

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

TST2S ; Pôle thématique : QUELS POLITIQUES ET DISPOSITIFS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ ?

AT n°10 : Les comptes de la santé.

Pré-requis : protection sociale (financement du risque santé), acteurs du système de santé.

Objectifs : - Présenter les agrégats des comptes de la santé ;

- Analyser la répartition et l'évolution des comptes de la santé ;
- Montrer qu'il existe une régulation du système de santé ;
- Analyser différents choix visant à assurer l'équilibre des comptes de la santé

Compétences transversales : exploiter des documents de manière pertinente, analyser un tableau de données, calculer une évolution, réaliser un graphique.

Contexte : L'économie de la santé est l'application aux domaines médical et socio-sanitaire des concepts et des méthodes de l'économie. Elle évalue le coût de la santé et de son incidence sur l'économie générale, sur le budget de la nation et des ménages, sur la gestion des entreprises et sur la politique sociale. Elle analyse l'offre et la demande de soins, le marché des biens et des services médicaux, le fonctionnement et le financement du système de santé. [...]

Au cours des quarante dernières années, l'économie de la santé a connu un développement considérable fondé, entre autre, sur une plus grande disponibilité des données et, peut-être surtout, sur la croissance soutenue des dépenses de santé. Le vieillissement de la population, le progrès technique dans les traitements thérapeutiques, l'accroissement des dépenses de santé et leur mécanisme de financement questionnent aujourd'hui les économistes, qui cherchent à résoudre la confrontation entre des ressources contraintes et des besoins illimités. [...]

Plus récemment on a assisté à l'adoption progressive, voire à la généralisation, de la rationalité économique dans le monde médical. Si, en 1963, [l'économiste] Arrow soulignait que [...] "la santé n'a pas de prix", il rappelait également qu' « un temps viendra où l'éthique médicale devra être considérée à la lumière sévère de l'économie ». Aussi les arbitrages se font ou se feront autour des questions et des enjeux suivants : Quelle est l'efficacité de la dépense en matière de santé ? Comment évaluer la performance des systèmes de santé et comment les orienter, les piloter ? Dans les États-Providence, comment juger de l'efficacité de la dépense publique de santé au regard notamment [...], de l'état sanitaire de la population, des préoccupations de redistribution et de justice sociale ?

En France, les dépenses de santé, que l'on appelle plus précisément "dépenses courantes de santé", représentent [11,7 % du PIB, soit 275,9 milliards d'euros (données DREES 2018)].

[Ces dépenses sont évaluées chaque année dans les comptes nationaux de la santé, publiés par la DREES].

Source : <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/economie-de-la-sante>, mis à jour en juin 2012, consulté le 02/04/2020.

► Présenter les objectifs de l'économie de la santé.

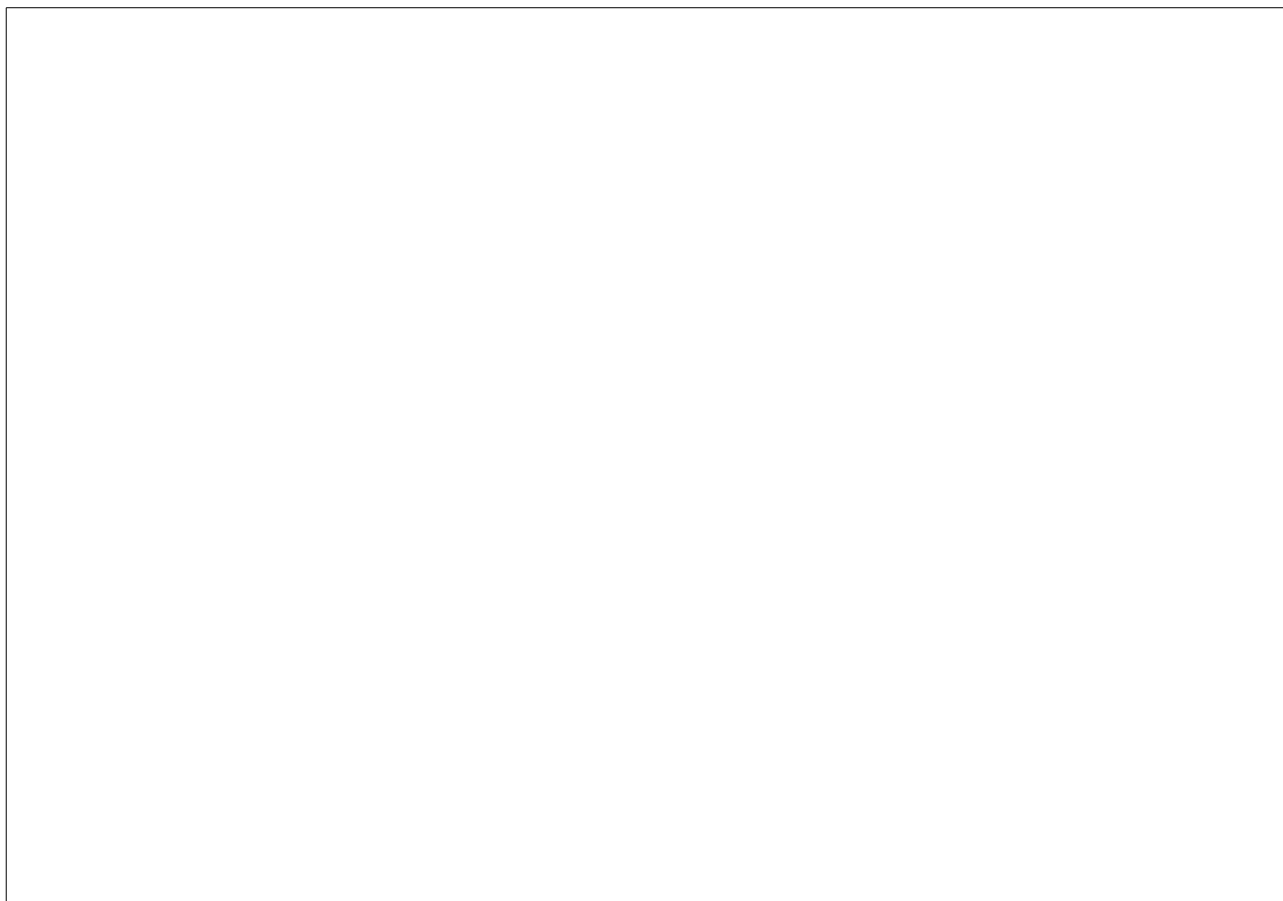
► Justifier le développement récent de l'économie de la santé.

Questionnement : Comment évoluent les dépenses de santé en France ?

Partie 1 : les dépenses de santé

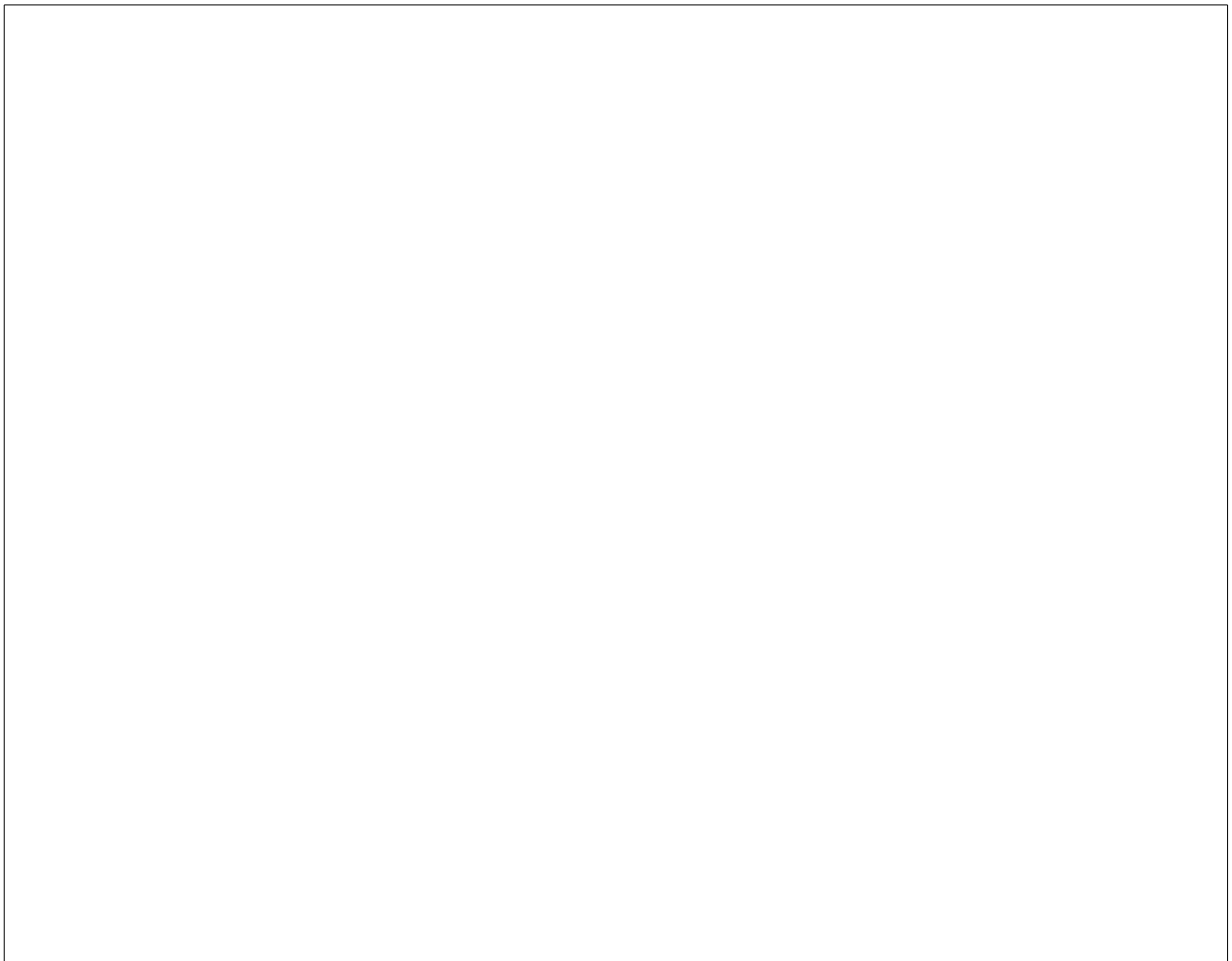
1.1 Présenter de façon schématique les différents agrégats analysés dans les comptes nationaux de la santé (doc 1)

1.2 Préciser le sens de la notion d'agrégat.



1.3 Représenter sous la forme d'un graphique la structure de la Dépense Courante de Santé (DCS) puis de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) en 2018 (docs 2 et 3)

1.4 Conclure sur la place de chacune des dépenses de santé dans la Dépense Courante de Santé.



Ressources : Documents 1, 2 et 3.

Modalités de travail : travail par binôme.

Document 1 :

En France, les comptes de la santé sont composés de deux agrégats :

La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) qui décrit la consommation de l'ensemble :

- des soins hospitaliers : hors soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements et hors services de soins à domicile, mais avec honoraires des médecins libéraux ayant exercé en établissement privé,
- des soins de ville : c'est-à-dire en cabinets libéraux, en dispensaires, laboratoires...,
- des services : Transports sanitaires,
- des biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux) sur l'ensemble du territoire français par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement provisoire de l'état de santé.

L'ajout du poste de la prévention individualisable, c'est-à-dire dont les personnes bénéficient individuellement [vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc], aboutit à la notion de Consommation médicale totale (CMT).

La Dépense courante de santé (DCS) qui décrit l'ensemble des dépenses courantes (hors dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux) engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Elle est donc l'agrégat global des Comptes de la santé et regroupe :

- **Les dépenses pour les malades**, composées de :

- La CSBM qui, lorsqu'elle est étudiée sous l'angle des dépenses des financeurs, s'appelle Dépense de soins et biens médicaux (DSBM)
- Les soins de longue durée aux personnes âgées ou personnes handicapées en établissements
- Les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie (maladie, maternité et accidents du travail)

- **Les dépenses de prévention** :

- Individuelle
- Collective

- **Les dépenses en faveur du système de soins** composées de :

- Les subventions au système de soins nettes de remises conventionnelles (prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé, aide à la télétransmission)
- Les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique
- Les dépenses de formation (des professionnels de santé)

- **Le coût de gestion du système de santé** (frais des différents régimes de Sécurité sociale, des organismes complémentaires, du fonds CMU, budget de fonctionnement du ministère chargé de la santé...)

Source : <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/depenses-de-sante/comptes-de-la-sante-france.html>, consulté le 02/04/2020

Document 2 :

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé

	Montants (en milliards d'euros)										Évolution 18/17 (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CSBM	169,9	173,5	178,1	181,8	185,2	190,2	192,9	197,1	200,5	203,5	1,5
Soins de longue durée	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	22,8	2,2
Ssiad	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	0,9
Soins aux personnes âgées en établissements	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	9,6	2,7
Soins aux personnes handicapées en établissements	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	11,5	2,0
Indemnités journalières*	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	15,1	3,8
Autres dépenses en faveur des malades	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	10,1
Prévention institutionnelle	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,7	5,9	5,8	6,1	6,1	-0,1
Prévention individuelle	3,4	3,3	3,3	3,3	3,5	3,5	3,6	3,6	3,8	3,8	0,2
Prévention collective	3,0	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,2	2,4	2,4	-0,6
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	12,1	12,3	12,6	12,9	12,8	12,7	12,5	12,4	12,1	-2,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,4	2,3	1,8	1,4	1,0	-26,5
<i>Dont subventions au système de soins**</i>	2,2	2,4	2,6	2,7	3,0	3,5	3,3	3,1	2,9	2,9	1,4
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-1,1	-0,9	-1,3	-1,5	-1,9	26,2
Recherche médicale et pharmaceutique	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,2	8,4	8,8	8,8	-0,3
Formation	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	2,3	2,1
Coûts de gestion de la santé	13,6	13,9	14,3	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,5	15,7	0,9
Dépense courante de santé (DCS)	230,9	235,5	241,6	246,4	251,8	257,7	261,0	265,7	272,0	275,9	1,4
Évolution en %	3,6	2,0	2,6	2,0	2,2	2,4	1,3	1,8	2,4	1,4	
DCS en % du PIB	11,9	11,8	11,7	11,8	11,9	12,0	11,9	11,9	11,9	11,7	

* Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de bases (hors fonction publique).

** Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisée ailleurs : les dotations versées à l'Inpes ou à l'Eprus (organismes intégrés à l'Agence nationale de santé publique en 2016) sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, tandis que celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

Lecture > En 2018, la dépense courante de santé s'élève à 275,9 milliards d'euros, en hausse de 1,4 % par rapport à 2017.

Source > DREES, comptes de la santé.

Document 3 :

Consommation de soins et de biens médicaux

Montants en millions d'euros, évolution en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %

	Montants (en millions d'euros)										Évolution 2018/2017	Contribution 2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Soins hospitaliers	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502	0,8	0,4
Secteur public	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 373	72 959	0,8	0,3
Secteur privé	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 543	0,7	0,1
Soins ambulatoires	91 534	93 172	95 606	97 229	98 552	101 147	102 516	104 758	106 688	108 964	2,1	1,1
- Soins de ville*	43 419	44 175	45 749	47 081	48 314	49 404	50 538	52 132	53 465	55 016	2,9	0,8
Soins de médecins et de sages-femmes**	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 568	21 128	21 135		
Contrats et autres soins**	306	313	310	570	612	634	646	690	677	1 554	4,0	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 501	16 071	3,7	0,3
Soins de dentistes	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 276	11 435	1,4	0,1
Laboratoires d'analyses	4 218	4 280	4 393	4 334	4 340	4 315	4 314	4 413	4 466	4 410	-1,3	0,0
Cures thermales	320	328	332	353	364	387	392	408	416	412	-0,7	0,0
- Médicaments	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 661	32 761	32 689	-0,2	0,0
- Autres biens médicaux***	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 158	15 476	16 142	4,3	0,3
- Transports sanitaires	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 987	5 117	2,6	0,1
Ensemble	169 890	173 488	178 066	181 796	185 241	190 206	192 946	197 078	200 458	203 466	1,5	1,5
CSBM en % du PIB	8,8	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7	8,6		
CSBM en % de la consommation effective des ménages	12,4	12,3	12,3	12,4	12,5	12,6	12,6	12,6	12,6	12,5		
Évolution de la Valeur	3,0	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,1	1,7	1,5		
Prix	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,8	-0,7	0,2	-0,2		
CSBM (en %) Volume	2,8	2,5	2,8	2,4	2,2	3,0	2,3	2,9	1,5	1,7		

* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie.

** Les évolutions entre 2017 et 2018 du poste de soins de médecins et de sages-femmes et du poste de contrats et autres soins ne sont pas présentées ici à cause d'une rupture de série méthodologique. Seule l'évolution de l'agrégat (soins de médecins et de sages-femmes, y compris contrats et autres soins) peut être commentée (voir fiches 3 et 4).

*** Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements.

Lecture > En 2018, la CSBM progresse de 1,5 %, dont 0,4 point provient des soins hospitaliers qui augmentent de 0,8 % en un an.

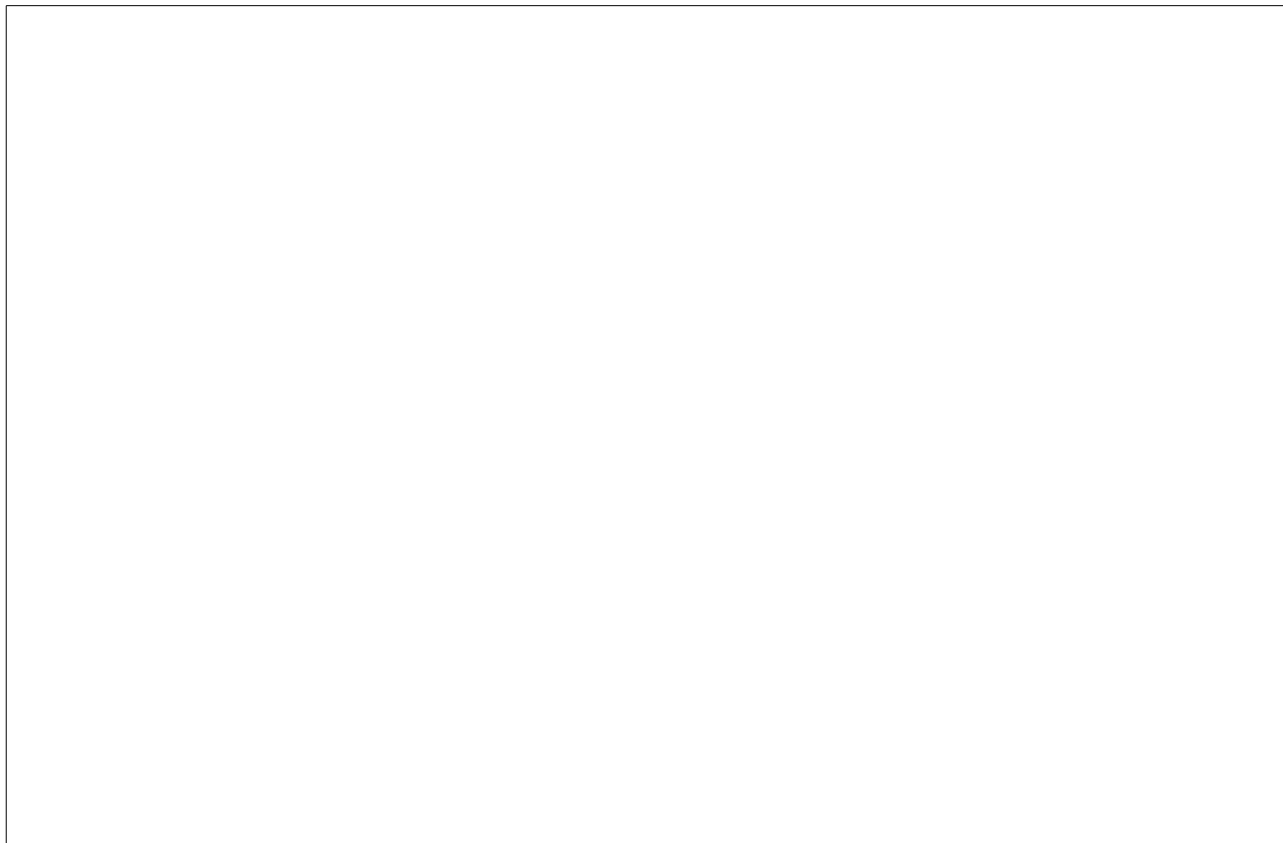
Source > DREES, comptes de la santé.

Partie 2 : l'évolution des dépenses de santé.

2.1 Analyser l'évolution de la Dépense Courante de Santé depuis 2009, en précisant la contribution de la CSBM.

Ressources : Documents 2 et 3.

Modalités de travail : travail individuel.



2.2 Présenter les facteurs de l'évolution des dépenses de santé de manière synthétique (document 4).

L'évolution des dépenses de santé peut être expliquée par trois catégories de facteurs :

- Des facteurs liés à la **demande de santé**
La demande de santé est exprimée par les usagers et traduit un besoin de santé ; elle conduit à la consommation de biens et services médicaux ;
- Des facteurs liés à l'**offre de santé**
L'offre de santé est composée de l'ensemble des biens (médicaments, lunettes...) et des services médicaux proposés aux individus (consultations médicales). L'offre de santé est donc constituée par des professionnels (médecins) et par des organisations (établissements de santé, laboratoires pharmaceutiques...) ;
- Des **facteurs institutionnels**
qui agissent à la fois sur l'offre et la demande de santé : réformes du système de santé, maîtrise des dépenses de santé, modes de rémunération des médecins...

Le tableau ci-dessous synthétise les principaux facteurs de l'évolution des dépenses de santé ainsi que l'impact positif ou négatif de ces facteurs :

(+) = le facteur entraîne une hausse des dépenses de santé et (-) = le facteur agit plutôt à la baisse sur les dépenses de santé :

Catégories de facteurs	Exemples de facteurs
Facteurs liés à la demande	<p>Exemple : la démographie : nb d'habitants, structure par âge. (+) si pop âgée + très jeunes enfants + pop nombreuse. (-) si peu de personnes âgées et pop peu nombreuse.</p> <p><i>A compléter à partir du doc 4</i></p>
Facteurs liés à l'offre	<p>Exemple : effectif du personnel médical et des installations de santé : l'augmentation de l'offre de santé peut induire une hausse de la demande et donc une hausse des dépenses de santé. (+)</p> <p><i>A compléter à partir du doc 4</i></p>
Facteurs institutionnels	<p>* Modèle de protection sociale : en étant couverts à 100%, les individus sont plus incités à consommer (+). A l'inverse, le ticket modérateur peut avoir un effet dissuasif sur le recours aux soins, surtout s'il est élevé. (-)</p> <p>* Maîtrise médicalisée des dépenses de santé par différentes réformes : déremboursement, franchises médicales, participation forfaitaire ... effet (-)</p> <p>* Mode de rémunération des médecins (à l'acte en France) : (+) par rapport à une rémunération forfaitaire (ex : Grande-Bretagne)</p>

Plus d'informations sur : <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-125.html>

Document 4 :

L'évolution des dépenses de santé peut schématiquement être expliquée par des facteurs de demande (comportement des assurés) et par des facteurs d'offre (comportement des prestataires), même si cette distinction est parfois arbitraire. Il faut bien évidemment y ajouter les facteurs institutionnels, qui sont au coeur des réformes des systèmes de santé et agissent à la fois sur la demande et sur l'offre.

Les facteurs de demande

Le facteur primordial de demande est la **démographie**, puisque les dépenses de santé sont, avant toute chose, proportionnelles à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. Les deux effets démographiques - croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part - seront pris en compte dans la projection des dépenses de santé présentée plus bas.

Après le facteur démographique, le second facteur par ordre d'importance est le **revenu par habitant** : les dépenses de santé par habitant sont une fonction croissante du revenu par habitant.

[...] Le troisième facteur de demande est le **prix des soins**. Comme pour le revenu, le prix des soins a un impact différent selon que l'on se situe au niveau individuel ou agrégé, car les pays sont confrontés au véritable prix de la santé, tandis que les patients bien souvent ne connaissent même pas le prix des soins. De plus, ce n'est pas le consommateur qui prend la plupart des décisions de consommation de soins, mais le corps médical.

Les facteurs d'offre

Le premier facteur d'offre est le progrès technique. La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, IRM). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande.

Le second facteur d'offre est l'augmentation du **personnel** et des **installations de santé**.

L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associée à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé. Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas (médecins, infirmières) qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel.

Le troisième facteur d'offre est le **prix des soins** qui, comme sur tout marché, est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins (c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages) a théoriquement un effet négatif sur la demande (une hausse de prix réduit les volumes demandés) et ambigu sur l'offre (une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal).

Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

Projet de loi relatif à l'assurance maladie : tome 1, rapport n° 424 (2003-2004) de M. Alain VASSELLE, <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-125.html> , consulté le 02/04/2020.

Partie 3 : la nécessaire régulation des dépenses de santé.

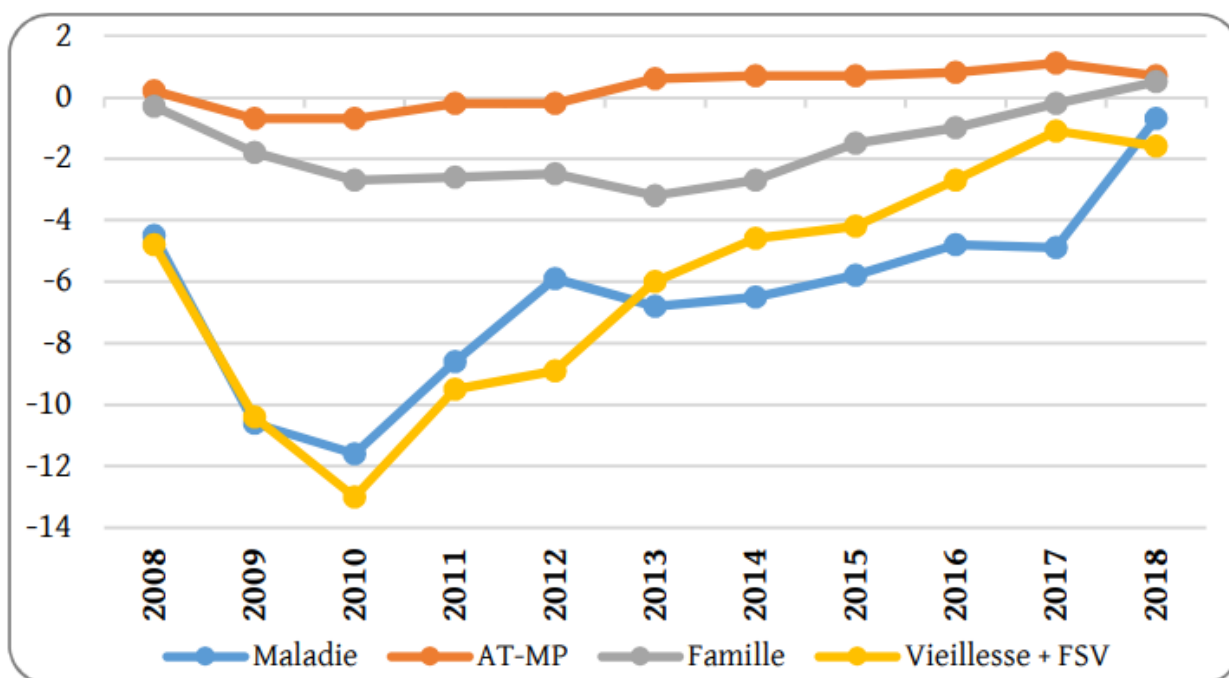
C'est essentiellement la Sécurité Sociale qui finance la dépense courante de santé : 75 % de la DCS est ainsi financée par la Sécurité Sociale en 2018, contre 5% par l'Etat et les collectivités locales et près de 20 % par les organismes complémentaires et les ménages. Le constat est particulièrement vrai pour le financement de la CSBM.

Toutefois, voilà plusieurs années que la Sécurité Sociale présente un déficit structurel (« trou de la sécu »). En d'autres termes, **ses dépenses** (prestations sociales versées aux assurés entre autres) **restent supérieures à ses recettes** (cotisations sociales...). Néanmoins, ce déficit se résorbe ces dernières années, particulièrement le déficit de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (régime général) qui est passé de 11,7 Md€ à 0,7 Md€ en 2018, se rapprochant ainsi de l'équilibre (montant des dépenses = montant des recettes).

Le graphique ci-dessous représente l'évolution du déficit des 4 branches du régime général (le plus important des régimes, qui couvre la plupart des salariés du privé) :

- la branche maladie, déficitaire de 0,7 Md d'€ en 2018 ;
- la branche accident du travail – maladie professionnelle (« AT-MP ») en léger excédent en 2018 (recettes supérieures aux dépenses) (+ 0,7 Md d'€ en 2018) ;
- la branche famille également en léger excédent (+0,5 milliard d'€ en 2018) ;
- la branche vieillesse déficitaire d'environ 1,6 milliards d'€ en 2018.

Document 5 : évolution par branche du déficit agrégé du régime général et du FSV (2008-2018, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données des comptes définitifs de la sécurité sociale de mars 2019.

Note : le FSV correspond au Fonds de Solidarité Vieillesse qui a pour mission de **financer les avantages vieillesse des personnes ayant une faible pension de retraite**, soit parce qu'elles ont connu des périodes de chômage pendant leur vie professionnelle, soit parce qu'elles ont interrompu leur carrière pour élever des enfants ou en raison de problèmes de santé. Les prestations versées par le FSV sont « non

contributives », c'est-à-dire qu'elles ne sont pas assises sur des cotisations. Elles relèvent de la solidarité nationale.

→ **Comment le déficit de la branche maladie a-t-il pu se résorber ?**

Quels sont les principaux instruments de régulation des dépenses de santé ?

1) Les instruments de régulation des dépenses de santé.

Deux acteurs clés interviennent pour réguler les dépenses de santé :

- Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, le Parlement vote chaque année **une loi de financement de la sécurité sociale** (LFSS) afin de déterminer les recettes et les dépenses annuelles de la sécurité sociale pour chacune de ses branches et de prévoir des mesures visant leur équilibre financier. Le Parlement a donc un droit de regard sur les finances de la Sécurité Sociale.

Pour la branche maladie, le Parlement fixe également chaque année un **objectif national des dépenses de l'assurance maladie** (ONDAM) afin de déterminer un objectif de consommation de soins de ville et hospitaliers en veillant toutefois à ne pas trop rationner l'accès (cet objectif n'étant pas limitatif).

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 propose de fixer l'**ONDAM** pour l'année 2020 à 205,3 Md€, soit un taux de progression de 2,3 % (après 2,5 % prévu en LFSS pour 2019 et 2,3 % prévu en LFSS 2018 mais 2,2% réalisé en 2018).

Document 6 :

Évolution de l'ONDAM 2019-2020 par sous-objectifs

(en milliards d'euros)

	2019	2020
Dépenses de soins de ville	91,4	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6	84,2
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes âgées	9,6	9,9
Contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7
Dépenses relatives au Fond d'intervention régional	3,5	3,5
Autres prises en charge	2	2,4
Total	200,4	205,3

Source : commission des finances du Sénat

Lecture : en 2020, les dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville ne devront pas dépasser 93,6 milliards d'€, contre 91,4 milliards en 2019.

Note : les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ; l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ; la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ; l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs

personnels ; le développement de la démocratie sanitaire.

Deuxième acteur : l'Etat, par le biais de la planification sanitaire (répartition des services de santé sur le territoire) et du financement des actes et des infrastructures (notamment la Tarification à l'Activité, T2A pour les hôpitaux publics).

Enfin, les caisses nationales d'assurance maladie ont pour responsabilité de négocier les conventions médicales, de fixer les taux de remboursement et de modifier la liste des actes et prestations admis au remboursement.

2) Quelles mesures pour maîtriser, voire réduire le déficit ?

Plusieurs stratégies sont possibles pour maîtriser les dépenses de santé :

- augmenter les recettes par une augmentation des prélèvements obligatoires ou l'augmentation de certaines taxes (tabac...)
- limiter les dépenses en agissant sur l'offre de soins, ou la demande de soins, ou encore en développant la prévention,
- améliorer le fonctionnement du système pour « dépenser mieux » : du point de vue administratif (gestion du système) et médical (maîtrise médicalisée (prise en charge des soins médicalement utiles, efficaces au meilleur coût))

→ Exemples de mesures ayant une action sur l'offre de santé : le contrôle :

- Des professionnels de santé : *numerus clausus* à l'entrée des études (supprimé par la loi santé), encadrement des prix
- De l'offre hospitalière : instauration d'instruments de régulation et de planification hospitalières (reconversion des services, réduction du nombre de lits, réorganisation regroupement, fermeture de services, d'hôpitaux locaux).
- Des pratiques professionnelles : contrôle des arrêts de travail, des prescriptions, évaluation des pratiques, diffusion de recommandations de bonnes pratiques (HAS)
- De l'offre de biens et services médicaux : encadrement des prix (médicaments et soins ambulatoires), détermination des médicaments déremboursés ou moins remboursés (en fonction du service médical rendu), développement de médicaments génériques...
- De la coordination des soins entre professionnels de santé : mise en place de réseaux de santé, Dossier Médical Partagé, parcours de soins coordonné autour du médecin traitant, protocole de soins...

→ Exemples de mesures ayant une action sur la demande :

- Augmentation de la participation financière des patients/responsabilisation patient :
 - **forfait hospitalier** : il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il s'élève à 20€ pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.
 - **franchises médicales** : c'est une somme qui est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les

transports sanitaires. Son montant s'élève à 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire.

- **Participation forfaitaire** de 1 euro qui reste à la charge du patient pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

- **La participation forfaitaire** de 24 euros pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros

- **Diminution des remboursements**

- **Ticket modérateur** : c'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, et s'applique sur tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, achat de médicaments prescrits, etc.

Plus d'informations sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge>

- Éducation au bon usage du médicament (antibiotiques, génériques)
- Contrôle des arrêts de travail ;
- Instauration du médecin traitant

...

Document 7 : Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020 : les mesures nouvelles d'économies

Afin d'aboutir à un objectif de dépenses en progression de 2,3 % (soit 4,6 Md€) par rapport aux réalisations prévisionnelles 2019 à périmètre constant, un montant global d'économies de 4,2 Md€ est nécessaire pour la construction de l'ONDAM 2020.

Le détail des mesures législatives mis en œuvre pour y parvenir est décrit dans l'annexe 9 au PLFSS.

Ce montant d'économie se répartit entre les différentes thématiques autour desquelles s'organise le plan ONDAM 2018-2022 d'appui à la transformation du système de santé qui repose sur des actions de pertinence et d'efficacité engagées de manière pluriannuelle. Ce plan est articulé autour de thématiques visant à faire du pilotage de l'ONDAM un outil au service de la stratégie de transformation et d'adaptation de notre système de santé :

- Mettre l'accent sur les actions de prévention ;
- Structurer l'offre de soins autour du parcours ;
- Améliorer la pertinence et l'efficacité des dépenses de produits de santé ;
- Améliorer la pertinence et la qualité des actes ;
- Renforcer la pertinence et l'efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ;
- Renforcer le contrôle et la lutte contre la fraude.

La structuration de l'offre de soins représente 1 Md€ d'économies dont 0,1 Md€ liés au **développement des prises en charge ambulatoires** (chirurgie ambulatoire, médecine ambulatoire, développement des alternatives à l'hospitalisation et réduction des hospitalisations évitables).

S'agissant de l'efficacité de la dépense en établissements de santé et médico-sociaux, la

restructuration et l'optimisation des achats se poursuivront notamment au travers d'une nouvelle étape de mise en œuvre du programme PHARE (585 M€ d'économies attendues en 2020).

L'effort sur les prix des produits de santé, avec 1,3Md€ reste globalement constant mais repose sur des **objectifs de baisses de prix des médicaments** légèrement inférieurs aux années précédentes.

Les actions sur la **pertinence et le bon usage des soins** sont en progression à 1,2 Md€, du fait notamment d'efforts de maîtrise médicalisée (440 M€ sur les produits de santé, 335 M€ en dehors).

Les actions de **pertinence et de maîtrise tarifaire des actes médicaux** s'appuient notamment sur les protocoles conclus entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé en matière de biologie et d'imagerie.

Les objectifs d'**économies sur les dépenses d'indemnités journalières** s'élèvent par ailleurs à 145 M€ dans le cadre de cette construction.

Outre les actions de maîtrise médicalisée, l'évolution des règles relatives au temps partiel thérapeutique des indemnités journalières AT-MP dès le début de l'arrêt ainsi que la **suppression de la majoration pour troisième enfant** permettront de générer des économies.

Les **économies relatives aux transports sanitaires** (120 M€) reposent en partie sur des actions de maîtrise médicalisée.

Les actions de **contrôle et de lutte contre la fraude** visent à réaliser 90 M€ d'économies, comme en 2019.

Enfin, le poste relatif à la gestion dynamique du panier de soins remboursé comprend notamment l'impact de la **décision d'arrêter progressivement la prise en charge par l'assurance maladie des spécialités et préparations homéopathiques** (baisse du taux de prise en charge en 2020).

Source : Annexe 7 du PLFSS 2020

REFORMULATION : *Vous êtes journaliste. Vous devez rédiger un article de vulgarisation expliquant pourquoi et comment nos dépenses de santé sont régulées. Vous préciserez les limites de la régulation des dépenses de santé. Rédigez votre texte en 20 lignes maximum.*