

Economie de la santé

D^r F. BINDER-FOUCARD, D^r M. VELTEN

I. Organisation des systèmes de santé	4
1. Système de santé et système de soins.....	4
2. Les objectifs d'un système de santé	4
3. Historique	5
a. Bismarck.....	5
b. Beveridge	5
c. Comparaison de ces 2 systèmes et du système français.....	6
4. Système allemand.....	6
5. Système britannique	7
6. Système américain.....	7
 En France :	 9
II. Organisation du système de santé	9
1. Le gouvernement : un rôle-clé.....	9
2. Le Parlement : le vote des dépenses de santé.....	9
3. L'administration sanitaire	10
4. Organisation sanitaire de la France au niveau régional, départemental, et communal	11
III. L'offre de biens et de services médicaux	13
1. Professionnels de santé.....	13
2. Etablissements de santé	16
3. Les dispensaires et centres de soins	18
4. Structures spécialisées.....	19
5. Autres	19
6. Coordination des soins et alternatives à l'hospitalisation	19
7. La pharmacie	19
IV. Financement du système de santé	20
1. La santé dans les dépenses de protection sociale	20
2. Les comptes nationaux de la santé	21
a. Consommation et dépense de santé.....	21
b. Les tendances des dépenses de santé depuis 1995	22
c. La dépense nationale de santé : 11,1 % du Produit intérieur brut en 2005	24
3. Le financement de la santé	25
4. D'où vient l'argent ?	26
V. Maîtrise des dépenses de santé	29
1. Le remboursement de la dette sociale (Plan Juppé de 1996)	29
2. L'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie	29

3.	Les mesures de maîtrise en milieu hospitalier	30
a.	La planification hospitalière	30
b.	Le secteur hospitalier public et assimilé	30
c.	Les cliniques privées commerciales	31
d.	Le programme de réformes hospitalières annoncé fin 2002 (plan Mattei)	31
e.	Introduction de la tarification à l'activité	31
4.	La maîtrise de l'évolution des dépenses de ville	31
a.	Le médecin référent	31
b.	Le contrôle des actes et des consommations	32
c.	Les mesures du plan Mattei vis-à-vis de la médecine de ville	32
5.	La limitation des dépenses pharmaceutiques	32
a.	Une politique des prix	32
b.	La promotion des génériques	32
6.	La coordination des soins	33
a.	Les réseaux entre établissements hospitaliers	33
b.	Les réseaux organisés autour d'une pathologie ou une population donnée et les réseaux ville-hôpital	33
VI.	Modernisation de l'assurance maladie en 2004	33
1.	Le dossier médical	34
2.	Le médecin traitant	34
3.	La politique du médicament	34
4.	Le remboursement des actes	35
5.	Le contrôle des arrêts de travail	35
6.	Nouvelles organisation	35
VII.	Mesures issues de la Loi de finance de la sécurité sociale (LFSS) 2006.	36
1.	Instauration d'une participation plafonnée à 18€ pour les interventions médicales lourdes.	36
2.	Poursuite de la hausse du Forfait journalier Hospitalier décidée en 2004	36
VIII.	Projet de la Loi de finance de la sécurité sociale (PLFSS) 2008	36
	Sources bibliographiques	38

La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est en partie liée à des phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie, ect.

Pour autant, ce constat ne peut expliquer les différences très importantes de coût des systèmes de santé pour des pays aux performances sanitaires comparables. De plus, cette évolution est à l'origine d'un déficit croissant de l'assurance maladie, qui pose des problèmes récurrents de financement et limite les ressources disponibles pour financer à l'avenir d'autres besoins sociaux (ex : retraites).

Ces considérations ont conduit à multiplier depuis les années 1970 les politiques de maîtrise des dépenses de santé.

Avant de détailler les principes de la maîtrise des dépenses de santé notamment en milieu hospitalier et ambulatoire, nous étudierons l'organisation des systèmes de santé et plus particulièrement l'organisation du système français et son financement.

I. Organisation des systèmes de santé

1. Système de santé et système de soins

Un système de santé, c'est l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but principal est d'améliorer la santé. Il est composé de sous-systèmes : systèmes économique, social, culturel, politique, législation... Dans cette définition large, le système de soins est l'un des sous-systèmes du système de santé.

Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé.

2. Les objectifs d'un système de santé

Selon Avedis Donabedian

Objectif 1

Fournir à toute la population quelles que soient ses caractéristiques culturelles, sociales, économiques ou géographiques, tous les services de santé qu'elle requiert.

Objectif 2

S'assurer que ces services sont de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire qu'ils sont globaux, continus et conformes aux recommandations de bonne pratique.

Objectif 3

Etre organisé de façon à utiliser au mieux les ressources disponibles, à satisfaire la population et les professionnels, tout en étant administrable d'une façon efficace et capable d'évoluer en fonction des besoins de santé et des techniques.

Il est possible de définir **8 critères de qualité** d'un système de santé qui sont reliables aux 3 objectifs pré-cités.

Objectif 1 : Accessibilité : financière, géographique

Objectif 2 : Globalité et continuité : soins complets, continus, personnels de promotion, prévention et restauration de la santé

Qualité technique des soins

Objectif 3 : Productivité

Acceptabilité

Satisfaction des usagers

Satisfaction des professionnels

Adaptabilité : c'est à dire la capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents.

Chaque pays a organisé son propre système de santé selon ses aspirations historiques, politiques, et morales. Deux systèmes de prise en charge des soins servent de référence : le système bismarkien (Allemagne) et le système béveridgien (Grande-Bretagne).

3. Historique

Les précurseurs

a. Bismarck

Dès 1871, le chancelier Bismarck avait considéré la question sociale comme une menace pour l'état et il souhaitait lier les salariés à l'état. En effet, face au développement industriel brutal et à la peur du socialisme naissant, Bismarck a mis en place une politique sociale pour lutter contre ses adversaires de la « sociale-démocratie ». A partir de quelques expériences locales d'assurance sociale pour les accidents du travail et la maladie, Bismarck va lancer en 1881 une politique sociale dans laquelle l'état aura le rôle central. Cette politique sociale se traduira par 3 lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé. Il s'agit des textes portant sur :

- L'assurance maladie en 1883 ;
- L'assurance accident du travail en 1884 ;
- L'assurance invalidité et vieillesse en 1889.

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants.

Les grandes caractéristiques du système bismarckien sont :

- Le lien entre travail et protection sociale ;
- Le caractère obligatoire de cette protection ;
- Le partage des cotisations entre employeurs et employés ;
- La séparation des assurances.

La couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques, mais la parafiscalité qu'elle engendre entraîne un alourdissement des prélèvements obligatoires.

b. Beveridge

Au XIX siècle, la Grande-Bretagne est marquée par un développement industriel majeur qui en faisait la première puissance industrielle mondiale, mais la pauvreté était très répandue. L'effort des législateurs se concentre sur l'amélioration de l'hygiène. Malgré quelques tentatives (1897 : loi sociale sur l'indemnisation des accidents du travail ; 1906 loi sociale d'extension de la précédente aux maladies professionnelles ; 1908 : loi sociale sur les prestations d'assistance pour les personnes âgées...), à la veille de la seconde guerre mondiale, un grand nombre de catégories professionnelles échappent encore à ces lois. C'est le rapport de Lord Beveridge publié en 1942 qui proposera un droit à chacun à la sécurité sociale. Il instaure un système de santé qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens et qui est financé par le budget de l'état c'est-à-dire l'impôt. Le système de financement engage donc directement les finances publiques.

Les grandes caractéristiques du système beveridgien sont :

- L'unification des assurances sociales ;
- L'extension des bénéficiaires à toute la population ;
- La loi sur les prestations familiales qui crée le premier régime d'allocations familiales destiné aux familles d'au moins 2 enfants ;
- Niveau de prestations de base trop basses pour empêcher l'entrée dans la pauvreté.

c. Comparaison de ces 2 systèmes et du système français

Tableau 1 : Comparaison des systèmes de santé

	Système bismarckien	Système beveridgien	Système français
Couverture	Assurances sociales assises sur la base socioprofessionnelle	Universelle	Assurances sociales assises sur la base socioprofessionnelle initialement, mais dissolution progressive du lien travail-statut d'assuré social
Obligation pour	Assurés aux salaires inférieur à un plafond	Tous	Tous
Mode financement	Cotisations salariales avec plafond	Impôt	Cotisations et impôt
Mode gestion	Décentralisé (caisses)	Centralisé (Etat) et financement en cascade	Décentralisé avec contrôle de l'état
Prestations fournies	Proportionnelle aux salaires et plafonnées	Forfaitaires	Proportionnelles avec minima sociaux

Le système français est un système mixte, à dominante bismarckienne : l'assurance maladie est obligatoire, les cotisations sont assises sur une base socioprofessionnelle, mais on observe une tendance à la disparition progressive du lien travail statut d'assuré social (couverture maladie universelle) et un financement partiel par l'impôt (contribution sociale généralisée).

4. Système allemand

Il existe une assurance de soins de santé obligatoire pour tout salarié qui gagne moins qu'un certain plafond. Il s'agit du régime légal. Elle couvre aussi les étudiants, les retraités, beaucoup de non salariés ainsi que d'autres groupes ayant besoin de protection. Pour les revenus élevés, il existe une assurance optionnelle privée. Le financement s'appuie sur des cotisations salariales et patronales collectées par un réseau complexe de 450 caisses autonomes dont le fonctionnement n'est pas uniforme (cotisation et prestations différentes).

Il existe une certaine indépendance des länder (régions), mais la planification est centrale. On distingue 2 secteurs :

- Les médecins libéraux. Ils sont rémunérés par les caisses d'assurance maladie et il existe un contrôle de leur activité sous forme de « profils »
- Les hôpitaux sont essentiellement publics. Le secteur hospitalier privé est réduit. Seuls les CHU ont des consultations externes. Les hôpitaux sont très développés et emploient environ la moitié des médecins du pays.

5. Système britannique

L'état prend en charge tout le système de santé, le NHS (National Health Service) étant un organisme d'assurance sociale et de distribution des soins. Tous les soins sont en effet gratuits ou quasiment. L'organisation est très hiérarchisée et planifiée avec un découpage du pays en zones et districts. Les patients s'inscrivent sur une liste d'un médecin généraliste, porte d'entrée obligatoire dans le système de santé public. Les médecins passent un contrat avec l'administration et sont rémunérés à la capitation selon le nombre de patients inscrits sur leur liste. Un paiement à l'acte complète la rémunération des médecins et porte sur des prestations spécifiques comme la vaccination, le dépistage des cancers, la prescription de contraceptif ou les consultations de nuit. Grâce à cette rémunération à l'acte, l'administration peut orienter les priorités de santé publique. En dehors du temps qu'il s'est engagé à passer au NHS, le médecin a la possibilité de pratiquer la médecine libérale.

Les principes d'accès universels sont garantis sans procédure justificative préalable. Le financement est fiscalisé et le secteur public est quasiment en situation monopolistique. Le niveau très faible de prestation de base a progressivement conduit les plus hauts revenus à rechercher des mécanismes complémentaires de protection sociale en particulier par l'assurance privée. Ces assurances ont été à l'origine d'une médecine à « deux vitesses ». On observe ce phénomène au sein même des hôpitaux qui sont autorisés à exercer une médecine libérale, leurs médecins spécialistes recevant une clientèle privée en consultation ou en hospitalisation. A l'opposé les files d'attente du secteur hospitalier public sont devenues « légendaires ».

6. Système américain

Il n'existe ni couverture généralisée de la population, ni financement public par le biais d'un prélèvement obligatoire. En 1999, plus de 65 % des américains de moins de 65 ans sont couverts par le biais d'une assurance privée liée à l'emploi. En 2000, 2/3 des entreprises de moins de 200 salariés offraient à leur salariés une assurance maladie. Certaines conditions d'éligibilité sont parfois appliquées et les salariés sont libres d'accepter ou de refuser cette proposition.

Les américains ont aussi la possibilité de souscrire une assurance privée à titre individuel. Dans ce cas les primes sont calculés en fonction du risque individuel que présente la personne. Dans ce contexte les primes sont souvent très élevées, en particulier pour certaines pathologies (polyopathologies, maladies de longue durée).

Afin de combler le vide concernant les personnes de plus de 65 ans et les personnes les plus démunies, deux programmes fédéraux ont été créés :

- Le programme Medicare : il est destiné aux personnes âgées et aux personnes reconnues handicapées dans l'incapacité de travailler. Quarante millions d'américains en bénéficient soit 14 % de la population. La prise en charge de Medicare comprend :

- Une assurance hospitalisation obligatoire ;
 - Une assurance médicale supplémentaire, optionnelle et payante qui couvre les honoraires des professionnels de santé en ambulatoire.
- Le programme Medicaid : Ce programme est destiné aux plus démunis. Les critères d'éligibilité sont déterminés par l'état fédéral. En 1999, Medicaid couvrait 33 millions de personnes, soit 11 % de la population.

Le système d'offre de soins américain est principalement géré par le Managed Care qui dans les années 1970, a pris la forme des Health Maintenance Organization (HMO) et qui depuis les années 1980 est intégré dans un ensemble plus large que sont les Managed Care Organization. Près de 70 % des américains sont inscrit dans un plan de Managed Care soit par le biais de leur employeur soit à titre personnel.

Trois types d'organisation sont présents aux Etats-Unis

- Les HMO : système intégré d'assurance maladie et de production des soins. Ces structures forment des réseaux complets de soins. La liberté des patients et des médecins est très réduite. Une liste limitée de prestataires de soins est proposée.
- Les preferred Provider Organization (PPO) : Les compagnies d'assurance passent des contrats avec des partenaires indépendants, médecins et hôpitaux, qui sont les « prestataires préférentiels ». Si les patients souhaitent consulter des professionnels extérieurs à l'organisation, ils doivent participer financièrement à leur soins.
- Les Point Of Service (POS) : Les assurés peuvent choisir d'être soignés au sein du réseau géré par leur assurance ou au contraire sortir de ce réseau tout en conservant des droits à remboursement.

En France :

II. Organisation du système de santé

Les réformes du financement de la Sécurité sociale et les mesures de maîtrise des dépenses dans le secteur social sont pour la plupart issues du gouvernement. La gestion des caisses est assurée par les partenaires sociaux, c'est-à-dire les syndicats et le patronat. Enfin, un nouvel « acteur » est apparu sur le devant de la scène depuis 1996, le Parlement.

1. Le gouvernement : un rôle-clé

Le premier ministère abordant les questions de santé fut créé en 1920. Il faut noter une place variable de la santé dans les gouvernements, tantôt individualisée en tant que telle ou incluse dans un vaste ministère des affaires sociales. Sur le plan des compétences décisionnelles et du financement, le secteur de la santé et le secteur social sont officiellement distincts, tant au niveau national, régional et départemental.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le sanitaire et le social sont intimement liés en pratique (ex : le retour à domicile d'une personne âgée vivant seule nécessite un ensemble de prescriptions médicales et démarches sociales afin que sa convalescence se passe dans des conditions correctes).

Il prépare le projet de Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en tenant compte des recommandations du Haut Comité de la Santé publique. Les dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale qui entrent dans le cadre de la LFSS correspondent à l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM). Le Parlement dispose de 50 jours pour prendre une décision, faute de quoi le gouvernement peut mettre en vigueur les mesures qu'il a décidées par ordonnance. Pour toutes les décisions de santé publique, le pouvoir exécutif dispose d'avis techniques fournis par son administration et par des « agences », organismes satellites du gouvernement et des ministères concernés.

2. Le Parlement : le vote des dépenses de santé

Il examine les projets et propositions de loi concernant la Sécurité sociale: Droit de la Sécurité sociale et recettes fiscales comme la Contribution sociale généralisée (CSG), et recettes parafiscales comme les taxes sur les tabacs et les alcools forts. Il vote l'ONDAM qui est composé de plusieurs agrégats :

- dépenses relatives aux soins de ville;
- dépenses de soins en établissements de santé soumises à la tarification à l'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie);
- dépenses de soins en établissements de santé hors du champ de la tarification à l'activité (psychiatrie, soins de suite et réadaptation)
- dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées CNSA
- dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (réseaux, addictologie, soins des français de l'étranger...)

3. L'administration sanitaire

Elle comprend un niveau central avec en particulier:

- la **Direction générale de la santé (DGS)**, chargée de l'ensemble des questions de santé;

Ces missions sont :

- analyser les besoins de santé ;
- concevoir les axes de la politique de santé ;
- veiller à sa mise en œuvre et à son évaluation ;
- construire les actions de prévention, de surveillance, de gestion des risques sanitaires ;
- coordonner les agences de sécurité sanitaire ;
- impulser des pratiques professionnelles de qualité ;
- définir les formations des professionnels de santé ;
- favoriser l'intervention des citoyens et le développement de leurs droits ;

- la **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)**, en charge de l'offre de soins: établissements de santé publics et privés, médecine de ville et une partie du champ médico-social.

Ces missions sont :

- assurer la prise en charge globale du malade, et susciter la complémentarité des différentes structures et des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux et de filières de soins, tout en poursuivant la rationalisation de l'emploi des ressources de l'assurance maladie ;
- assurer la qualité, la sécurité, la continuité et la proximité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers. Dans cette perspective, elle suit tout particulièrement la mise en œuvre de la procédure d'accréditation ;
- concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi de la politique de tarification et de régulation financière des établissements de santé. Un bureau traite spécifiquement des systèmes d'information hospitalier et du programme de médicalisation des systèmes d'information soit de l'évaluation de la production hospitalière ;
- organiser l'exercice et la gestion des carrières des professionnels de santé. A cet effet, elle apporte son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé ainsi qu'à la définition des contenus et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales ;
- concevoir et élaborer les règles relatives à la création des officines de pharmacie et des laboratoires d'analyses de biologie médicale ;

- la **Direction de la Sécurité sociale**, qui constitue le trait d'union entre le ministère et les caisses nationales de Sécurité sociale.

Cette direction propose des modifications des lois et autres textes de sécurité sociale pour adapter celle-ci aux évolutions sociales (le RMI, la CMU), démographiques (champ très vaste de la retraite), économiques (élaboration et suivi des lois de financement de la sécurité sociale) et internationale (coordination entre les pays de l'union européenne...)

Remarques : si le ministère détient en apparence les pleins pouvoirs sur la sécurité sociale, les multiples organismes de la sécurité sociale ont une organisation propre, certes contrôlée par l'état et ses services mais dont l'autonomie est importante. Il faut néanmoins avoir à l'esprit que l'état cherche à augmenter son contrôle sur les organismes de sécurité sociale étant donné d'une part les énormes masses financières mise en jeu et d'autre part en raison du déséquilibre financier de la sécurité sociale

4. Organisation sanitaire de la France au niveau régional, départemental, et communal

L'administration dispose d'un échelon régional: les **Directions régionales des affaires sanitaires et sociales** (DRASS) dont les principales missions sont : l'analyse des besoins sanitaires et sociaux, la planification des établissements sanitaires et sociaux et l'examen des demandes de financement de ces établissements. Elles sont placées sous l'autorité du Préfet de région et dirigées par un Directeur des affaires sanitaires et sociales qui est un administrateur en charge de l'application de la politique ministérielle. Elles ont aussi des fonctions de contrôle sur les organismes qui financent, à savoir la Sécurité Sociale ainsi que sur les hôpitaux et les institutions sanitaires et sociales.

Les missions des DRASS en matière de planification ont évolué . Les ARH ont pris en charge une grande partie de cette mission à laquelle les fonctionnaires des DRASS sont associés.

L'échelon départemental d'État est représenté par la **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales** dont les missions sont : la surveillance du milieu, le recueil des données épidémiologiques du département (Déclarations obligatoires des maladies) et les actions de promotion de la santé.

Les services d'action sociale et de santé des collectivités locales. Ces services dépendent du Conseil Général. Leur missions sont :

- Protection maternelle et infantile ;
- Aide sociale à l'enfance ;
- Instruction de demandes : aide médicale, aide aux familles, aides aux personnes âgées, allocations compensatrices aux handicapés ;
- Actions sociales ciblées envers les personnes âgées ;
- Aides aux familles en difficulté ;
- Lutte contre les fléaux sociaux : alcoolisme, toxicomanie ;
- Cancres : dépistage.

Les agences régionales de l'hospitalisation

Institution née de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'agence régionale de l'hospitalisation exerce quatre missions définies par l'article L 6115-1 du code de la santé publique :

- Définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS (Schéma régional d'organisation sanitaire) et la carte sanitaire, celle-ci étant appelée à disparaître au fur et à mesure de la publication des nouveaux SROS issus de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ;
- Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés ;
- Contrôler leur fonctionnement ;
- Déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire ;

Elles associent à parts égales dans chaque région les services de l'État, de la région, du département d'une part et les organismes régionaux et locaux de l'Assurance maladie d'autre part.

Niveau communal : **Service communal d'hygiène et de santé**

Ce service existe dans les villes de plus de 10 000 habitants (dans les villes de moindre importance, le maire et son équipe ont la responsabilité de l'application de la réglementation d'hygiène publique)

La commune assure :

- La prévention des maladies transmissibles ;
- L'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ;
- L'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets ;
- La surveillance des piscines et des baignades ;
- la salubrité des immeubles et des rues ;
- la surveillance des radiations ionisantes et les mesures d'hygiène générales : désinsectisation, lutte anti-pigeons

Remarque : La logique administrative est prédominante dans l'organisation du système de santé français. En effet bien qu'un dispositif extrêmement important ait été mis en place pour organiser le secteur sanitaire et social beaucoup de structures ont des missions communes.

III. L'offre de biens et de services médicaux

Environ 1,7 millions de personnes travaillent dans le secteur de la santé, soit 8 % de la population active.

1. Professionnels de santé

Variété des professions

Les professions de santé sont nombreuses : médecin, chirurgien dentiste, sage-femme, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, infirmier, pédicure, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, opticien, audioprothésiste, diététicien.

L'exercice de ces professions est soumis à l'obtention d'un diplôme d'état spécifique qui garantit un monopole d'exercice. Des équivalences ou reconnaissances de diplômes étrangers existent dans certaines professions.

Statuts et mode d'exercice

Les professionnels de santé peuvent exercer à titre libéral ou en tant que salariés.

Aspects quantitatifs et évolution

Les infirmiers diplômés d'état constituent la profession la plus nombreuse suivie par celle des médecins.

On estime que la densité médicale globale est passée de 130 en 1970 à 331 en 2000 pour 100 000 habitants. Le partage des modes d'exercice entre médecine salariée et médecine libérale est resté globalement stable au cours de cette période. L'exercice libéral pour l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes confondus) a toujours été proche de 60 % des effectifs depuis 1984, avec une légère augmentation jusqu'en 1992 et une tendance à la diminution depuis. Au premier janvier 2000, 60,3 % des médecins exerçaient en libéral. Cette relative stabilité ne se retrouve pas dans la répartition entre médecins généralistes et spécialistes. Ainsi, la croissance démographique du corps médical s'est accompagnée d'une augmentation de la part des spécialistes qui est passée de 43 % en 1984 à 51 % en 2000. Cela correspond à une augmentation du nombre de spécialistes en valeur absolue, de près de 40 000 en quinze ans. Cette augmentation globale du nombre des spécialistes cache des situations variables selon les spécialités, le mode d'exercice et la répartition géographique. Si la densité médicale globale actuelle est la plus élevée jamais atteinte, les phénomènes conjoints d'une densité relative globale peu élevée dans certaines spécialités, d'une répartition de l'offre de spécialistes inégale sur le territoire et/ou d'une répartition parfois très asymétrique du mode d'exercice de la spécialité (libéral/salarié) conduisent, pour certaines spécialités, à des difficultés ponctuelles d'accès aux soins et des difficultés d'exercice.

Avec un nombre de médecins formés de 4700 par an (numéros clausus 2002) et dans l'hypothèse de constance des comportements d'installation et de départ à la retraite, le nombre de médecins en France métropolitaine serait amené à diminuer d'environ 20% d'ici 2020. Si l'on tient compte de l'augmentation de la population française de 6% selon les projections de l'INSEE, la densité médicale devrait alors baisser de 24% sur la même période, passant de 335 pour 100 000 habitants à 253 pour 100 000 habitants, la diminution de la densité médicale intervenant dès 2002

Des simulations d'évolution de la densité médicale ont été élaborées par la DREES en faisant varier le *numerus clausus* de 4700 à 8000. Avec un *numerus clausus* à 8000 la densité médicale nationale actuelle ne serait atteinte qu'en 2037. Quel que soit le *numerus clausus* qui sera fixé pour les années futures et étant donnée la durée des études médicales, la densité médicale aura chuté à 305 pour 100000 habitants en 2012 si les comportements d'installation et de départ à la retraite ne sont pas modifiés.

L'analyse de l'évolution de la densité rapporte un nombre de médecins à un nombre d'habitants et ne prend toutefois pas en compte certains paramètres qui peuvent amplifier la baisse nette de l'encadrement médical. Du côté du numérateur, c'est-à-dire de l'offre de soins, la diminution du « potentiel de production de soins » risque d'être plus que proportionnelle à la diminution des effectifs du fait :

- de la féminisation de la profession médicale, en 2020 la médecine libérale devrait compter plus de 45% de femmes. Or actuellement l'activité des femmes est égale à 70% de celles des hommes.

- de la tendance au vieillissement de la profession médicale. L'âge moyen sera de 50 ans en 2011. La part des médecins de 55 ans et plus atteindra 40% en 2013 contre 16% en 2001.

- de la tendance à la réduction du temps de travail, qu'il s'agisse de la durée hebdomadaire ou de la durée de la vie active.

Du côté du dénominateur, donc de la demande potentielle de soins, le vieillissement de la population accroît les besoins de soins.

En tenant compte de ces éléments la baisse prévisible de la densité médicale serait alors plutôt de l'ordre de 40% que de 24%¹.

Les projections démographiques effectuées par la DREES montrent une inversion du rapport généralistes/spécialistes au bénéfice des généralistes à partir de 2008. En effet, la baisse du nombre de médecins entre 2002 et 2020 est plus forte chez les spécialistes (-27%) que chez les généralistes (-11%).

A conditions de formation identiques et comportements des étudiants inchangés, cette baisse est supérieure à 30% des effectifs pour 7 spécialités (anesthésie, dermatologie, médecine interne, radiologie, ophtalmologie, ORL et psychiatrie).

Parmi les facteurs qui contribuent à ces résultats projetés, certains sont peu susceptibles d'être modifiés au cours des dix prochaines années. Les instruments de régulation agissant sur le déroulement des études ne peuvent modifier le nombre des acteurs que dans 14 ans. De même la structure par âge des médecins au niveau régional ne peut varier sensiblement d'ici 2010. Les variations de population étant indépendantes du nombre de médecins, il ne reste que la mobilité à l'installation et la mobilité professionnelle. Si cette dernière est faible, la première devient en revanche de plus en plus fréquente depuis 1990, c'est à dire pour les installations qui sont survenues après les modifications du concours de l'internat en 1984. La mobilité à l'installation est devenue, en dix ans, un facteur d'hétérogénéité des densités médicales.

Le nouvel examen classant national peut sans aucun doute accentuer cette mobilité à l'installation car il intéresse non seulement les médecins spécialistes mais également les médecins généralistes.

¹ Estimation réalisée par le CREDES : « Les besoins en médecins : état des connaissances et piste de recherche », n° 35, mars 2001.

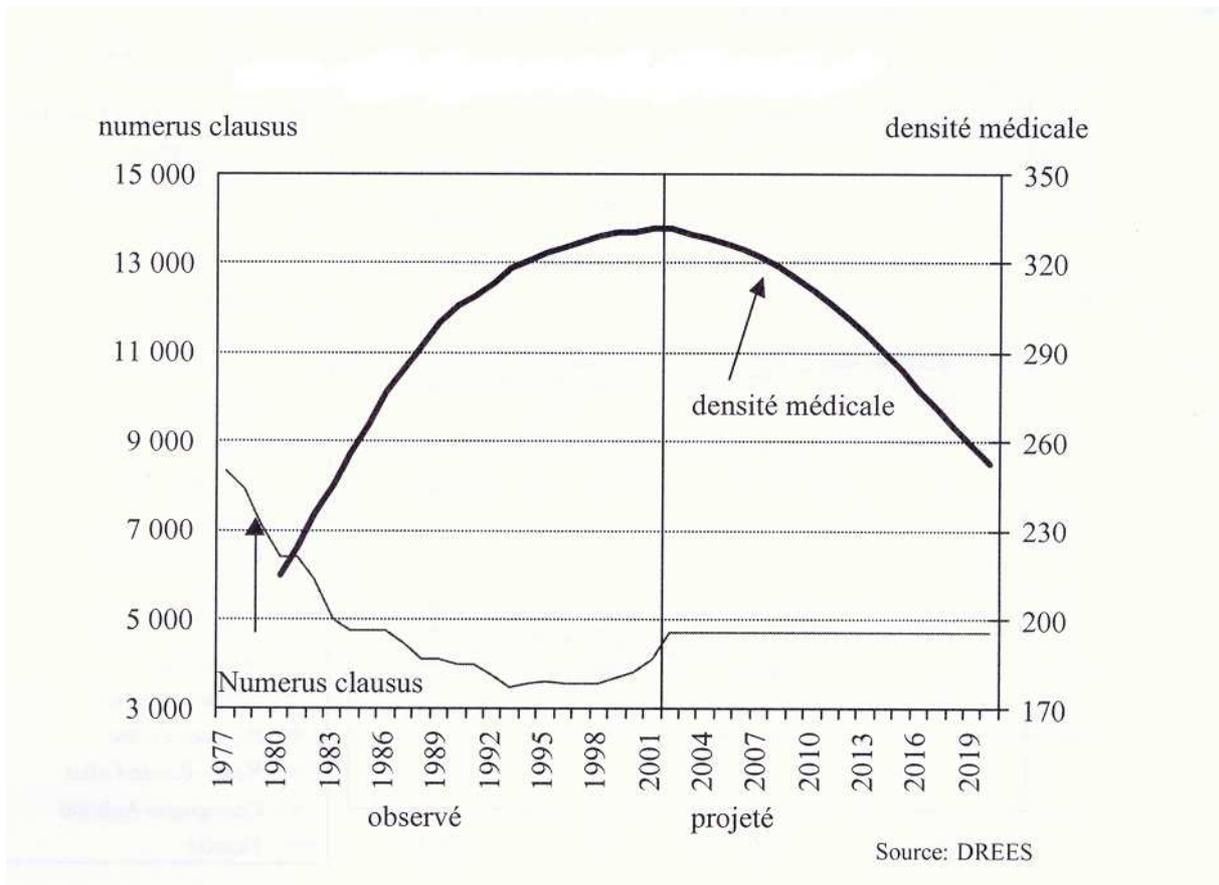


Figure 1 : Evolution et projection de le densité médicale

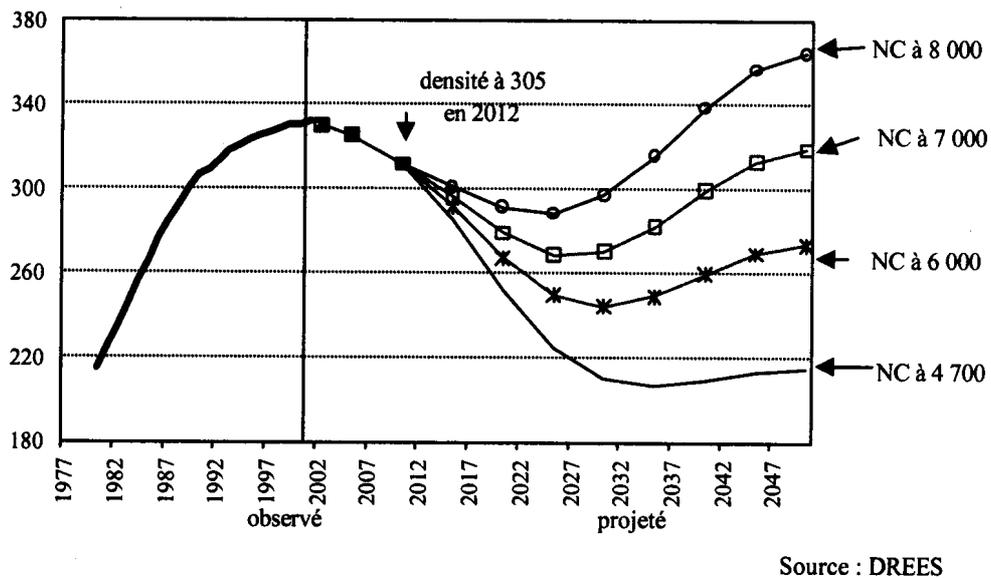


Figure 2 : Evolution et projection de le densité médicale selon le numerus clausus

Organisation des professions

Parmi les professions de santé, 5 disposent d'un ordre professionnel : médecin, chirurgien dentiste, sage-femme, pharmacien, et masseur-kinesithérapeute.

Des syndicats chargés de la défense des intérêts de leurs adhérents existent pour chacune de ces professions. Parmi ces syndicats certains considérés comme représentatifs, participent aux négociations conventionnelles avec les caisses d'assurance maladie. Les **conventions** sont des contrats régissant les rapports entre les professionnels de santé libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Des **Unions régionales de médecins libéraux** ont été instituées en 1993 avec pour but de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et de la qualité des soins. Elles sont constituées d'élus de la profession. Elles constituent l'interface entre les médecins libéraux et les décideurs publics. Elles participent aux études sur le fonctionnement du système de santé, l'exercice libéral de la médecine, l'évaluation des besoins, des comportements et des pratiques. Elles doivent s'impliquer dans les actions de prévention, d'information et de formation des médecins. Elles doivent enfin assurer une coordination avec les autres professions de santé. Les présidents des Unions régionales ont créé une Conférence nationale qui coordonne les diverses actions.

2. Etablissements de santé

Les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés. Les deux secteurs, public et privé, se différencient sur certains points : étendue des missions, modalités de fonctionnement, équipements, type de clientèle, mode de rémunération. Ainsi, l'enseignement, la recherche, font partie des fonctions des hôpitaux publics qui ont, par ailleurs, l'obligation d'accueillir tous les malades, en particulier en urgence.

Typologie des établissements de santé

On distingue :

- **Selon leur statut juridique :**
 - les établissements **publics** de santé qui participent par définition au service public hospitalier ;
 - les établissements de santé **privés** qui sont soit à **but non lucratif** mais peuvent être admis sous certaines conditions d'organisation et de fonctionnement, à participer à l'exécution du service public hospitalier ou obtenir une concession du service public ; soit à **but lucratif** et peuvent participer au service public hospitalier au travers de contrats d'association.

- **selon leur fonction :**
 - les établissements de soins aigus ou de courte durée de séjour (court séjour) ;
 - les établissements de soins de suite et de réadaptation ;
 - les établissements de longue durée (long séjour) ;

- **Selon une hiérarchie de recours et un niveau de spécialisation**
 - Les centres hospitaliers régionaux (CHR) : outre les soins courants qu'ils prennent en charge, leur haut niveau de spécialisation leur assure un rayonnement régional. Ayant vocation universitaire, ils constituent pour la plupart, des CHR universitaires (CHRU ou CHU) ;

- Les centres hospitaliers (CH) qui constituent la base du service public hospitalier et comportent habituellement des services de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- Les hôpitaux locaux (HL) qui assurent les soins de courte durée en médecine seulement et peuvent dispenser des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée.

Les établissements de santé ont connus récemment des **évolutions** importantes caractérisées par :

- Des fermetures ou fusions d'établissements de santé (notamment pour les petits établissements) ;
- Une diminution du nombre de lits d'hospitalisation ;
- Des réorientations de moyens et d'activités (notamment en faveur des structures de soins de suite et de réadaptation) ;
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation classique (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour) ;

Tableau 2 : Répartition des établissements de santé selon leur statut en 2003

ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS (ET) OU ENTITES JURIDIQUES (EJ)				
2 919 ET/EJ 457 111 lits 48 303 places				
SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVE		
997 EJ 299 102 lits 29 978 places		1 922ET 158 009 lits 18 325 places		
		SECTEUR PRIVE		
		NON LUCRATIF PSPH	NON LUCRATIF NON PSPH	LUCRATIF
		564 ET 51 599 lits 7 099 places	279 ET 14 728 lits 2 157 places	1 079 ET 91 682 lits 9 069 places

Champ : France métropolitaine

Source : SAE 2003, DREES

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2003, 457 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été recensés dans les établissements de santé, soit une diminution de plus de 80 000 lits en 11 ans. En contrepartie, 6 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées depuis 1994 pour atteindre en 2003 un total de 48 000 places. Ces évolutions sont différenciées selon les secteurs et accompagnent la spécialisation des établissements. En 2003, la moitié des places d'hospitalisation à temps partiel se situent dans les cliniques privées pour des soins de courte durée, alors que ce sont les établissements publics qui disposent de l'essentiel des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie.

▪ Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1992 et 2003, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé 540 000 à 457 000. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier, d'environ 1,5 % par an. Cette inflexion n'a pas touché toutes les disciplines de manière égale : le nombre de lits de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) a diminué de façon importante, alors que la réduction a été plus limitée en moyen séjour (soins de suite et réadaptation fonctionnelle). Les capacités d'accueil ont par ailleurs augmenté en long séjour. La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -14 % en 11 ans dans le secteur public, -15 % dans les cliniques privées commerciales et -21 % dans les établissements privés à but non lucratif. Ce mouvement, qui résulte en partie d'une volonté de suppression de lits excédentaires, traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prises en charge, qui s'orientent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

▪ Des capacités d'accueil de plus en plus orientées vers les alternatives à l'hospitalisation

Depuis la seconde moitié des années quatre-vingt une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques,...) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 1994 et 2003, il s'est ainsi créé 6 000 places d'hospitalisation de court séjour à temps partiel, venant compléter les 42 000 places créées les années précédentes. La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissement. En 2003, la moitié des places d'hospitalisation à temps partiel sont offertes par les cliniques en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire. Les établissements privés sous dotation globale regroupent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation et un cinquième des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent quand à eux 45 % des places de court séjour, et ont une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie- obstétrique ainsi qu'en psychiatrie (80 %).

3. Les dispensaires et centres de soins

Ils dépendent des municipalités, des mutuelles ou des associations. Les professionnels y travaillent souvent comme salariés.

4. Structures spécialisées

Psychiatrie et santé mentale

La psychiatrie se caractérise par une organisation en secteur devant permettre une prise en charge globale du patient (prévention, soins, réinsertion)

De ce fait les structures sont diverses :

- Centre médico-psychologique
- Structures permettant les soins : centres hospitaliers spécialisés (CHS), hôpitaux psychiatriques privés, services de psychiatrie dans un établissement de santé, hôpital de jour, hôpital de nuit, centre d'accueil permanent,
- Structures orientées vers la réinsertion : foyers de postcure ou centre d'aide par le travail.

Centres de lutte contre le cancer

Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ont une approche globale du cancer. Leur mission est une mission de service public.

Outre l'hospitalisation, le diagnostic, et le traitement des patients atteints de cancer, ces établissements de santé participent au dépistage, à la surveillance de la maladie, à la prise en charge médico-sociale des patients et à la recherche scientifique.

5. Autres

Par ailleurs, les français bénéficient d'examens systématiques dans le cadre de leur scolarité (médecine scolaire) ou de leur activité professionnelle (médecine du travail). Les caisses d'assurance maladie proposent également des examens de santé gratuits. Des services de protection maternelle et infantile sont à la disposition des femmes enceintes et des jeunes enfants pour assurer leur surveillance.

6. Coordination des soins et alternatives à l'hospitalisation

Diverses structures ont été développées comme l'hospitalisation à domicile ou les réseaux et filières de soins. Elles doivent permettre une meilleure coordination des soins, une meilleure prise en charge du patient et la délivrance de soins de proximité et de qualité.

7. La pharmacie

La production et la distribution de médicaments sont réglementées dans le cadre de procédures établies par les pouvoirs publics. Tout médicament doit obtenir, pour être commercialisé, une autorisation de mise sur le marché (AMM).

La vente au public est réalisée par des officines dont les effectifs sont déterminés par des normes démographiques.

IV. Financement du système de santé

Le droit à la protection sociale est inscrit dans le Préambule de la Constitution française depuis 1946: « La Nation... garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Les principaux risques sociaux sont : la maladie, la famille, la vieillesse et le chômage. Sur ces quatre risques trois sont couverts par la sécurité sociale : la maladie, la famille, la vieillesse. L'emploi n'est pas couvert par la sécurité sociale mais par le système de ASSociations pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC).

Toutes les dépenses de protection sociale sont comptabilisées et répertoriées sous l'intitulé d'Effort Social de la Nation (ou Budget social de la nation). Il s'agit de l'ensemble des prestations sociales « dont bénéficient les ménages de la part de l'Etat, des organismes de Sécurité Sociale, d'assistance, de protection et promotion sociale ». L'effort social de la nation inclut donc également l'indemnisation du chômage.

1. La santé dans les dépenses de protection sociale

Seule, la part de la Sécurité sociale nécessite le vote du Parlement pour déterminer ses recettes et ses dépenses annuelles: c'est la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) instituée en 1996 dans le cadre du «Plan Juppé ». La LFSS fixe les dépenses de la Sécurité sociale quand les dépenses de protection sociale prennent en considération tous les payeurs correspondant à un financement collectif. L'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) est l'un des éléments de la LFSS. L'ONDAM prend en compte l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie, tous régimes confondus soit les prestations en nature et les prestations en espèces. Pour 2008, l'ONDAM a été fixé à 152,1 milliards d'euros.

2. Les comptes nationaux de la santé

Précision pour une bonne interprétation des comptes...

Les indices d'évolution sont couramment exprimés en valeur et/ou en volume. Toutefois, il faut être prudent quant à l'interprétation des indices en valeur. En effet, ceux-ci comprennent deux effets qu'il faut absolument distinguer pour juger de la tendance ou de l'évolution réelle. Il s'agit de l'effet prix et de l'effet volume. L'effet prix intègre l'évolution des tarifs et des coûts de production tandis que l'effet volume ignore l'influence des variations de coût des facteurs de production. Par exemple, si l'évolution de la CSBM est telle que :

Evolution de la CSBM 2000/2001

En valeur + 5,8%

En volume + 5,2%

En prix + 0,6%

Alors, on peut dire que la croissance de la CSBM entre 2000 et 2001 est principalement due à une augmentation en volume de la consommation, le prix des soins et biens médicaux n'ayant évolué que faiblement.

a. Consommation et dépense de santé

Les comptes de la santé distinguent différents agrégats qui s'intègrent à l'analyse de l'évolution économique générale des Comptes de la nation.

- **La consommation médicale totale** (159,7 milliards d'euros en 2006)

Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain pour la satisfaction de besoins individuels.

Elle regroupe :

-**la consommation de soins et biens médicaux** (CSBM : 156,6 milliards d'euros en 2006) qui comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, cures thermales), les transports sanitaires et les biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, petits matériels et pansements).

-**la médecine préventive** (3,1 milliards d'euros en 2006) : santé scolaire, médecine du travail, protection maternelle et infantile... Le montant de la consommation de médecine préventive est faible par rapport à celui de la consommation de soins et biens médicaux. Il représente 2 % de la consommation médicale totale.

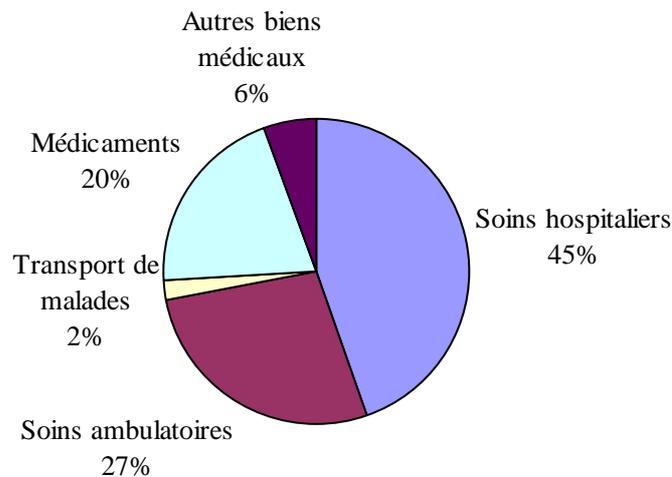


Figure 3 : Structure de la consommation de soins et de biens médicaux en 2006

- **La dépense courante de santé** (198,3 milliards d'euros en 2006)

Soit en moyenne 3138 euros par habitant et 11,1 % du PIB ;

La dépense courante de santé est l'agrégat le plus large des comptes de la santé. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé (Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire - Mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance - ménages). Elle couvre un champ plus large que la consommation médicale totale puisqu'elle prend également en compte les indemnités journalières, les activités de prévention collective, les dépenses de recherche et de formation médicales et celles de gestion de l'administration sanitaire.

- **La dépense nationale de santé** (182,9 milliards d'euros en 2006)

L'Organisation de coopération et de développement économique (**OCDE**) utilise un concept légèrement différent pour permettre les comparaisons entre ses membres : la dépense nationale de santé qui est évaluée à partir de la dépense courante de santé en défalquant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public (dotation en capital et aide à l'investissement).

b. Les tendances des dépenses de santé depuis 1995

La part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) dans le PIB était de 8,2% en 1995. Stabilisée autour de ce niveau jusqu'en 2001 (8,1%), elle atteint 8,8% en 2005. Cette progression de 0,7 point entre 2001 et 2005 résulte d'abord de la progression de la CSBM. Elle découle aussi de la croissance inférieure du PIB à celle de la CSBM durant cette période.

Ce schéma s'inverse en 2006 avec la croissance de la CSBM (+3,5%) moindre que celle du PIB (+4,3%). La part de la CSBM dans le PIB se rétracte d'un dixième de point pour s'établir à 8,7%.

Au-delà des tendances générales de la CSBM, des fluctuations importantes de ses composantes en volume marquent la période (graphique ci-dessous). Par exemple, le taux de croissance des soins ambulatoires (+1,0 % en 1996) augmente régulièrement jusqu'en 2001 (6,7%), puis diminue pour atteindre (+1,7% et +2,1%) en 2005 et 2006. C'est également en 2001 que le poste médicament connaît son plus fort taux de croissance (+9,1%). Mais, si ce taux était particulièrement faible en début de période (+0,8% en 1996), il se maintient à des niveaux élevés au cours de ces dernières années (+5,4% en 2006). Les soins hospitaliers avaient, dans la seconde moitié des années 1990, un taux de croissance peu soutenu (+0,6 % en moyenne). Dès 2002, il augmente (+1,6 %). Le rythme se ralentit par la suite pour atteindre +1,4 % en 2006 après le rebond de 2005 (+2,1 %). La plupart des progressions en volume des composantes de la CSBM connaissent leur apogée en 2001. À cette date, les évolutions de prix jusqu'alors très modérées s'accroissent. De ces mouvements en volumes et en prix, il résulte que les variations de valeurs de 2001 à 2004 sont les plus fortes de ces dix dernières années. En retrait sur les années précédentes, à la fois en prix et en volume, les années 2005 et 2006 se rapprochent progressivement des variations de valeur de la fin des années 1990 (évolutions égales en moyenne à +2,9 % entre 1995 et 1999).

Le fait marquant de l'année 2006 est le ralentissement des prix de la CSBM (+ 0,8 %, après + 1,5 % en 2005), dû notamment à la baisse sensible des prix des médicaments (-3,7 %) qui accompagne la progression de la consommation des génériques. Les évolutions en volume connaissent également un léger ralentissement (+2,7 %, après + 2,9 % en 2005), imputable essentiellement aux soins hospitaliers.

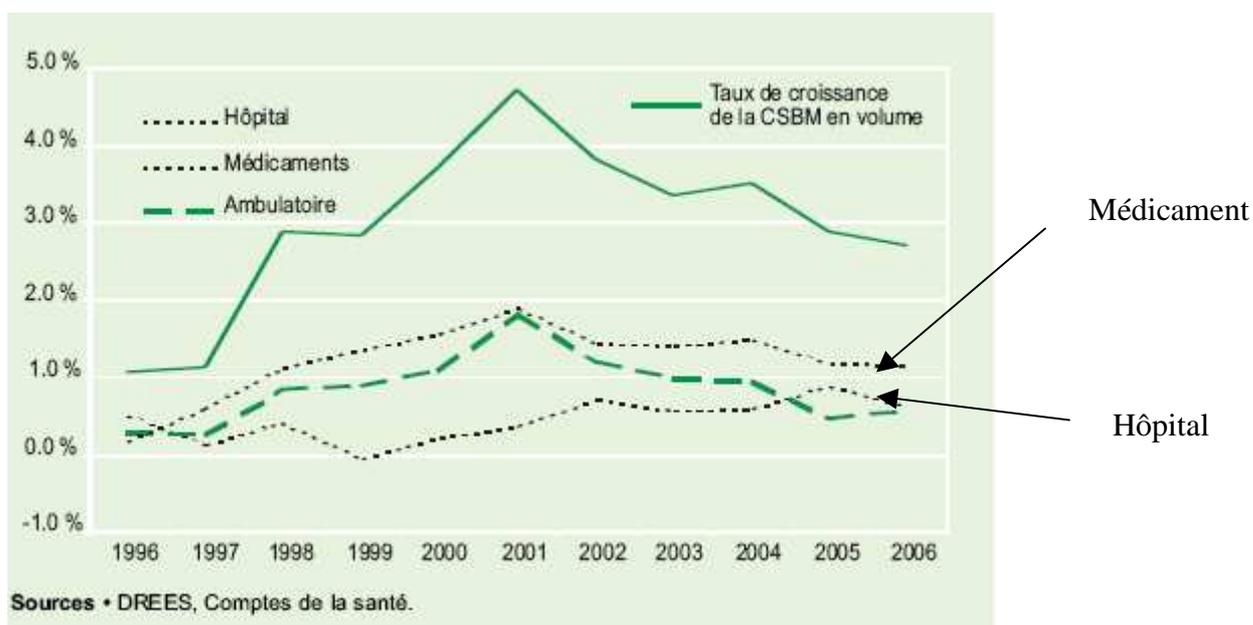


Figure 4: Principales contributions à la croissance de la CSBM en volume

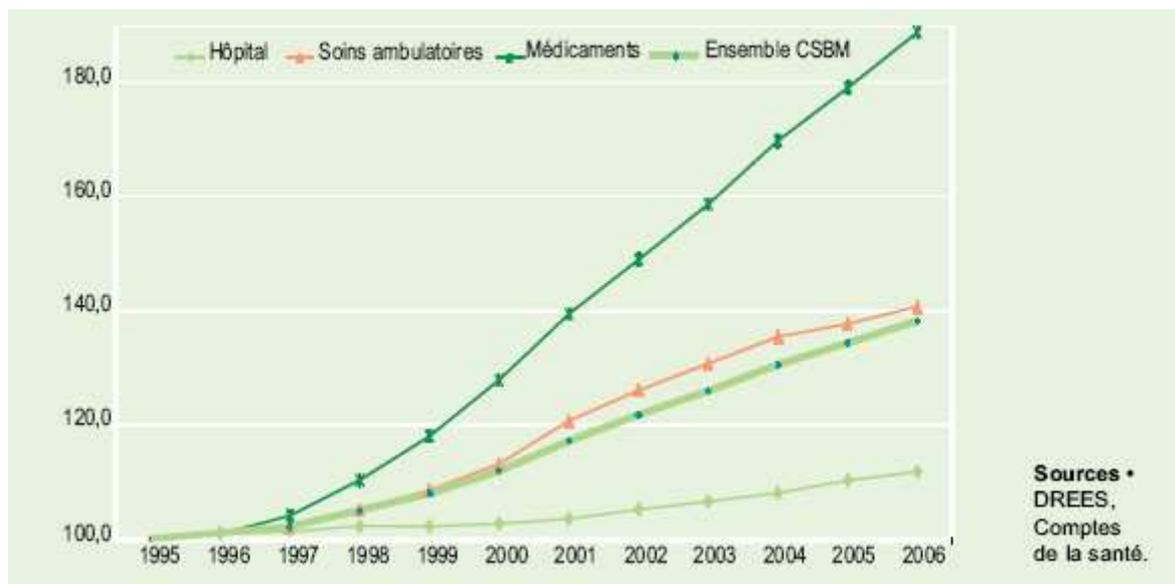


Figure 5 : Evolution en volume des différentes catégories de dépenses de santé (1995=100)

c. La dépense nationale de santé : 11,1 % du Produit intérieur brut en 2005

La dépense totale de santé évaluée par l'OCDE (encadré 1) s'élève à 11,1 % du PIB en 2005. Ce taux place la France, en termes de poids de la santé dans la création de richesse nationale, à la troisième place après les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,6 %) et à un niveau proche de l'Allemagne.

3. Le financement de la santé

Il est assuré par deux grandes catégories de ressources : les cotisations et le financement public, constitué des impôts et taxes affectés ainsi que des contributions publiques. La Sécurité sociale est le principal financeur en France (voir tableau).

Tableau 3 : Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

	1995	2000	2004	2005	2006
Sécurité sociale de base	77,1	77,1	77,3	77,2	77,0
État, Collectivités Locales et CMU-C	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4
Mutuelles	7,3	7,7	7,4	7,4	7,4
Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,5	8,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Le financement de la CSBM retrace chaque année les versements des financeurs directs aux prestataires de soins et aux distributeurs de biens médicaux. Ce financement a été marqué par la mise en place, au 1er janvier 2005, de la participation forfaitaire de 1 euro, qui a permis à la Sécurité sociale de réaliser une économie évaluée à environ 400 millions d'euros en 2005.

L'année 2005 est donc marquée par une diminution de la part financée par la Sécurité Sociale ainsi que de celle financée par les organismes complémentaires. Il en résulte donc une augmentation de la part du financement des dépenses de santé restant à la charge des ménages

En 2007, le déficit du régime général devrait s'établir à 11,7 milliards d'euros, déficit comparable aux niveaux atteints en 2004 et 2005. Mais à la différence de 2004 et 2005 où les déficits se portaient essentiellement sur la branche maladie, le déficit global est le fait de deux branches, la maladie et la vieillesse. Si la branche maladie voit son déficit augmenter légèrement, la situation financière de la branche vieillesse se dégrade de 2,7 milliards. La branche famille est la seule à réduire son déficit.

Tableau 4 : Résultats du régime général en milliards d'euros

Régime général En milliards d'euros	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 avant mesures
Maladie	- 6,1	- 11,1	- 11,6	- 8,0	-5 ,9	- 6,2	- 7,1
Accidents du travail	0,0	- 0,5	- 0,2	- 0,4	-0,1	-0,4	0,1
Vieillesse	1,7	0,9	0,3	- 1,9	-1,9	- 4,6	-5,7
Famille	1,0	0,4	-0,4	- 1,3	-0,9	- 0,5	0,0
Total régime général	- 3,5	- 10,2	- 11,9	- 11,6	-8,7	-11,7	-12,7

4. D'où vient l'argent ?

- Les cotisations

Les cotisations sont des prélèvements effectués sur les salaires à la source car l'adhésion à la sécurité sociale est obligatoire.

Ce sur quoi on prélève est appelé l'assiette.

Certaines cotisations sont calculés sur le salaire intégral, d'autre sur le salaire plafonné (lorsque le salaire de l'employé est supérieur à ce plafond, ses cotisations sont calculées sur un salaire fictif qui est le plafond). Les taux des cotisations des employeurs et des salariés figurent sur chaque feuille de salaire. L'assiette et les taux sont fixés par le gouvernement.

Exemple : le financement des allocations familiales est assuré exclusivement par les employeurs

Les cotisations accidents du travail-maladies professionnelles sont uniquement financées par les employeurs. Les caisses régionales d'assurance maladies sont chargées du calcul de ces cotisations qui varient en fonction du nombre d'accidents survenus.

Tableau 5 : Taux de prélèvements sociaux dans le régime général

Risques	Taux global %	Part employeur %	Part salariée %	Assiette
Maladie	13,55	12,80	0,75 *	Totalité du salaire
Allocations familiales	5,40	5,40		Totalité du salaire
Vieillesse	1,60	1,60		Totalité du salaire
Veuvage	0,10		0,10	Totalité du salaire
Accidents du travail				
Maladies professionnelles				
Vieillesse	14,75	8,20	6,55	Salaire plafonné **

*cotisation salariée maintenue à 1,8 % pour le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle (régime local hérité du modèle bismarkien)

** plafond mensuel en 1999 : 14 470 F – Plafond mensuel en 2000 : 14 770 F

- Les taxes sur les alcools et le tabac : L'état participe ainsi au financement de la sécurité sociale par le reversement des taxes qu'il perçoit
- Les taxes sur les ventes directes des médicaments aux pharmacies par les laboratoires pharmaceutiques et la promotion sur les médicaments sont une source secondaire de financement.
- 15 % des primes d'assurance automobile sont reversées à l'Assurance maladie pour faire face aux dépenses liés aux accidents de la route.
- La Contribution Sociale Généralisée (CSG) : la CSG est une recette fiscale. Elle existe depuis le 1^{er} février 1991 et a été conçu initialement pour financer les allocations familiales. Un taux de 1,1 % a été jugé suffisant dans un premier temps et a effectivement été affecté au financement des prestations familiales. En 1993, le taux a été fixé à 2,4 % et ce supplément de recettes a été affecté au Fonds de Solidarité Vieillesse qui a en charge les allocations vieillesse versées dans le cadre de l'assistance. L'assiette est constituée par l'ensemble des revenus : travail, revenus de remplacement (indemnités journalières par exemple), patrimoine et produits de

placement. En 1997, le taux de la CSG a été augmenté à 3,4 % afin de fiscaliser une partie des cotisations maladies des salariés. Ainsi, le système de financement de la maladie s'est progressivement éloigné des principes de l'assurance pour se rapprocher d'un financement basé sur l'impôt. En outre la CSG a été étendue aux revenus du jeu et du tiercé. Enfin à partir de 1998, la CSG a été portée à 7,5 % avec des prélèvements nouveaux sur l'épargne (assurance vie, plan et compte épargne logement) pour pouvoir répondre à un besoin de financement sans cesse accru. Cette augmentation a été accompagnée d'une réduction de la cotisation maladie des salariés

Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sont en charge de la récolte des fonds au niveau local. Ceux-ci sont ensuite rassemblés par **l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** qui assure la trésorerie de la Sécurité Sociale.

V. Maîtrise des dépenses de santé

Les dépenses de santé ont très fortement augmenté ces quarante dernières années. Elles ont progressé plus vite que la richesse nationale : la consommation de soins et de biens médicaux atteint ainsi 8,7 % du PIB en 2006 contre 4,2 % en 1960.

La France est désormais le 3^e pays industrialisé pour la part des dépenses de santé dans le PIB, derrière les Etats-Unis et la Suisse. Elle dépense plus que ses principaux partenaires européens, mais pour des performances sanitaires assez proches.

Les mesures prises depuis 1975 ont été des mesures comptables d'ajustement pour rétablir l'équilibre financier : diminution des prestations offertes (par augmentation de la part à la charge de l'assuré) et augmentation des recettes pour tenter de rattraper l'irrésistible croissance des dépenses de santé (CSG).

Le jeu de l'offre et de la demande en économie de la santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale car la santé n'est pas un « bien » qui peut être consommé et échangé. La santé correspond plutôt à un objectif idéal. L'intervention d'un financeur externe comme l'assurance maladie déplace l'équilibre de l'offre et de la demande et induit une augmentation des quantités produites et consommées de soins. La société préserve donc ses finances en instaurant une réglementation qui est source de nombreux conflits et mécontentements.

L'ensemble des mesures destinées à maîtriser les dépenses de santé agissent soit sur l'offre, soit sur la demande soit sur les deux à la fois. Le contrôle de l'offre peut porter sur le contrôle de l'offre en professionnels de santé, le contrôle de l'offre hospitalière, la planification des équipements lourds, le contrôle des pratiques médicales, le contrôle de l'offre en médicaments, le filtrage des soins spécialisés et hospitaliers, la coordination des soins, le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (hôpitaux de jour, hospitalisation à domicile...)... Le contrôle de la demande peut consister en l'augmentation de la participation financière des patients aux coûts de leurs soins. Le contrôle de la demande passe également par la promotion de la santé qui vise à augmenter le capital santé des individus et par l'éducation thérapeutique qui cherche à développer l'autonomie des patients qui nécessitent des soins constants.

1. Le remboursement de la dette sociale (Plan Juppé de 1996)

En 1996, face à une «nouvelle» constatation de déséquilibre financier de la Sécurité sociale, le recours à une nouvelle contribution de 0,5 % sur tous les revenus, instituée pour une durée de 13 ans fut la solution adoptée par le plan Juppé pour s'acquitter de cette dette. Ce nouvel impôt, baptisé le Remboursement de la dette sociale (RDS) est recueilli par une caisse d'amortissement de la dette qui gère ces fonds. Le RDS est prélevé sur une assiette beaucoup plus large que la CSG. Son rendement est donc plus élevé. Le prélèvement du RDS a été prolongé jusqu'en 2014.

2. L'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie

Depuis la naissance de l'ONDAM par le plan Juppé en 1996, les pouvoirs publics calculaient l'objectif maladie de l'année N+ 1 à partir de l'objectif initial de l'année N, augmenté d'un taux d'évolution annuel (pourcentage). En fait, l'ONDAM a été dépassé chaque année depuis 1998, ce qui a poussé le gouvernement à changer la base de calcul pour la LFSS 2000. Il s'agissait là d'une nouvelle « remise des compteurs à zéro » et de l'annulation de la logique d'enveloppes. L'ONDAM est désormais calculé en appliquant le taux d'évolution, non pas à l'ONDAM de l'année précédente, qui n'a qu'une valeur indicative, mais à une évaluation anticipée des dépenses réelles de l'année N-1, à partir des estimations faites en septembre N-1 par la Commission des comptes de la Sécurité sociale, ce qui en fait des comptes anticipés, disponibles avant la présentation au Parlement en octobre du projet de LFSS.

3. Les mesures de maîtrise en milieu hospitalier

a. La planification hospitalière

Elle est assurée par deux instruments: le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et la carte sanitaire maintenue à titre transitoire dans l'attente de la publication des nouveaux schémas issus de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

La planification concerne les lits de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée; les équipements lourds (technologies coûteuses) et les activités de soins coûteuses (soins aux brûlés, procréation médicalement assistée...).

Depuis 1996, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) disposent des moyens financiers et incitatifs (projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens, promotion des fusions hospitalières, coopération inter-hospitalière et incitations financières) ainsi que des moyens juridiques (autorisations d'installations de lits) pour restructurer le parc hospitalier public et privé.

Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social. Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. Il peut être révisé en tout ou partie, à tout moment. Il est réexaminé au moins tous les cinq ans.

b. Le secteur hospitalier public et assimilé

Dans le cadre de l'enveloppe fixée par l'ONDAM et jusqu'à présent, le gouvernement allouait les budgets régionaux en appliquant à chaque région un pourcentage différent d'évolution du budget. La mise en place du budget global avait été instaurée sur la base de l'existant, une méthode de calcul de dotation régionale a été utilisée pour gommer progressivement les inégalités entre les régions : il s'agit de la « dotation cible ».

c. Les cliniques privées commerciales

Il s'agissait d'un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par des prix de journées et du paiement à l'acte.

Le montant des dépenses des cliniques commerciales couvertes par l'Assurance maladie était fixé par le gouvernement et résultait d'un accord direct entre l'État et les fédérations de cliniques : il s'agissait de l'Objectif quantifié national (OQN) : système de régulation qui visait à contrôler d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

d. Le programme de réformes hospitalières annoncé fin 2002 (plan Mattei)

Fin 2002, le Pr. Jean-François Mattei, a annoncé un ensemble de mesures de réformes hospitalières, tant dans le domaine de l'investissement immobilier (secteur public) que de la planification, de la gestion et du financement.

Un total de 6 milliards d'euros est prévu de 2003 à 2007 pour relancer l'investissement hospitalier.

e. Introduction de la tarification à l'activité

Comme nous venons de le voir, jusqu'alors deux systèmes de financement des structures de soins cohabitaient en France. D'une part, le système de la dotation globale pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier, et d'autre part, un système de forfait lié à l'activité pour les cliniques.

Le gouvernement s'est engagé dans l'harmonisation des modes de financement.

La tarification à l'activité (T2A) a pour but de fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur le volume et la nature de leur activité mesurée, pour l'essentiel, par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La réforme concerne tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisation de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et odontologie. Si ces établissements disposent également d'autorisations pour des lits ou places de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie, seule la partie MCO de leur activité est concernée.

Le système de financement de l'activité en MCO est un système mixte reposant à la fois sur :

- une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation d'hospitalisation par séjour ;
- une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) ont également vocation à être financées à terme selon l'activité. Dans l'attente des résultats des travaux nécessaires, elles restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire appelée dotation annuelle de financement.

4. La maîtrise de l'évolution des dépenses de ville

a. Le médecin référent

En novembre 1998, la convention médicale des médecins généralistes avait institué un système de tiers-payant complet si le patient s'inscrivait sur la base du volontariat chez son

médecin généraliste participant à cette nouvelle organisation. Le but de cette nouvelle réforme était d'une part, de ne pas freiner l'accès aux soins de ville pour les catégories sociales défavorisées et d'autre part, de coordonner l'accès au médecin spécialiste.

b. Le contrôle des actes et des consommations

Depuis la LFSS 2000, les médecins doivent justifier médicalement la prescription des arrêts de travail et des transports de malades. Mais il n'existait jusqu'alors ni mécanisme de sanction, ni dispositif de suivi. Il était aussi prévu que les caisses contrôlent les patients ayant une consommation importante de soins.

Enfin, depuis le décret 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales, les médecins libéraux doivent «promouvoir le respect de la plus stricte économie, compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité».

c. Les mesures du plan Mattei vis-à-vis de la médecine de ville

L'Accord sur le bon usage des soins (ACBUS) du 5 juin 2002 a donné lieu à deux accords nationaux: revalorisation des honoraires des généralistes en contre-partie d'une diminution du nombre de visites à domicile (- 5 % en un an) ; généralisation du test de dépistage d'une angine bactérienne, pour limiter les dépenses inutiles de remboursement des antibiotiques (100 millions d'euros d'économies attendues) et réduire le développement des antibio-résistances. Des accords régionaux ont aussi été conclus entre les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM) et les syndicats de médecins. Par exemple, en Franche-Comté, l'ACBUS visant à une meilleure prise en charge de l'asthme.

5. La limitation des dépenses pharmaceutiques

a. Une politique des prix

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) prévoit que l'industrie pharmaceutique effectue des remises (versées à l'Assurance maladie) et des baisses de prix quand les dépenses de médicaments dépassent le seuil d'augmentation fixé par la LFSS.

La commission de transparence a répertoriée les produits en fonction de leur service médical rendu (SMR) : important (pouvant bénéficier d'un remboursement à 65 %), modérée (taux de remboursement à 35 %) et faible ou nul (exclus du remboursement). Plus de 600 médicaments à SMR modéré sont passés de 65 % à 35 % de taux de remboursement et le déremboursement de 650 produits à SMR faible ou nul a été amorcé en octobre 2003. Le taux de remboursement des médicaments homéopathiques qui échappaient à la classification en SMR a été ramené par décret de 65 % à 35 %.

b. La promotion des génériques

Le décret de substitution d'un médicament par son générique a permis depuis l'automne 1998 au pharmacien de modifier la stricte prescription médicale, sauf mention expresse du médecin (décret du 12 juin 1999).

Pour développer la part des génériques, les médecins ont été incités à prescrire les médicaments utilisant la Dénomination commune internationale (DCI). Les pouvoirs publics ont menés des campagne de promotion des génériques auprès des patients. Puis voir mesures

prises en 2004 ci-après. L'étape suivante sera probablement le modèle allemand : le remboursement sur la base du générique avec la différence de prix à la charge du patient.

6. La coordination des soins

a. Les réseaux entre établissements hospitaliers

Chaque hôpital participant assure la prise en charge des patients relevant de son équipement, en lien par contrat avec d'autres hôpitaux qui se chargent des cas plus sévères ou plus légers. Des textes réglementaires précisent pour la périnatalité et les urgences les différents niveaux d'intervention. Ainsi, les maternités sont classées en quatre niveaux selon leur technicité.

b. Les réseaux organisés autour d'une pathologie ou une population donnée et les réseaux ville-hôpital

Objectifs des filières et des réseaux de santé

- Améliorer l'accès aux soins de la population ;
- Assurer la continuité des soins ;
- Améliorer la communication entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient (la rendre plus systématique, plus rapide) ;
- Développer la formation continue des professionnels ;
- Améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge ;
- Développer l'évaluation des pratiques.

L'évaluation de ces réseaux de soins est aujourd'hui un des éléments clé de l'avenir de ces innovations organisationnelles.

VI. Modernisation de l'assurance maladie en 2004

En 2004, le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre une réforme structurelle de l'Assurance maladie. Cette réforme vise à sauvegarder le régime d'Assurance maladie, en préservant et consolidant ses principes fondamentaux :

- l'égalité d'accès aux soins : elle doit être garantie à tous les citoyens, quelque soit leur lieu de résidence sur le territoire national et quels que soient leurs revenus. Elle suppose l'existence d'un système d'Assurance maladie public et universel ;
- la qualité des soins : la culture de la qualité doit être développée dans le domaine de la santé ;
- la solidarité : chacun doit contribuer à l'Assurance maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

Le projet de réforme veut favoriser une coordination effective des soins et une généralisation des démarches de qualité.

Deux mesures importantes y contribuent :

- Le dossier médical

– Le médecin traitant

1. Le dossier médical

Clé de voûte du parcours de soins, le Dossier Médical Personnel (DMP) a été lancé par la loi du 13 août 2004. C'est un service conçu pour mettre à la disposition de chacun des bénéficiaires de l'assurance maladie un dossier médical, qui est placé sous son contrôle. Ce dossier médical électronique sécurisé est accessible par Internet. Il contient en permanence les informations médicales pertinentes nécessaires à la prise en charge du patient. Il a pour vocation première d'améliorer la qualité des soins en facilitant la coordination et les échanges d'information entre les professionnels de santé. Le DMP permettra également d'impliquer le patient dans la gestion de son parcours de soins et de simplifier sa prise en charge dans le respect du secret médical et de la vie privée. C'est le patient qui gère les droits d'accès des professionnels de santé à son DMP.

2. Le médecin traitant

Le médecin traitant, choisi librement par le patient, a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Généraliste ou spécialiste, le médecin traitant coordonne le dossier médical personnel, et adresse le patient, avec son accord, vers le professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation spécifique.

Le patient peut modifier son choix à tout moment et librement en informant personnellement et par écrit son médecin et sa caisse primaire d'Assurance maladie.

Les pédiatres et les gynécologues peuvent être consultés directement sans que le patient ait été préalablement orienté par son médecin traitant. En outre, les consultations de contrôle, de prévention ou prévues dans un protocole ne nécessitent pas d'orientation préalable.

Pour toute autre consultation, le patient doit préalablement avoir été orienté - y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers.

Chacun conserve sa liberté de ne pas avoir recours au médecin traitant ou de ne pas respecter ses prescriptions d'orientation. Néanmoins, les patients qui ne souhaitent pas s'inscrire dans ce dispositif se voient appliquer une majoration de la part restant à leur charge.

La mise en œuvre du dispositif du médecin traitant est progressive depuis 2005.

3. La politique du médicament

Le générique

La France est en retard en ce qui concerne les médicaments génériques. L'objectif du gouvernement est de rattraper ce retard en autorisant leur mise plus rapide sur le marché, en les rendant plus attractifs par des baisses de prix et en encourageant les pharmaciens à les distribuer. Le délai avant lequel un médicament peut être " généricable " sera réduit. Il est aujourd'hui de 15 ans en moyenne. Il passera progressivement à un minimum de 10 ans.

Le remboursement des médicaments

La **Haute autorité** (voir ci-dessous), dans une logique d'amélioration médicale dans l'organisation des soins, sera chargée d'évaluer et de réévaluer la pharmacopée française. Elle évaluera un médicament dans l'ensemble d'une stratégie thérapeutique, afin de permettre le choix le plus efficace et le moins coûteux pour l'Assurance maladie.

4. Le remboursement des actes

La contribution forfaitaire, à la charge des assurés pour les actes réalisés par des médecins, est établie dans le but de responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins en lui faisant supporter directement une part minimale des frais. Le montant de cette contribution est fixé à 1 euro par acte de médecin.

Le dispositif proposé prévoit d'exonérer de cette contribution les mineurs, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes enceintes de plus de 6 mois ou venant d'accoucher.

La responsabilisation du patient implique que cette contribution ne soit pas prise en charge par les organismes complémentaires. Les contrats qui couvriront cette participation forfaitaire supporteront la taxe sur les conventions d'assurance et ne bénéficieront pas des aides fiscales et sociales.

5. Le contrôle des arrêts de travail

Le gouvernement veut permettre l'amélioration des dispositifs de contrôle. En ce qui concerne les patients, la mise en œuvre de cette priorité passe par les mesures suivantes : faire figurer sur l'avis d'arrêt de travail notamment les coordonnées téléphoniques de la personne afin de faciliter l'accès des agents enquêteurs au domicile de l'assuré, rendre les contrôles plus efficaces, par l'utilisation de critère de fréquence d'arrêts, et par la mise en place de dispositifs de sanctions opérationnels et proportionnés à l'égard des patients : suspension du paiement des indemnités journalières, voire remboursement à l'Assurance maladie des sommes indûment perçues.

Pour être efficace, la maîtrise des indemnités journalières ne doit pas uniquement porter sur le patient, mais passe également par l'encadrement des pratiques des prescripteurs. Sur ce volet, plusieurs types de mesures concrètes sont prévues : la mise à disposition des médecins de référentiels médicaux de prescription des arrêts de travail, une surveillance accrue portant sur les gros prescripteurs.

En cas d'utilisation abusive des prescriptions d'arrêts de travail, un dispositif de sanctions modulables et proportionnées sera mis en place pour les praticiens : procédure d'entente préalable en cas de dérapage dans les prescriptions d'arrêts de travail, potentielle pénalité financière à l'encontre du médecin.

6. Nouvelles organisation

L'État reste le garant des principes fondamentaux de notre système de soins et d'Assurance maladie. Il fixe les grands objectifs de santé publique, les conditions de l'équilibre des régimes sociaux et les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) :

Formée des Caisses nationales des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM), l'UNCAM aura pour rôle de coordonner l'action des Caisses nationales dans le pilotage de l'Assurance maladie et de nouer un partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

La **Haute autorité de santé** se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette Haute autorité, autorité publique indépendante coordonne notamment le travail de l'ANAES et celui de l'AFSSAPS.

VII. Mesures issues de la Loi de finance de la sécurité sociale (LFSS) 2006.

1. Instauration d'une participation plafonnée à 18€ pour les interventions médicales lourdes.

Jusqu'en 2005 aucune participation aux frais de soins n'était demandée aux assurés pour un acte médical d'un coût supérieur ou égal à 91 € ou pour une hospitalisation au cours de laquelle un tel acte était pratiqué.

La mesure proposée unifie les règles applicables en étendant le ticket modérateur à tous les actes et en le plafonnant à 18€ pour les actes qui en étaient auparavant exonérés. Les actes de biologies et d'imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM) ne sont pas concernés par cette mesure. Le montant des économies attendues pour la Sécurité sociale s'élève à 100 millions d'euros

Cette mesure ne concerne pas les personnes fragiles entrant dans un des cas d'exonération totale des frais déjà prévus par la loi. Sont notamment exonérés à ce titre :

- les patients atteints d'une pathologie classée dans les affections de longue durée (environ 6 millions de personnes), comme par exemple le cancer ;
- les femmes enceintes ;
- les nouveaux nés hospitalisés ;
- les titulaires d'une rente pour accidents du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité.

Par ailleurs, pour les 4,7 millions de personnes couvertes par la CMU, la prise en charge de cette participation de 18 € sera assumée par l'Etat

A la demande du Ministre de la santé, cette participation de 18€ devra être prise en charge par les organismes complémentaires de santé.

2. Poursuite de la hausse du Forfait journalier Hospitalier décidée en 2004

Dans le cadre de la loi du 13 août 2004, a été prévue une hausse d'un euro par an du forfait journalier hospitalier pendant 3 ans. Au 1er janvier 2006, le forfait journalier hospitalier est passé de 14€ à 15€. Cette hausse ne pèse pas directement sur les assurés puisque le forfait journalier hospitalier est couvert par la plupart des contrats complémentaires de santé, ainsi que par la couverture maladie universelle complémentaire.

VIII. Projet de la Loi de finance de la sécurité sociale (PLFSS) 2008

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a été présenté le 24 septembre 2007. Le déficit prévisionnel du régime général est de 11,7 milliards ; l'objectif est de revenir dès 2008 à un déficit de 8,9 milliards d'euros. Le gouvernement engage dans ce projet de loi

une réforme structurelle de l'assurance maladie et une clarification des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale. La réforme de la l'assurance maladie se basera sur l'introduction de nouveaux outils de régulation des dépenses (entre autres, nouveaux modes de rémunération des médecins libéraux, tarification à l'activité à 100% à l'hôpital) ainsi que des franchises médicales. Parmi les autres mesures structurantes, figurent également des mesures incitatives à la prolongation de l'activité des seniors (taxation des préretraites d'entreprises, taxation des indemnités de mise à la retraite...) et qui devraient permettre de contenir le déficit de la branche vieillesse à 5,1 milliards d'euros.

Franchises médicales : Celles-ci doivent être instaurées dès le 1er janvier, seront plafonnées à 50 euros par an ; les bénéficiaires de la CMU, les femmes enceintes et les enfants mineurs en seront exonérés. L'effort de solidarité demandé, qui sera déterminé par voie réglementaire, sera de 50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 euros par transport sanitaire. Ces franchises devraient rapporter 850 millions d'euros et permettre le financement des plans Alzheimer et de lutte contre le cancer.

Sources bibliographiques

Beresniak A, Duru G. Economie de la santé. 5^e Ed. Coll. Abrégés connaissances pratiques. Paris (France) : Masson ; 2001.

Le Faou AL. Les systèmes de santé en question : Allemagne, France, Royaume-Unis, Etats-Unis, Canada. Coll. Sciences humaines en médecine. Paris (France) : Ellipses ; 2003.

Le Faou AL. L'économie de la santé en question. 2^e Ed Coll. Sciences humaines en médecine. Paris (France) : Ellipses ; 2000.

Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2003. Prévisions 2004. Rapport juin 2004

Quarante années de dépenses de santé. Une rétropolation des comptes de la santé de 1960 à 2001. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Juin 2003.

Lebrun E, Schwob R. Organisation des systèmes de soins-Filières et réseaux. In : Santé Publique. Paris (France) : La conférence Hippocrate. Servier ; 2000.

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.J.O n° 190 du 17 août 2004 page 14598 texte n° 2.

Les comptes nationaux de la santé en 2003. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Juillet 2004.

Les comptes nationaux de la santé en 2004. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Juillet 2005.

Les comptes de la protection sociale en 2004. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Octobre 2005.

Les comptes nationaux de la santé en 2005. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Juillet 2006.

Les comptes nationaux de la santé en 2006. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Septembre 2007.

Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2005, prévisions 2006. Rapport provisoire juin 2006.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Annexe 1 au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006. DREES, Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et des solidarités.

Projet de loi de finance de la sécurité sociale 2008