

Dépenses de santé

I . Introduction

- Depuis les années 70, inadéquation entre l'évolution de la croissance du PIB et de celle des dépenses de santé → pose le problème du **contrôle de ces coûts**.
- Part de la dépense totale de santé dans le PIB en France en 2010 = **11,65%** (10,6% en 2005).
- France = **3^{ème} rang** derrière USA (17,6%) et Pays-Bas (12%). Niveau équivalent à l'Allemagne (11,6%)

Consommation médicale

- Données de consommation médicale présentées chaque année dans les **comptes nationaux de la santé**.
- Permettent de mettre en évidence la répartition des différents postes de dépense de santé
- L'examen des principaux indicateurs de consommation est un préalable indispensable à la régulation des dépenses de santé.

Sources de données

- **Comptes nationaux de la santé** = comptes satellites de la comptabilité nationale
- Évaluent rétrospectivement chaque année la consommation et le financement de la « **fonction santé** » (= ensemble des actions qui concourent au traitement ou à la prévention d'une perturbation de l'état de santé)
- Les montant de l'ensemble des postes de la consommation médicale sont exprimés sous forme **d'agrégats** (= grandeur synthétique qui mesure le résultats d'un ensemble économique).
- Exemple : DCS (= Dépense Courante de Santé) = ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé

II . Agrégats des Comptes de la santé

Dépense Totale de Santé (DTS)

- Concept commun utilisé par l'OCDE (*Organisation de Coopération et de Développement Economique*) et l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) pour comparer les dépenses de santé entre leurs membres
- Évaluée en France à partir de la DCS (*Dépense Courante de Santé*) :

DTS = DCS – indemnités journalières – une partie des dépenses de prévention – dépenses de recherche et de formations médicales + dépenses en capital du secteur santé + dépenses handicap et dépendance

Dépense Courante de Santé (DCS)

- Mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé
- Regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé, dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé privés et publics (Sécurité Sociale, Etat, Collectivités locales...)
- **Consommation Médicale Totale (CMT) :**

CMT = CSBM + Prévention individuelle

CSBM = Consommation de Soins et Biens Médicaux

Prévention individuelle = vaccination, dépistage de cancers ...

DCS = CMT + Autres dépenses individuelles + Dépenses collectives + Double compte

Autres dépenses individuelles = indemnités journalières, soins aux personnes âgées

Dépenses collectives = prévention collective, recherche, formation, gestion, subvention

Double compte = montant des dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente de médicaments

- En 2011, le montant des dépenses de santé s'élève à **240 milliards d'euros**
- 1^{er} dépenses de santé : **dépenses de soins** (hospitaliers et ambulatoires) et bien médicaux (consommés en dehors de l'hôpital) avec un montant de 180 milliards d'euros

CSBM

CSBM = soins hospitaliers + soins ambulatoires + transports sanitaires + médicaments + autres bien médicaux – dépenses de soins aux personnes âgées en établissement et aux personnes handicapées

Soins ambulatoires = médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme ...

Autres biens médicaux = optique, prothèses, « petits matériels et pansements »

- Sommes des soins et des bien médicaux, consommés sous forme marchande par la population, remboursés ou non
- **L'hôpital** est le premier poste de la CSBM

III . Evolution des dépenses de santé

1. CSBM

- **180 milliards d'euros** en 2011
- 175,7 milliards d'euros en 2009
- 98 milliards d'euros en 1995
- **+ 84% en 16 ans**

La part consacrée en France aux dépenses de soins et biens médicaux est de **9%** en 2011, alors qu'elle était de **2,5%** en 1950

- Les trois postes **soins hospitaliers/soins ambulatoires/médicaments** = **164 milliards d'€** en 2011 = 91% de la CSBM en valeur en 2011

| | Valeur (en milliards d'euros) | | | Taux d'évolution annuel (en %) | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2009 | 2010 | 2011 |
| 1- Soins hospitaliers | 79,2 | 81,4 | 83,6 | 3,9 | 2,8 | 2,6 |
| publics | 60,5 | 62,1 | 63,8 | 3,9 | 2,7 | 2,7 |
| privés | 18,7 | 19,3 | 19,8 | 4,0 | 3,1 | 2,5 |
| 2- Soins de ville | 43,3 | 44,1 | 45,7 | 2,9 | 1,7 | 3,7 |
| dont médecins | 18,6 | 18,5 | 19,2 | 2,1 | -0,8 | 3,9 |
| dentistes | 9,7 | 10,0 | 10,3 | 1,9 | 2,6 | 2,6 |
| auxiliaires médicaux | 10,4 | 11,0 | 11,5 | 5,9 | 5,4 | 4,8 |
| analyses | 4,2 | 4,3 | 4,4 | 2,2 | 1,7 | 2,6 |
| cures thermales | 0,3 | 0,3 | 0,3 | -0,1 | 3,4 | 1,4 |
| 3- Transports de malades | 3,6 | 3,8 | 3,9 | 6,4 | 5,4 | 3,0 |
| 4- Médicaments | 34,1 | 34,5 | 34,7 | 2,0 | 1,3 | 0,5 |
| 5- Autres biens médicaux | 11,0 | 11,6 | 12,2 | 2,9 | 5,6 | 5,0 |
| CSBM (1+...+5) | 171,1 | 175,4 | 180,0 | 3,3 | 2,5 | 2,7 |

- Les **soins hospitaliers** ont le + contribué à la croissance en valeur (1,2 point) → poids important dans la consommation > **soins de ville** (0,9 point) > « **autres bien médicaux** » (0,3 point)
- Indice de volume de consommation de soins hospitaliers proche de 3% depuis 3 ans → **soins hospitaliers** contribuent le + à la croissance en volume (+1,3 point) > **soins de ville** (+0,6 point) > **médicaments** (+0,3 point)
- Médicaments constituaient depuis longtemps un des postes contribuant le + à la hausse en volume → mise en place d'une **politique de maîtrise médicalisée** pour agir sur les prescriptions et de déremboursements de certains médicaments pour ralentir le rythme de croissance de ce volume. En 2010-2011, ralentissement effectif

CSBM par poste

| 2000 | 2011 |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Soins hospitaliers : 47,2% | Soins hospitaliers : 46,4% |
| Soins de ville : 25,0 % | Soins de ville : 25,4% |
| Médicaments : 20,9% | Médicaments : 19,3% |
| Autres bien médicaux : 5,2% | Autres bien médicaux : 6,8% |
| | Transports de malade : 2,2% |

Soins hospitaliers

- En 2011, consommations soins hospitaliers (public + privé) = 83,6 milliards d'euros = **46,4%** de la CSBM
- Dans le secteur public, consommation : 63,8 milliards d'euros. Progression en retrait par rapport au début des années 2000 (ralentissement de la masse salariale)
- Dans le secteur privé, consommation = 19,8 milliards d'euros

Soins ambulatoires

En 2011, consommation > 45,7 milliards d'euros = **25,4%**

Soins de médecin

Hausse en volume de **+1,8%** en 2011 (analogue à celle de 2009), après une baisse notable de **1,1%** en 2010 (*absence d'épisode grippal*). Croissance des volumes expliquée par :

- augmentation du nombre global des actes techniques, ++ IRM et scanners qui connaissent une croissance **>10%/an** depuis 2005
- déformation de la structure des dépenses vers les soins les plus coûteux, avec une croissance + forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes

Soins de dentiste

A l'exception de l'année 2009, les honoraires totaux (soins conservatoires + soins prothétiques) ↗ depuis 2006, de 2 à 3%/an. La part des dépassements (*par rapport au tarif opposable*) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50% en 2009 et atteint **52,5%** en 2011.

Soins infirmiers

Consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à **5,8 milliards d'euros** en 2011 → hausse de **5,8%** en valeur par rapport à 2010, après +7,0% en 2010. Prix de soins infirmiers n'ont pas augmenté en 2011, et la structure de soins est restée stable → croissance en volume de **5,8%** en 2011, après +6,2% en 2010.

Analyses de laboratoire

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Analyses de laboratoires * (en M€) | 2 626 | 2 812 | 3 136 | 3 443 | 3 661 | 3 769 | 3 869 | 3 993 | 4 099 | 4 189 | 4 260 | 4 369 |
| Évolution | | | | | | | | | | | | |
| Valeur | 7,1 | 7,1 | 11,5 | 9,8 | 6,3 | 2,9 | 2,7 | 3,2 | 2,7 | 2,2 | 1,7 | 2,6 |
| Prix | -1,7 | -1,6 | 2,1 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Volume | 9,0 | 8,8 | 9,2 | 8,2 | 6,3 | 2,9 | 2,7 | 3,2 | 2,7 | 2,2 | 1,7 | 2,6 |
| Nombre de laboratoires (métropole) | 4 084 | 4 012 | 3 981 | 3 949 | 3 913 | 3 876 | 3 870 | 3 840 | 3 836 | 3 836 | 3 833 | 3 853 |
| Évolution (en %) | 0,0 | -1,8 | -0,8 | -0,8 | -0,9 | -0,9 | -0,2 | -0,8 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,5 |
| Cures thermales (en M€) | 293 | 300 | 305 | 309 | 308 | 307 | 309 | 319 | 317 | 316 | 327 | 331 |
| Évolution | | | | | | | | | | | | |
| Valeur | -3,4 | 2,4 | 1,8 | 1,3 | -0,4 | -0,2 | 0,5 | 3,1 | -0,6 | -0,1 | 3,4 | 1,4 |
| Prix | 3,0 | 1,6 | 3,0 | 2,5 | 1,5 | 2,0 | 2,7 | 6,4 | 3,2 | 2,7 | 2,1 | 1,7 |
| Volume | -6,2 | 0,7 | -1,2 | -1,2 | -1,9 | -2,2 | -2,1 | -3,1 | -3,7 | -2,7 | 1,3 | -0,3 |
| Nombre de curistes (en milliers) | 542 | 545 | 547 | 529 | 509 | 504 | 493 | 495 | 492 | 486 | 510 | 516 |
| Évolution (en %) | -4,6 | 0,6 | 0,4 | -3,3 | -3,8 | -1,0 | -2,2 | 0,4 | -0,6 | -1,2 | 5,0 | 1,1 |

Chiffres à retenir (*selon moi*) :

- **analyses de laboratoire** : ↗ **2,6%** en valeur et ↗ **2,6%** en volume en 2011
- **nombre de laboratoires** : ↗ **0,5%**
- **cures thermales** : ↗ **1,4%** en valeur (*car augmentation du 1,7% du prix*) mais ↘ **0,3%** en volume en 2011
- **nombre de curistes** : ↗ **1,1%** en 2011

Médicaments

- En 2011 : **34,7 milliards d'euros** = **19,2% de la CSBM**
- Consommation de médicaments : **↗ 0,5%** en valeur, après +1,3% en 2010. Plus faibles progressions jamais enregistrées.
- Ralentissement dû à la fois aux **médicaments remboursables** et aux médicaments non remboursables (dont les ventes stagnent pour la 1^{ère} fois depuis 2005).
- Consommation par habitant stable par rapport à 2010 : **532€/habitant**, comme en 2010

2 . CMT (Consommation Médicale Totale)

- 183,4 milliards d'€** en 2011, contre 130,6 milliards d'€ (8,9% du PIB) en 2011 (+40% en 10 ans).
- En 2011, chaque français dépenses en moyenne :
 - 1282€** en soins d'hospitalisation
 - 701€** en soins ambulatoires (*soins de médecins, auxiliaires ...*)
 - 532€** en médicaments
- Au total il consacre **2815€** pour sa santé / an

| CMT en 2011 en valeur | CMT en 2011 en % |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Hospitalisation publique : 979€ | Hospitalisation publique : 34,8% |
| Médicaments : 533€ | Médicaments : 18,9% |
| Hospitalisation privée : 304€ | Hospitalisation privée : 10,8% |
| Médecins : 294€ | Médecins : 10,5% |
| Autres bien médicaux : 187€ | Autres bien médicaux : 6,6% |
| Auxiliaires médicaux : 177€ | Auxiliaires médicaux : 6,3% |
| Dentistes : 157€ | Dentistes : 5,6% |
| Analyses : 67€ | Analyses : 2,4% |
| Transport : 60€ | Transport : 2,1% |
| Prévention : 52€ | Prévention : 1,9% |
| Cures thermales : 5€ | Cures thermales : 0,2% |

IV . Financement des dépenses de santé

Les financeurs

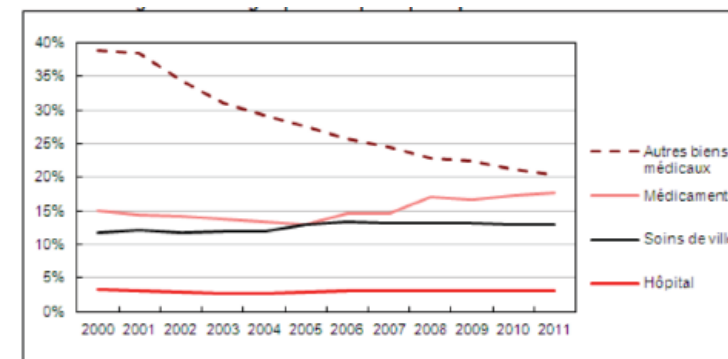
L'approche des dépenses de santé par les comptes nationaux de la santé prend en compte :

- les dépenses prises en charge par l'assurance maladie
- les dépenses de l'Etat et des collectivités locales
- les dépenses des organismes complémentaires (mutuelles, assurances et instituts de prévoyance)
- les dépenses des ménages : ce qui reste à charge des ménages et n'est donc pas remboursé

| Structure du financement de la CSBM en 2000 | Structure du financement de la CSBM en 2011 |
|---|---|
| Sécurité sociale : 76,7% | Sécurité sociale : 75,5% |
| Ménages : 9,7% | Ménages : 9,6% |
| Mutuelles : 7,6% | Mutuelles : 7,4% |
| Sociétés d'assurance : 2,6% | Sociétés d'assurance : 3,7% |
| Institutions de prévoyance : 2,1% | Institutions de prévoyance : 2,5% |
| Etat, CMU-C. org de base : 1,2% | Etat, CMU-C org de base : 1,3% |

Charge des ménages

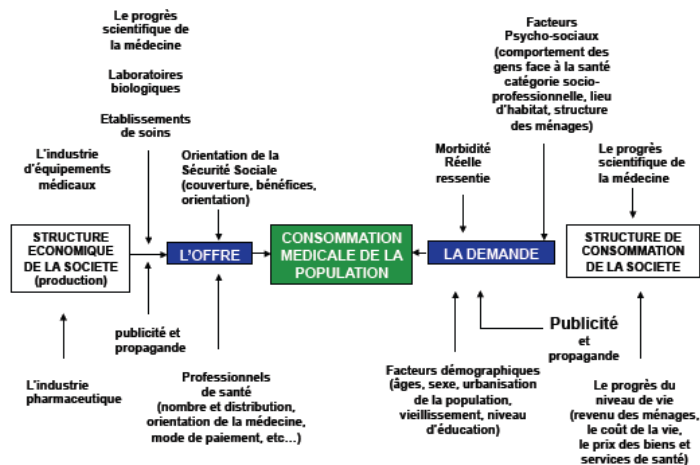
- En 2000 : 11 113 millions d'€, soit **9,7%** de la dépense
- En 2011 : 17 318 millions d'€ soit **9,6%** de la dépense



Comparaisons

- France = un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la + importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité.
- Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République Tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique + développée que la France.

V. Facteurs de dépenses de santé



1. Facteurs de demande

Facteurs individuels :

- Facteurs psychologiques (*besoin ressenti*)
- Démographie, âge, sexe (*vieillesse*)
- Facteurs socio-économiques (*revenu, CSP, citadins*)

Facteurs collectifs

- Facteurs sociologiques ou culturels (*médicalisation problèmes sociaux*)
- Modification de la morbidité (*nouvelles maladies*)

Facteurs de demande : besoin

- Besoin ressenti croissant, en particulier en matière de sécurité des soins
- Besoin naît quand l'individu estime que son état de santé a changé par rapport à son état de santé antérieur (*morbidity* ressentie) ou par comparaison avec les autres. Il dépend de :
 - Croyance & confiance dans le système de santé
 - Sensibilité à la douleur
 - Niveau de connaissance, de culture, d'éducation globale, vulgarisation, internet ...

Facteurs de demande : âge

- Variable fondamentale dans la consommation de soins
 - Evolution de la consommation de soins d'un individu au cours de sa vie en forme de U : consommation élevée pendant les 2 1ères années de vie (++) chez garçon), puis conso plus faible jusqu'à 20 ans, puis augmentation progressive de la conso de soins
 - Effet génération : génération récentes consomment + de soins que les anciennes
- Entre 20 et 60 ans, **dépenses ambulatoires des femmes** + élevées que celles des hommes (++) à cause des soins gynéco/obstétrique)
- Au total, augmentation de l'espérance de vie et vieillissement de la population auront un impact important (mais difficile à déterminer) sur la conso de soins

Facteurs de demande : éducation

- influence modeste mais significative sur la consommation de soins
- effet du **diplôme** jour ++ sur recours aux médecins spécialistes et soins dentaires/optiques

Facteurs de demande : catégorie socio-professionnelle

- Lien étroit entre consommation de soins et CSP
- A âge et sexe identiques, les dépenses de santé diminuent des ouvriers non qualifiés aux cadres
- Dépenses de santé + élevées des ouvriers presque exclusivement dues à leurs **dépenses hospitalières**
- Cadres ont plus souvent recours aux **soins dentaires** et **optiques**. Dépenses de **spécialistes** et de **biologie** + élevées aussi.

Facteurs de demande : revenu

- Revenu n'a pas d'influence sur la consommation individuelle de soins hospitaliers
- Consommation de **soins ambulatoires** plus faible quand le niveau de revenu diminue
- Renoncement aux soins pour raisons financières affecte en priorité les consommations **dentaires**, **optiques** et de **spécialistes**

Facteurs de demande : résidence

Consommation médicale + importante dans les **villes** que dans les campagnes (*probablement dû à un effet d'offre*).

Facteurs de demande : niveau de développement économique

- Plus un pays est développé sur le plan économique, + la dépense de santé (*rapportée au PIB*) augmente.
- Les **pays industrialisés** sont ceux qui dépensent le + pour leur santé. Seul un fort développement économique permet de consacrer + d'argent au système de santé.

Facteurs de demande : facteurs épidémiologiques

Morbidité est un facteur essentiel d'évolution des dépenses de santé.

Dans un pays comme la France on observe :

- Maladies liées aux **modes de vie** (*conduites addictives, accidents de la route, domestiques, conditions de travail, modes d'alimentation, sédentarité ...*)
- Maladies **nouvelles** ou **réapparition de maladies anciennes** (*VIH + évolution vers une maladie chronique, réapparition de la tuberculose chez personnes précaires, augmentation de l'incidence de la syphilis...*)
- Maladies **chroniques** (*cardiovasculaires, cancers, diabète, troubles mentaux...*)

Facteurs de demande : niveau de protection sociale

- En France, généralisation de la **Sécurité sociale** à partir de 1945, mise en œuvre progressive d'un **système de tiers-payant** par le système Sesam-Vitale, mise en place de la **CMU** en 2000 ont eu pour objectif de réduire les barrières financières à l'accès aux soins et bien médicaux.
- Différences de consommation importantes persistent, ++ en fonction de l'existence ou non d'une **couverture maladie complémentaire** qui influence principalement la consommation de soins ambulatoires

2. Facteurs d'offre**Facteurs d'offre : le progrès technique**

Il met à disposition des patients des traitements + efficaces mais aussi parfois + **coûteux** dans domaine diagnostique (*IRM, TEP-scan*) et thérapeutique (*greffes, traitements du cancer, thérapie génique*)

Facteurs d'offre : la diffusion de l'innovation

- L'innovation née de la recherche dans les **centres hospitaliers universitaires** se développe ensuite dans les **hôpitaux généraux**, les **cliniques** et les **cabinets médicaux**.
- Elle devient + aisément accessible géographiquement mais est à l'origine d'une demande croissante donc coûts croissants.

Facteurs d'offre : multiplication des centres de soins et densité médicale

Il existe une relation entre l'offre de soins et l'élévation de la demande en France, tant pour la **densité de lits d'hospitalisation** et le **nombre de journées d'hospitalisation** réalisées que pour la **densité de médecins** et la **consommation de soins**

Facteurs d'offre : la variabilité des pratiques professionnelles

- Praticiens adoptent souvent des conduites sensiblement différentes face à une situation clinique identique
- Cette variabilité s'observe dans des **communautés très voisines** au plan géographique et ne peut être systématiquement expliquée par des différences en termes de caractéristiques ou de préférence des patients.
- Différences de prises en charge présentent souvent le défaut préjudiciable de s'éloigner sensiblement de la stratégie optimale, telle qu'elle peut être définie par la recherche de preuves solides et d'engendrer des **coûts plus élevés** que la stratégie optimale.

VI . Maîtrise des dépenses de santé**Orientations**

- Il apparaît aujourd'hui impossible de ↘ les dépenses de santé
- Leur augmentation paraît inéluctable, on peut juste les **maîtriser**

- Cette maîtrise des dépenses est notamment capitale pour l'Assurance Maladie
- On peut maîtriser les dépenses de santé en diminuant :
 - les volumes de consommation, par action sur les facteurs d'offre et de demande
 - les prix et les coûts
- Il y a cependant des contraintes :
 - **accessibilité des soins** (géographique et financière) doit rester correcte, avec une certaine équité
 - **qualité des soins** doit rester optimale
 - on parle de « **maîtrise médicalisée** »

VII . Mesures sur l'offre**ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie)**

- Des **objectifs de croissance des dépenses** sont fixés annuellement
- Depuis **1996**, le **Parlement** vote chaque année un ONDAM pour l'année à venir, dans le cadre de la **LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale)**
- Cet objectif concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie, tels que le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux, les prestations exclues de par leur nature du remboursement.
- Cet objectif global est décliné par le **gouvernement** et les **caisses d'assurance maladie** en 4 objectifs prévisionnels par secteur de consommation :
 - Dépenses de **soins de ville** : à partir de cet objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, les caisses d'Assurance Maladie négocient avec les professions libérales de santé pour définir des objectifs par profession
 - Dépenses des **hôpitaux publics**

- Dépenses des établissements d'hospitalisation privés
- Dépenses des établissements médico-sociaux (enfance inadaptée et adultes handicapés)
- Montant de l'ONDAM voté initialement n'a pratiquement jamais été respecté
- **ONDAM 2010 = 161,8 milliards d'€**
- ONDAM dépassé tous les ans, exemple 2007 : enveloppe votée = 144,8 M€ / dépenses réalisées = 147,8 M€

Planification sanitaire

- SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), loi du 31/07/1991
- Elaboré par les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) depuis l'ordonnance de 96, maintenant ARS (Agences Régionales de Santé)
 - **Objectif** = répondre au mieux aux besoins de santé de la population
 - Organise la répartition et rationalise l'offre de soins hospitaliers, en lits et équipements lourds
 - Fixe les objectifs en volume d'activité (OQOS = Objectifs Quantifiés d'Offre de Soins)

Hospitalisation

- Lois hospitalières de 1970 et 1991 : service public hospitalier et planification, carte sanitaire (SROSS)
- Budget global hospitalier : 1983
- Réforme de la tarification : PMSI (1989), comptabilité analytique, tarification à l'activité (2004)
- ➔ **Objectifs** = mieux allouer les ressources et accroître l'efficacité.

Professions de santé

- Numérus clausus : 1972
- Maîtrise des filières de spécialité
- Système de conventionnement : RMO (Référence Médicales opposables), obligation de prescription d'un quota de génériques,

- droit de substitution par le pharmacien, filière médicale, suppression du secteur 2, télétransmission, carnet de santé.
- Amélioration des pratiques professionnelles notamment par création de la HAS (Haute Autorité de Santé), loi du 13/08/2004, dont les missions sont :
 - Certification des établissements de santé
 - Emission de recommandations de bonne pratique
 - Evaluation des pratiques professionnelles
- Responsabilisation des prescripteurs : incitation à prescrire des médicaments génériques

Parcours de soins

- Amélioration de la coordination des soins (loi du 13/08/2004 de réforme de l'assurance maladie), avec :
 - Mise en place du parcours de soins coordonné autour du médecin traitant
 - Meilleure définition et mise en place de protocoles de soins pour les affections de longue durée
 - Réseaux de soins : diabète = généraliste + diabétologue + généticien ...
 - Dossier médical personnel

VIII . Mesures sur la demande

Participation des patients

- Augmentation de la part financière restant à la charge des patients :
 - Augmentation du forfait hospitalier (18€/j en hôpital ou clinique)
 - D'après la loi du 13/08/2004 : participation forfaitaire de 1€ pour chaque acte + diminution de remboursement par l'AM en

cas de non respect du parcours de soins coordonné (*consultation d'ophtalmo/gynéco/pédiatre/psychiatre ne nécessite pas de passer par le médecin traitant pour être dans le parcours de soins coordonnés*)

- Déremboursement des médicaments au SMR insuffisant
- Depuis le 01/01/2008 : franchises médicales de 50cts/boîte de médicaments, et 2€/transport sanitaire

Tarif de consultation des médecins généralistes

Base de remboursement pour les généraliste (secteur 1)

Si vous consultez votre médecin traitant :

| Tarif consultation | Base de remboursement | Part sécurité sociale | Participation forfaitaire non remboursable | Montant remboursé |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--|-------------------|
| 23 € | 23 € | 70 % soit 16,1 € | 1 € | 15,1 € |

S'il ne s'agit pas de votre médecin traitant

| Tarif consultation | Base de remboursement | Part sécurité sociale | Participation forfaitaire non remboursable | Montant remboursé |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--|-------------------|
| 23 € | 23 € | 30 % soit 6,9 € | 1 € | 5,9 € |

Exonération du forfait hospitalier

- Femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement, et pendant 12j après l'accouchement
- Enfant nouveau-né hospitalisé dans les 30j suivant sa naissance
- Hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- Soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile

- Enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle
- Bénéficiaire de la CMU ou de l'aide médicale de l'Etat
- Affiliation au régime d'Alsace-Moselle
- Titulaire d'une pension militaire

Prévention, Education

- Pour diminuer l'incidence de certaines maladies chroniques et/ou coûteuses (*diabète, HTA, cancers, obésité ...*), par les messages sanitaires par exemple (*ex : PNSS = Programme National Nutrition Santé*)
- Pour diminuer l'incidence des complications des maladies chroniques (*ex : meilleur équilibre d'un diabète pour diminuer les risques d'insuffisance rénale, de maladies CV, de cécité ou d'amputations*), par l'éducation thérapeutique et la coordination de la prise en charge.

Autres mesures

- Le contrôle des prix avec les tarifs conventionnés :
 - Il existe une convention entre l'AM et les médecins
 - Ex : tarif d'une consultation de généraliste = 23€
- Médicaments génériques : incitation à la prescription et à la substitution
- Déremboursement des médicaments au SMR rendu insuffisant

Ndlr : Hallelujah, fiche enfin terminée ... Elle est longue mais ultra-complète, les impasses dans ce cours étant risquées. Bon courage, ne lâchez rien ☺