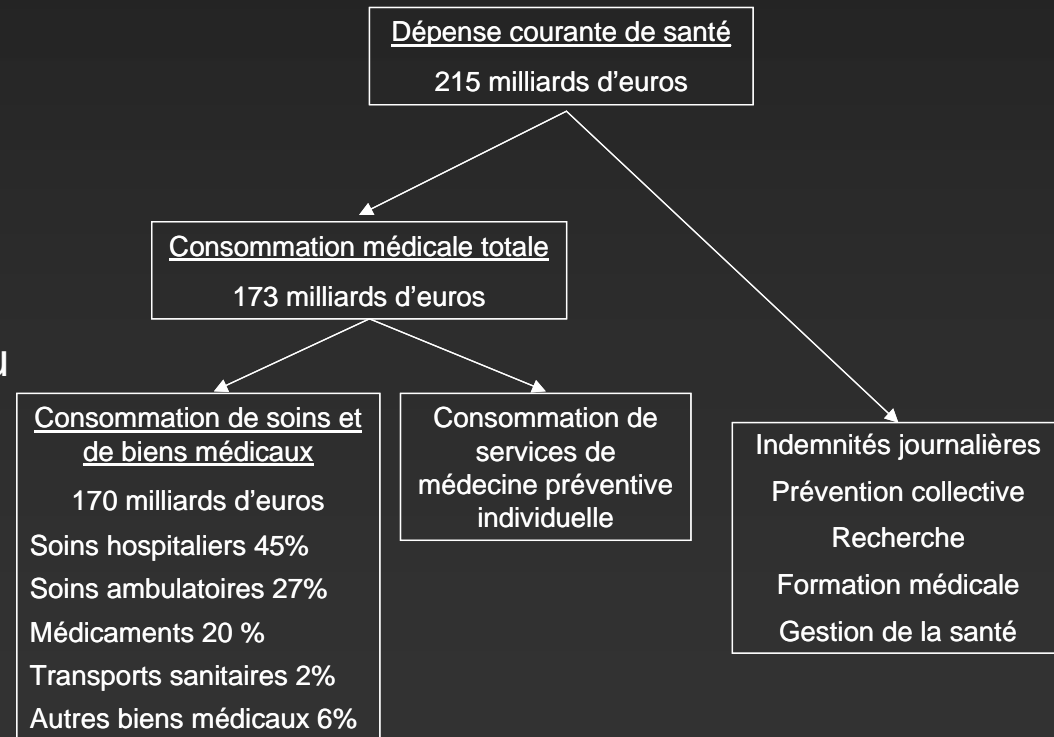
Formation médicale

Gestion de la santé

# Dépenses de santé

## 1. Dépense courante de santé

- 215 milliards d'euros en 2008  
⇔ 3 345 euros/ personne
- 11% du PIB
- ⇔ total des dépenses engagées par l'ensemble des financeurs du système de santé :
  - Sécurité sociale
  - Etat
  - Collectivités locales
  - Organismes de protection complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance)
  - ménages



# Dépenses de santé

- 1. Dépense courante de santé

Evolution (en taux de variation sur la valeur) de la dépense courante de santé 

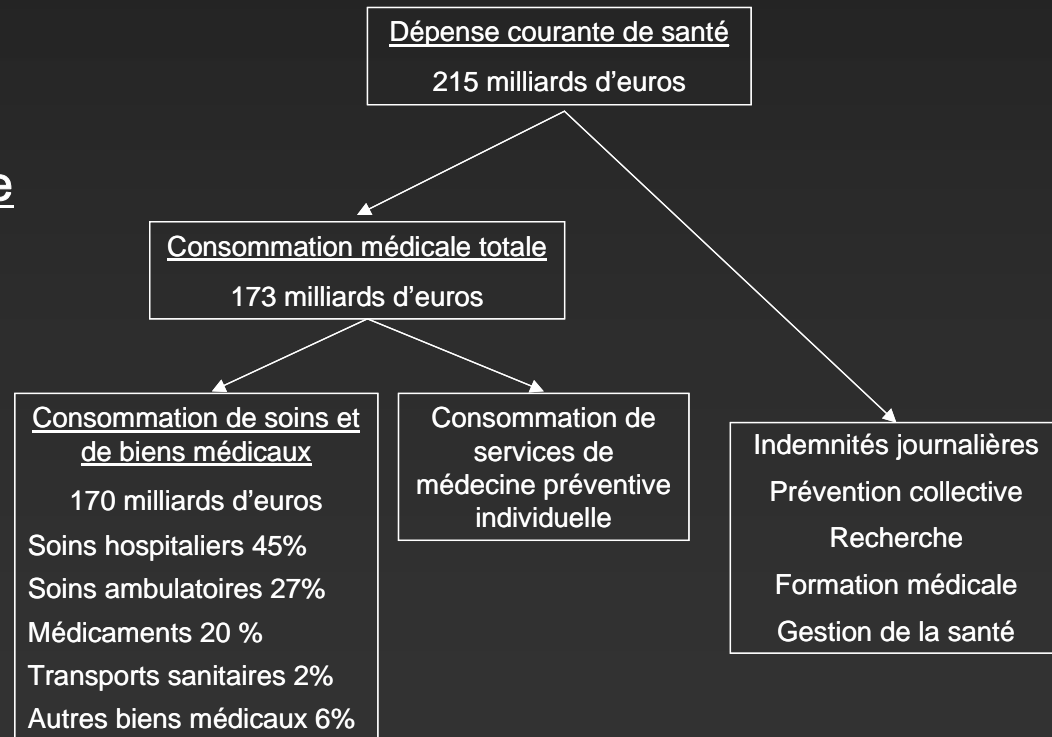
	2000-2002	2002-2004	2004-2006	2006-2008
Dépense pour les malades	6,2	5,8	4,1	4,2
Soins et biens médicaux	6,1	5,7	4,2	4,1
Prévention	7,6	1,5	2,9	3,1
Dépenses en faveur du système de soins	7,2	2,9	3,8	3,0
Coûts de gestion de la santé	3,2	3,2	4,8	2,4
Dépense courante de santé	6,1	5,4	4,1	4,0



# Dépenses de santé

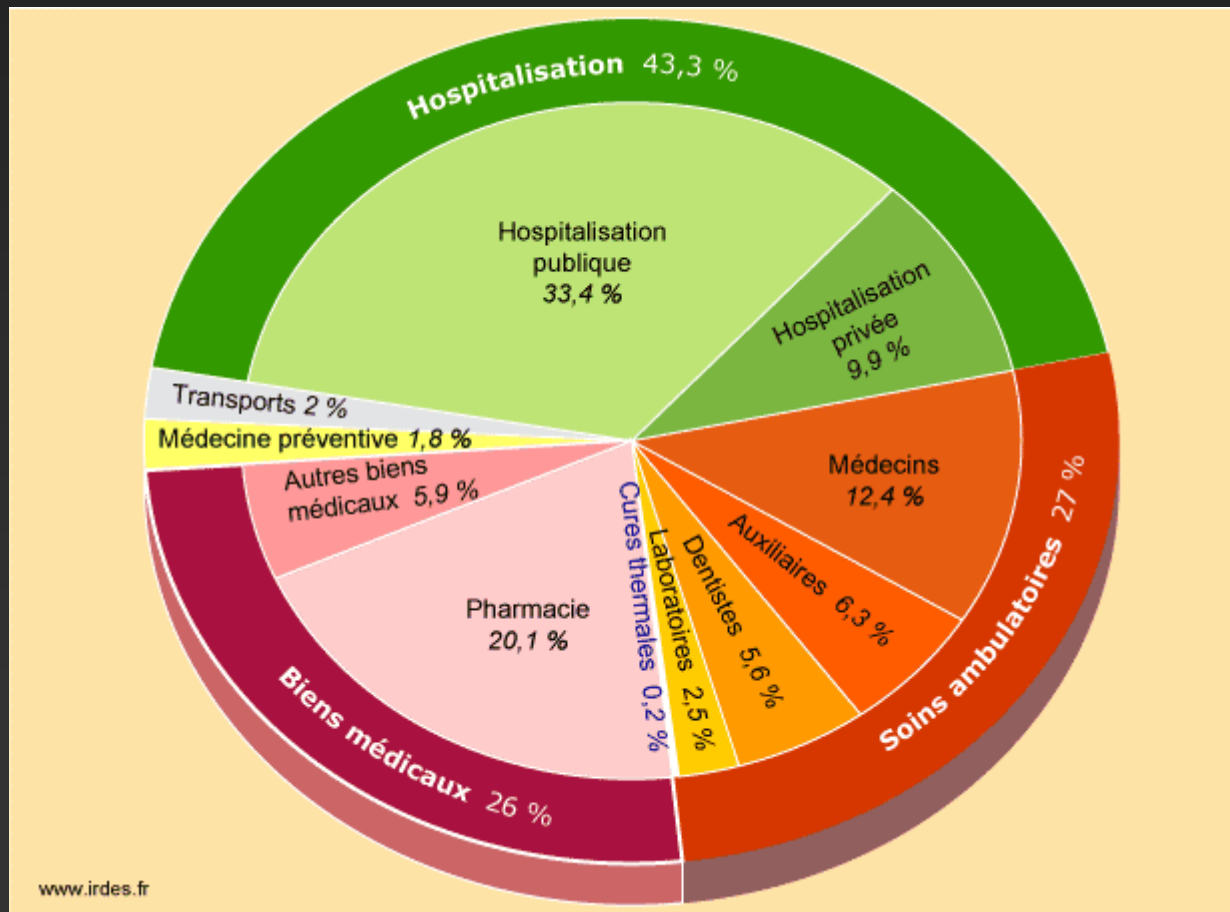
## 2. La consommation médicale totale

- 174 milliards d'euros en 2008
- A. Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)
  - 170 milliards d'euros
  - 8.7% du PIB en 2008
  - Soins hospitaliers et en sections médicalisés
  - Soins ambulatoires
  - Transports sanitaires
  - Biens médicaux
- B. Prévention individuelle primaire et secondaire



# Dépenses de santé

- 2. La consommation médicale totale
  - Composition en pourcentages de la CMT (2008)



# Dépenses de santé

- 3. Dépense nationale de santé
  - Concept utilisé par l'OCDE pour comparer les dépenses de santé de ses membres
  - ⇔ DCS – indemnités journalières – dépenses de recherche – formation médicale
  - S'exprime en pourcentage du PIB
  
  - 11% du PIB en 2008
  
  - place la France dans le groupe de tête des pays membres de l'OCDE, derrière les États-Unis et à un niveau proche de la Suisse et de l'Allemagne

# Organisation de la sécurité sociale


- Définition : risque social
- Modèles de protection sociale
- Historique
- Principales branches
- Principaux régimes
- Évolutions

# Organisation de la Sécurité Sociale

- Risques sociaux :
  - différentes situations qui affectent la sécurité économique des personnes résidant dans un pays, en réduisant leurs ressources ou en augmentant leurs charges
    - Maladie, maternité, invalidité, décès
    - Accidents du travail et maladies professionnelles
    - Famille
    - Vieillesse
    - Chômage
  - Conséquences :
    - Affectent le bien-être des personnes
    - Incertitude (qui, quand ?)
    - Conséquences économiques
- → mise en place de mécanismes collectifs de prévoyance → protection sociale

# Organisation de la Sécurité Sociale

- Principaux modèles de protection sociale

Caractéristiques	 <p><b>Système Bismarckien</b></p>	 <p><b>Système Beveridgien</b></p>	 <p><b>Système Français</b></p>
<b>Ouverture des droits</b>	<p><u>Assurances sociales</u></p> <p>Exercice d'une Profession</p>	<p><u>Sécurité sociale</u></p> <p>Universalité Unicité Uniformité</p>	<p><u>Mixité</u></p> <p>Exercice d'une profession Rattachement à un ayant droit CMU</p>
<b>Financement</b>	<p>Cotisations patronales et syndicales Proportionnalité</p>	<p>Impôt sur la totalité des revenus (<i>capital + travail</i>)</p>	<p>A 60% cotisations patronales et syndicales  A 40% CSG, impôt sur la totalité des revenus (capital + travail)</p>
<b>Gestion</b>	<p>Syndicats d'employeurs et de salariés</p>	<p>Ministère de la santé</p>	<p>Syndicats des salariés Sous tutelle de l'Etat.</p>

# Organisation de la Sécurité Sociale

- En France, la sécurité sociale = dispositif dominant de protection sociale
- Elle a pour but de garantir à chacun les revenus suffisants pour faire face aux besoins essentiels de la vie
- Couvre les risques de
  - Maladie, maternité, invalidité, décès
  - Accidents du travail et maladie professionnelle
  - Vieillesse
  - famille
- Dépendance et chômage sont couverts par d'autres dispositifs

# Organisation de la Sécurité Sociale

- Historique (1)
  - 1898 : risque d'accident du travail pour l'industrie
  - 1930 : assurance sociale couvrant d'autres risques ; ne peut être mis en oeuvre : crise économique et sociale, puis guerre mondiale
  - 1932 : complément de salaire en cas de famille à charge, → allocations obligatoires, étendues à toute la population active en 1939.
  - 4 octobre 1945 : création du régime général de Sécurité sociale, couvrant les travailleurs salariés du commerce et de l'industrie et leurs ayants droit, ⇔ ½ de la population de l'époque.



# Organisation de la Sécurité Sociale

- Historique (2)
  - 1946 : généralisation ; en fait, seules certaines catégories rejoignent le régime général de Sécurité sociale (fonctionnaires, étudiants, écrivains, invalides, veuves et orphelins de guerre, ...)
    - ⇔ 81 % de la population actuellement
  - D'autres catégories ont gardé leur autonomie sous forme de régimes dits spéciaux (mineurs, SNCF, marins, etc.)
    - ⇔ 4 % de la population actuellement
  - 1961 : MSA (Mutuelle sociale agricole) : exploitants et salariés agricoles
    - ⇔ 9 % de la population actuellement
  - 1966 : régime pour les professions indépendantes → 2006, le régime Régime social des indépendants (RSI)
    - ⇔ 6 % de la population actuellement

# Organisation de la Sécurité Sociale

- → Sécurité sociale ⇔ mosaïque hétérogène de régimes
  - complexité administrative
  - disparités de traitement pour un même risque entre les personnes protégées.
  - jusqu'en 1999, une fraction d'environ 1 % de la population est exclue de la Sécurité sociale.
  - En 2000, création de la CMU → toute la population est couverte

# Organisation de la Sécurité Sociale

- La gestion de la Sécurité sociale est séparée en quatre branches (loi du 25 juillet 1994) étendues à l'ensemble des régimes (loi du 22 juillet 1996) :
  - maladie, maternité, invalidité et décès ;
  - maladies professionnelles et accidents du travail ;
  - vieillesse ;
  - Famille

# Organisation de la Sécurité Sociale

- Organisation des 3 principaux régimes
  - Organisation du régime général
    - Tableau suivant
  - Organisation du Régime agricole
    - 3 caisses nationales correspondant aux principaux risques
      - » caisses essentiellement départementales.
  - Organisation du Régime social des indépendants
    - d'une caisse nationale,
      - » 28 caisses régionales interprofessionnelles
      - » deux caisses dédiées aux professions libérales pour l'assurance-maladie.

- Organisation du régime général

	Branche maladie	Branche vieillesse	Branche famille	Branche recouvrement
	<p>UCANSS (Union des caisses nationales de sécurité sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elle s'occupe des tâches communes aux différentes branches</li> <li>- elle gère les opérations immobilières, les conditions de travail des personnels de Sécurité sociale</li> <li>- elle coordonne l'action sanitaire et sociale</li> </ul>			
Niveau national	<p>CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elle donne un avis sur les projets de loi concernant ses domaines de compétence</li> <li>- organise le contrôle médical</li> <li>- contrôle les caisses régionales et primaires</li> <li>- mène des actions préventives</li> </ul>	<p>CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés)</p>	<p>CNAF (Caisse nationale d'allocations familiales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elle finance les régimes de prestations familiales</li> <li>- administre un fond sanitaire et social</li> <li>- contrôle les caisses locales</li> </ul>	<p>ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elle gère la trésorerie des caisses nationales</li> <li>- a un pouvoir de direction et de contrôle sur les URSAFF</li> </ul>
Niveau régional	<p>CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au nombre de 16</li> <li>- prévention des accidents du travail</li> <li>- application des règles de tarification</li> <li>- action sanitaire et sociale</li> <li>- versement des prestations vieillesse</li> </ul>			
Niveau local	<p>CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au nombre de 128</li> <li>- immatriculation des assurés</li> <li>- prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité décès et accidents du travail</li> <li>- action sanitaire et sociale</li> </ul>		<p>CAF (Caisse d'allocations familiales)</p> <p>elles servent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les prestations familiales</li> <li>- certaines prestations sociales</li> </ul>	<p>URSSAF (Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elles assurent le recouvrement des cotisations dues aux caisses primaires et aux CAF</li> <li>- s'occupent des contentieux éventuels</li> </ul>

Source : Santé Publique, 2ème Edition. Rongère J, Tavolacci MP. Masson. Paris 2009

# Organisation de la Sécurité Sociale

- L'UNCAM
  - Depuis 2003
  - Regroupe les 3 régimes principaux
  - → interlocuteur unique des syndicats libéraux lors des négociations conventionnelles
  - définit le champ des prestations admises au remboursement et fixe le taux de prise en charge des soins.
- Les URCAM
  - Depuis 1996
  - coordonnent dans chaque région administrative les trois principaux régimes (général, agricole et des travailleurs indépendants) pour le risque maladie (soins ambulatoires)
  - Désormais intégrées dans les ARS (2010)

# Organisation de la Sécurité Sociale

- La réforme de l'AM 2004
  - Les principaux points de la réforme :
    - Renforcement du secret médical
    - Création d'un dossier médical personnel unique et informatisé (non entré en vigueur)
    - Instauration d'un médecin traitant
    - Développement de l'EPP
    - Création de la HAS
    - Création du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie
    - Renforcement des aides en faveur de l'implantation des médecins en zone déficitaire
    - Création de l'UNCAM
    - ...

# Principaux financements des caisses de la sécurité sociale

- En 2008, le solde des comptes de la protection sociale était négatif (9,4 milliards d'euros).
- La protection sociale est principalement financée par les cotisations sociales et le financement public, l'équilibre entre ces deux sources caractérisant le système de protection sociale
- Les cotisations restent majoritaires, mais l'équilibre s'est déplacé ces dernières années vers le financement public.
- Il existe des transferts de fonds qui sont neutres sur le financement d'ensemble de la protection sociale.



# Principaux financements des caisses de la sécurité sociale

- 1. Les cotisations sociales
  - Versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales
  - Pour le régime général, par exemple, les cotisations sont calculées à partir de la rémunération des salariés
  - Le taux de cotisation est fixé par décret
  - Une part des cotisations est à la charge de l'employeur, une autre à la charge des salariés
  - L'employeur verse les deux parts à l'URSSAF
  - ⇔ les 2/3 des recettes de la protection sociale en 2006.

# Principaux financements des caisses de la sécurité sociale

- 2. Financement public

- a. *Impôts directs*

- principalement perçus auprès des ménages :
    - la contribution sociale généralisée (CSG)
      - prélevée sur tous les revenus
      - impôt dédié à la protection sociale, intégralement reversé à la Sécurité sociale.
    - la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)
      - impôt complémentaire prévu jusqu'en 2014 pour financer les déficits cumulés de la Sécurité sociale.
      - 0.5% prélevée sur tous les revenus ;
      - Sauf minima sociaux et pension militaires d'invalidité

- b. *Impôts indirects*

- taxes sur les tabacs et sur l'alcool, entièrement affectées à la Sécurité sociale depuis 2001.
    - diverses autres taxes de moindre importance.

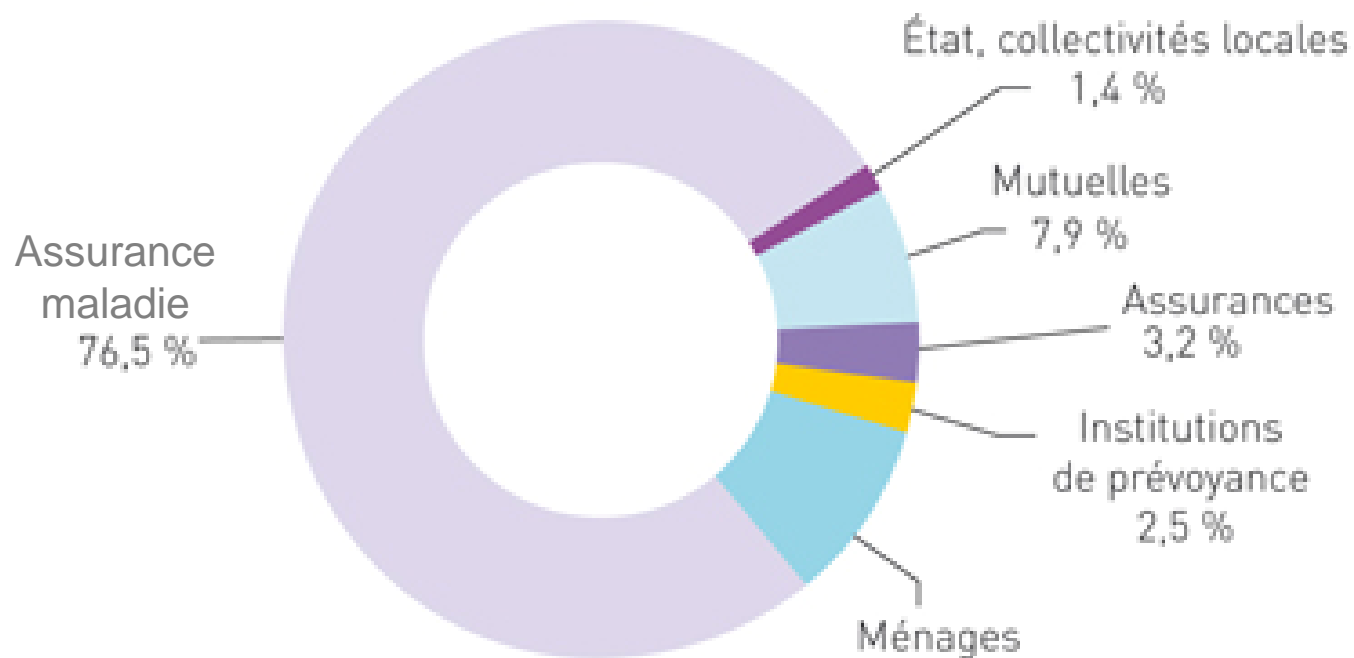
# Origine des financements

- Assurance maladie
- Assurances complémentaires
  - Mutuelles
  - Assurances privées
- Couverture maladie universelle

# Origine des financements

Source : comptes nationaux de la santé.

## Soins et biens médicaux



# Prestations versées par l'Assurance Maladie

- 1. Prestations en espèces
  - Compensation de la perte de salaire occasionnée par un arrêt de travail
  - Sous conditions administratives (ancienneté, durée de travail)
  - Incapacité temporaire de travail constatée par un médecin  
→ indemnités journalières
  - Délai de carence de 3 jours
  - $\frac{1}{2}$  du salaire habituel

# Prestations versées par l'Assurance Maladie

- 2. Prestations en nature
  - Bénéficient aux assurés sociaux et aux ayants droit
  - Remboursement d'une partie des soins (le ticket modérateur reste à la charge du patient)
  - Possibilité de remboursement en totalité si répond aux conditions d'exonération du ticket modérateur
  - Soins concernés :
    - Services (honoraires, soins en établissements, transports,...)
    - Biens médicaux (médicaments, prothèses, optique...) prescrits par un médecin (ou autre profession médicale)
    - Certains soins nécessitent une entente préalable avec l'AM

– Bases du remboursement par l'AM

	Ticket modérateur	Taux de couverture assurance maladie
<b>Honoraires</b>		
Honoraires des praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	30 %	70 %
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues)	40 %	60 %
<b>Analyses des examens de laboratoire</b>		
Actes de biologie	40 %	60 %
Actes d'anatomie et de cytologie pathologie	30 %	70 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	0 %	100 %
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à vignette blanche	35 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	65 %	35 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	0 %	100 %
<b>Autres frais médicaux</b>		
Optique, prothèses auditives, pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	35 %	65 %
Grand appareillage, produits d'origine humaine	0 %	100 %
<b>Frais de transport</b>	35 %	65 %
<b>Cure thermale libre</b>		
Honoraires médicaux	30 %	70 %
Frais d'hydrothérapie, d'hébergement, de transport	35 %	65 %
<b>Cure thermale avec hospitalisation</b>	20 %	80 %
<b>Hospitalisation</b>		
Frais d'hospitalisation	20 %	80 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	0 %	100 %

Source : Santé Publique, 2ème Edition. Rongère J, Tavolacci MP. Masson. Paris 2009

## Autres organismes

- Prennent en charge les frais non couverts par les régimes obligatoires
- Leur rôle est compléter les prestations versées par la sécurité sociale
- On distingue
  - Les mutuelles
  - Les assurances privées
  - Les institutions de prévoyance



# Autres organismes

- Mutuelles
  - Sociétés de personnes à but non lucratif
  - Financées par les cotisations liées au revenu des mutualistes
  - Définies historiquement au sein de groupes professionnels
  - Code de la mutualité → interdit d'exclure un adhérent
  - Pour les candidats à l'adhésion : pas de questionnaire ni d'examen médical sur leur état de santé
  - Couvrent environ 30 millions de personnes

# Autres organismes

- Assurances privées
  - Sociétés de capitaux à but lucratif
  - Code des assurances
  - permet d'exclure un adhérent
  - Pour les candidats à l'adhésion : possibilité de les soumettre à un questionnaire et à un examen médical pour adhésion et montant des primes.

# Autres organismes

- Institutions de prévoyance
  - Autres organismes privés à but non lucratif
  - Régies par le code de la sécurité sociale

# La Couverture Maladie Universelle

- Depuis le 1er janvier 2000
- Généralise l'AM au delà des personnes ayant ou ayant eu une activité professionnelle
- A. CMU de base :
  - Personne résidant en France de façon stable et régulière (>3 mois)
  - Non couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie
  - Bénéficie de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé
  - Ne dispense pas de l'avance des frais ni du ticket modérateur
  - Ne prend pas en charge le forfait journalier en cas d'hospitalisation
  - Obligation de cotisation limitée aux assurés dont les revenus dépassent 7000 euros /an
  - 1,7 millions de bénéficiaires en 2007

# La Couverture Maladie Universelle

- B. La CMUc = CMU complémentaire
  - Personne résidant en France de façon stable et régulière
  - Sous condition de ressources (sauf RMIstes)
    - Plafond en 2009 pour une personne seule : 7521 euros/an
  - Prise en charge à 100 % des dépenses de santé :
    - pas d'avance de frais : cs, soins, médicaments, laboratoire
    - exonération du ticket modérateur
    - exonération du forfait journalier (en cas d'hospitalisation)
    - prise en charge des soins dentaires conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle)
    - prise en charge des lunettes, des prothèses auditives et des soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire

# Principe des financements

- Avance des frais, tiers payant
- Participation du patient
- Exonération du ticket modérateur
- Fixation des prix et tarifs

# Principe des financements

- Principe d'avance des frais
  - En principe, les frais liés aux soins réglés directement par l'assuré
  - Mais dérogations : Tiers-Payant
    - ⇔ règlement par l'AM directement au professionnel de santé
    - → Pas d'avance des frais supportés par l'AM
    - MAIS le patient doit payer le ticket modérateur.
    - TP largement étendu
      - aux biens médicaux (à condition d'accepter une éventuelle substitution par un générique à l'initiative du pharmacien)
      - l'hospitalisation
  - l'avance des frais reste la règle pour le versement des honoraires, sauf exception (CMUc)

# Prestations versées par l'Assurance Maladie

- Le remboursement par l'AM est incomplet dans le principe
  - le ticket modérateur reste à la charge de l'assuré (ou assurance complémentaire)
  - Depuis 2005, participation de 1 euro / consultation, examen ou analyse
  - Depuis 2008, franchise médicale :
    - » médicaments (50cts), actes paramédicaux (50 cts), transports sanitaires (2€).
    - » Plafonnée à 50 €/ an, 2€/j pour les actes paramédicaux et 4 €/j pour les transports sanitaires
  - Recours aux soins médicaux en dehors du parcours de soins → - 20 % du niveau de remboursement sauf pour certaines prestations ou spécialités
  - Forfait journalier hospitalier : contribution du patient aux frais hospitaliers (16 euros par jour, 12 euros par jour en psychiatrie) pour tout séjour de plus de 24 heures



– Bases du remboursement par l'AM

	Ticket modérateur	Taux de couverture assurance maladie
<b>Honoraires</b>		
Honoraires des praticiens (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	30 %	70 %
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures-podologues)	40 %	60 %
<b>Analyses des examens de laboratoire</b>		
Actes de biologie	40 %	60 %
Actes d'anatomie et de cytologie pathologie	30 %	70 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	0 %	100 %
<b>Médicaments</b>		
Médicaments à vignette blanche	35 %	65 %
Médicaments à vignette bleue	65 %	35 %
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	0 %	100 %
<b>Autres frais médicaux</b>		
Optique, prothèses auditives, pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	35 %	65 %
Grand appareillage, produits d'origine humaine	0 %	100 %
<b>Frais de transport</b>	35 %	65 %
<b>Cure thermale libre</b>		
Honoraires médicaux	30 %	70 %
Frais d'hydrothérapie, d'hébergement, de transport	35 %	65 %
<b>Cure thermale avec hospitalisation</b>	20 %	80 %
<b>Hospitalisation</b>		
Frais d'hospitalisation	20 %	80 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	0 %	100 %

Source : Santé Publique, 2ème Edition. Rongère J, Tavolacci MP. Masson. Paris 2009

# Principe des financements

- Possible gratuité des soins : l'exonération du ticket modérateur
  - prise en charge à 100 % par l'AM
  - Peut être temporaire :
    - » Allocation de longue durée (ALD30)
      - liste publiée par décret
      - exonération du TM restreinte aux soins de cette affection, conformes au protocole ALD (ordonnance bizonne)
      - fin 2006, 7,7 millions de personnes du régime général bénéficiaient d'une exonération du TM pour ALD
    - » Affections « hors-liste » : maladie grave de forme évolutive ou invalidante
    - » Soins lourds, hospitalisations > 30 jours ; stérilité ;
    - » femmes enceintes à partir du début du sixième mois de grossesse
    - » nouveau-nés hospitalisés avant le 30<sup>ème</sup> jour

Identification du prescripteur

*l'étiquette du patient  
est à coller ici*

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

---

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

---

- Les 30 ALD

**Affections mentionnées à l'article D322-1 du code de la Sécurité sociale  
modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004**

Accident vasculaire cérébral invalidant  
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques  
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques  
Bilharziose compliquée  
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves  
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses  
Déficit immunitaire primitif nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)  
Diabète de type 1 et diabète de type 2  
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave  
hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères  
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves  
Hypertension artérielle sévère  
Maladie coronaire  
Insuffisance respiratoire chronique grave  
Maladie d'Alzheimer et autres démences  
Maladie de Parkinson  
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé  
Mucoviscidose  
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif  
Paraplégie  
Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive  
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave  
Affections psychiatriques de longue durée  
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives  
Sclérose en plaques  
Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne  
Spondylarthrite ankylosante grave  
Suites de transplantation d'organe  
Tuberculose active, lèpre  
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

# Principe des financements

- Possible gratuité des soins : l'exonération du ticket modérateur  
→ prise en charge à 100 % par l'AM
  - L'exonération du ticket modérateur
    - nécessite une demande de la part du médecin qui assure les soins,
    - décision prise par un praticien conseil pour le compte de l'AM
    - Protocole de soins
      - » établi par les médecins pour leurs patients en ALD
      - » tenant compte des recommandations établies par la Haute Autorité de santé (HAS), de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques.
      - » révisable.
    - patient informé, signe le protocole, est tenu de le communiquer aux différents médecins consultés pour le traitement de l'affection.

# Principe des financements

- Possible gratuité des soins : l'exonération du ticket modérateur  
→ prise en charge à 100 % par l'AM
  - Peut-être globale (pour tous types de soins) et permanente ; est alors liée à la situation du bénéficiaire :
    - titulaires d'une pension d'invalidité ;
    - titulaire d'une pension militaire ;
    - personnes présentant, après accident du travail ou maladie professionnelle, une IPP supérieure ou égale à 66 % ;
    - mineurs victimes de sévices sexuels ;
    - bénéficiaires de la CMUc complémentaire, de l'allocation supplémentaire vieillesse.

# Fixation des prix et tarifs

- Hospitalier
  - Tarification à l'activité
    - L'étude nationale des coûts menée sur un échantillon d'établissements, permet de fixer une échelle nationale estimant un coût des GHM
    - Un tarif est fixé par GHS au niveau national
- Ambulatoire
  - Financement à l'acte des soins
  - Tarifs conventionnés des honoraires
- Médicament
  - Après avis de la commission de transparence intégrée à la HAS sur le SMR et caractère remboursable aux assurés,
  - Le Comité Economique des produits de santé (CEPS) propose les prix des médicaments et DM,
  - qui sont fixés par le ministre de la santé

# Régulation des dépenses de santé

- Les pouvoirs publics peuvent agir sur l'offre, la demande et les prix
- Offre (biens et services de soins disponibles sur le territoire)
  - L'ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
    - Enveloppe fixée pour le financement de l'année
    - Fixée par le parlement dans le cadre de la LFSS
  - En hospitalier
    - Carte sanitaire
    - SROS
    - T2A : un tarif / GHM
  - En ambulatoire
    - Numerus clausus
    - Prescriptions médicales (antibiotiques, hypocholestérolémiants, anxiolytiques)
    - Parcours coordonné de soins



# Régulation des dépenses de santé

- Demande (besoins de santé exprimés par les usagers)
  - Ticket modérateur : principe français de responsabilisation vis-à-vis des dépenses de soins
  - Déremboursement de certains médicaments à SMR insuffisant
  - Augmentation du forfait hospitalier
- Prix
  - Tarifs conventionnés des honoraires
  - Médicaments génériques, déremboursement de certains médicaments à SMR insuffisant
  - Tarif forfaitaire de responsabilité : certains médicaments sont remboursés sur la base du prix du générique le moins cher du marché

# Références

- Santé Publique 2ème Edition. Rongère J, Tavolacci MP. Masson. Paris 2009
- Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux. Apprentissage de l'exercice médical. P Czernichow. Ed Masson, Paris 2008
- Les Comptes nationaux de la santé en 2008. Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC et Michel DUÉE. DRESS. Etudes et résultats. N° 701 • septembre 2009
- Le système de santé en France. Cours d'Etienne Audureau 2007. <http://www.santepub-rouen.fr>
- <http://www.ameli.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr>