

**PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE
SUR LES CHARGES ET PRODUITS POUR
L'ANNEE 2011**

CONSEIL CNAMTS DU 8 JUILLET 2010

INTRODUCTION	3
1. LA CROISSANCE DES DEPENSES RESULTE D'ABORD DES SOINS CONSECUTIFS AUX PATHOLOGIES CHRONIQUES.....	4
1.1. Une part importante des dépenses consacrée à la prise en charge de maladies lourdes et chroniques.....	4
1.2. Une concentration croissante des remboursements de l'assurance maladie	6
1.3. Les pathologies lourdes ou chroniques expliquent 80% de la croissance de la dépense, avec une très forte dynamique des maladies cardio-vasculaires.....	7
1.4. Un déplacement vers les pathologies lourdes.....	11
1.5. Les résultats 2009 : une évolution des volumes de soins de ville qui s'inscrit dans la tendance des années précédentes 16	
2. UNE CRISE DE RECETTES SANS PRECEDENT.....	19
3. DES MARGES D'EFFICIENCE PEUVENT ETRE MOBILISES PAR L'OPTIMISATION DES PARCOURS DE SOINS.....	21
3.1. La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie passe par la maîtrise des dépenses de santé.....	21
3.2. D'importantes disparités sont observées tant dans les pratiques médicales que dans les recours aux soins. Elles entraînent des disparités dans la dépense de santé.....	22
3.3. Un développement et une organisation insuffisants de la prise en charge ambulatoire	35
3.4. Dans certains secteurs, les prix et le niveau d'offre doivent être adaptés.....	42
En conclusion :.....	49
4. LES PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS.....	50
4.1. Développer l'information de l'assuré et la prévention	50
4.2. Faire évoluer la prise en charge des maladies chroniques.....	51
4.3. Développer des modes de prise en charge plus souples.....	52
4.4. Réduire l'hétérogénéité des pratiques.....	54
4.5. Le recours aux soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.....	56
4.6. Optimiser les dépenses.....	57
4.7. Les arrêts de travail.....	58
4.8. La régulation des dépassements.....	60
5. L'ONDAM 2011 ET LE RESULTAT FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE.....	62
5.1. L'évolution tendancielle de l'ONDAM 2011	62
5.2. Les mesures 2011.....	64
5.3. Le compte de la CNAMTS après mesures	65

INTRODUCTION

Sur les cinq dernières années, l'évolution des dépenses de l'assurance maladie peut apparaître relativement maîtrisée. En effet, depuis 2005, le taux de croissance annuel est stabilisé entre 3 et 4 %, alors même qu'il se situait entre 5 et 7 % au cours de la période 1999-2004. Cette différence d'évolution représente en moyenne près de 3 milliards d'euros de croissance des dépenses de santé chaque année, soit près de 15 milliards d'euros de dépenses en moins pour 2010 par rapport à une situation où l'on aurait conservé la croissance des années 1999-2004.

Cette maîtrise de la dépense est d'abord due à la maîtrise des dépenses ambulatoires, résultat d'actions combinées de maîtrise médicalisée et d'origine réglementaire et dont le taux d'évolution annuel est passé d'un peu moins de 7 % en moyenne entre 1999 et 2004 à environ 3 % depuis 2005 à l'exception de l'année 2007. L'évolution des dépenses des établissements a aussi ralenti significativement.

Cette réduction de la croissance des dépenses a contribué fortement à la réduction du déficit de l'assurance maladie jusqu'en 2009 (de 60 % entre 2004 et 2009).

Depuis 2009, la situation est redevenue critique. La crise financière a eu un effet considérable sur les recettes de l'assurance maladie. Elles ont ainsi baissé pour la première fois depuis 1945, creusant le déficit qui devrait dépasser en 2010 celui de 2004. Cet accroissement des déficits publics est d'ailleurs global et nécessitera des solutions transversales à l'ensemble des finances publiques des pays développés.

Le Président de la République a annoncé que l'ONDAM progresserait de 2,9 % pour 2011 et 2,8 % pour 2012. Ce n'est donc pas tant le niveau de l'ONDAM qu'il convient de déterminer dans le présent rapport, mais plutôt les pistes permettant d'optimiser la dépense de santé.

Pour ce faire, des marges importantes subsistent dans les modes de recours et l'organisation du système de soins, la productivité des offreurs, la fixation des tarifs et, à moyen terme, l'évolution des comportements et le développement de la prévention.

Il apparaît plus que jamais important de mettre en œuvre des mesures structurelles dont les bénéfices seront observables à moyen terme en accroissant la qualité de notre système de santé tout en augmentant son efficacité.

1. LA CROISSANCE DES DEPENSES RESULTE D'ABORD DES SOINS CONSECUTIFS AUX PATHOLOGIES CHRONIQUES

1.1. *Une part importante des dépenses consacrée à la prise en charge de maladies lourdes et chroniques*

Sur les 150 milliards d'Euros de soins remboursés par l'assurance maladie en 2008¹ :

- Près de 35 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge des malades traités pour des pathologies cardiovasculaires, qu'ils soient en affection de longue durée (ALD) ou non ; pour les 2/3, il s'agit de patients en ALD, avec des pathologies lourdes dont le coût annuel de prise en charge est de l'ordre de 8500 € en moyenne. Le tiers restant des dépenses est engagé pour des patients qui suivent un traitement médicamenteux régulier (notamment un traitement hypotenseur) mais dont la gravité des troubles ne justifie pas une prise en charge à 100%. Leur coût de traitement annuel s'établit à environ 2000 € en 2008.
- Si l'on élargit ce groupe à la maladie diabétique, on passe à 46 milliards d'euros². Le rythme de croissance des dépenses consacrées au diabète est un des plus élevés, avec celui des maladies neurologiques dégénératives et les maladies inflammatoires sévères : +23% en trois ans. En ce qui concerne les dépenses hospitalières, la croissance s'explique en quasi-totalité par les traitements de dialyse, l'insuffisance rénale chronique étant une des complications lourdes du diabète.
- Un autre poste important de dépenses est représenté par la prise en charge du cancer dont le coût en 2008 est de l'ordre de 17 milliards d'euros, en hausse de 11% par rapport à 2005. Le coût annuel moyen du traitement était en 2008 de l'ordre de 10 000 €.
- La prise en charge des affections psychiatriques, que les patients soient ou non en affection de longue durée, représente en 2008 plus de 16 milliards d'euros, dont 13,5 milliards d'euros (80%) concernent des affections sévères (psychoses et dépressions sévères), dont les coûts de traitement annuels sont très élevés (14 000 €).
- Un autre groupe de maladies, incluant les affections neurologiques dégénératives, la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson, induit une dépense de 7 milliards d'euros, en croissance rapide : +21% sur les trois dernières années.

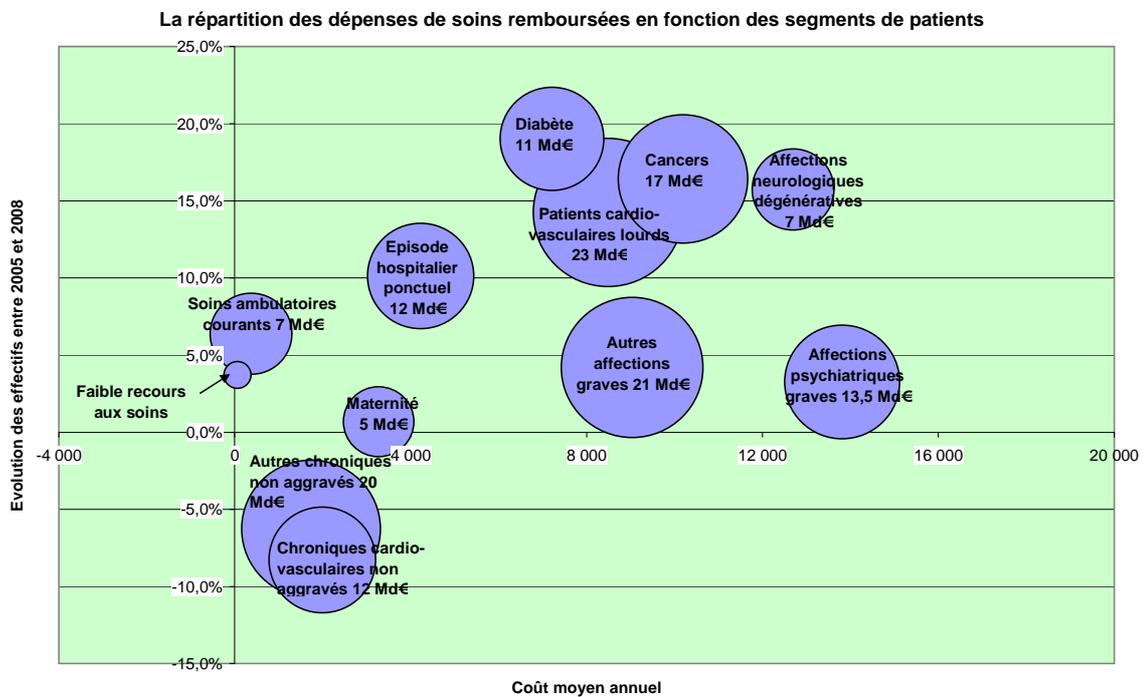
¹ Correspondant aux prestations délivrées en ville, en établissements sanitaires et en établissements médico-sociaux incluses dans le champ de l'ONDAM. Sont exclues les dépenses hors prestations (cotisations prises en charge pour les professionnels libéraux, aides à la télétransmission, soins des français à l'étranger, FIQCS,...), qui représentent en 2008 environ 3 MD€.

² Rappel : Dans la répartition des dépenses telle qu'elle est présentée ici, pour éviter les double compte, les dépenses des patients polyopathologiques sont réparties entre les différentes pathologies. Par exemple, les dépenses d'un patient qui est à la fois en ALD pour diabète et pour hypertension artérielle sévère sont réparties entre les catégories « diabète » et « pathologies cardio-vasculaires lourdes ». C'est la raison pour laquelle les dépenses affectées au diabète (11 MD€) sont inférieures aux dépenses totales qui ont pu être estimées par ailleurs, de l'ordre de 12,5 milliards d'euros en 2007.

- D'autres affections représentent un enjeu économique moins important, mais connaissent une dynamique très forte : c'est le cas des maladies inflammatoires les plus sévères (rhumatismales et digestives) : 1,5 milliard d'euros, + 24% entre 2005 et 2008, en lien avec des innovations thérapeutiques majeures dans le traitement. A l'inverse, les dépenses relatives à d'autres maladies sont peu dynamiques, comme les maladies chroniques rhumatologiques moins lourdes (arthrose, dorsolombalgies, tendinopathies) qui touchent près de 2,5 millions de personnes pour un montant total proche de 7 milliards d'euros, très voisin de ce qui était observé en 2005.

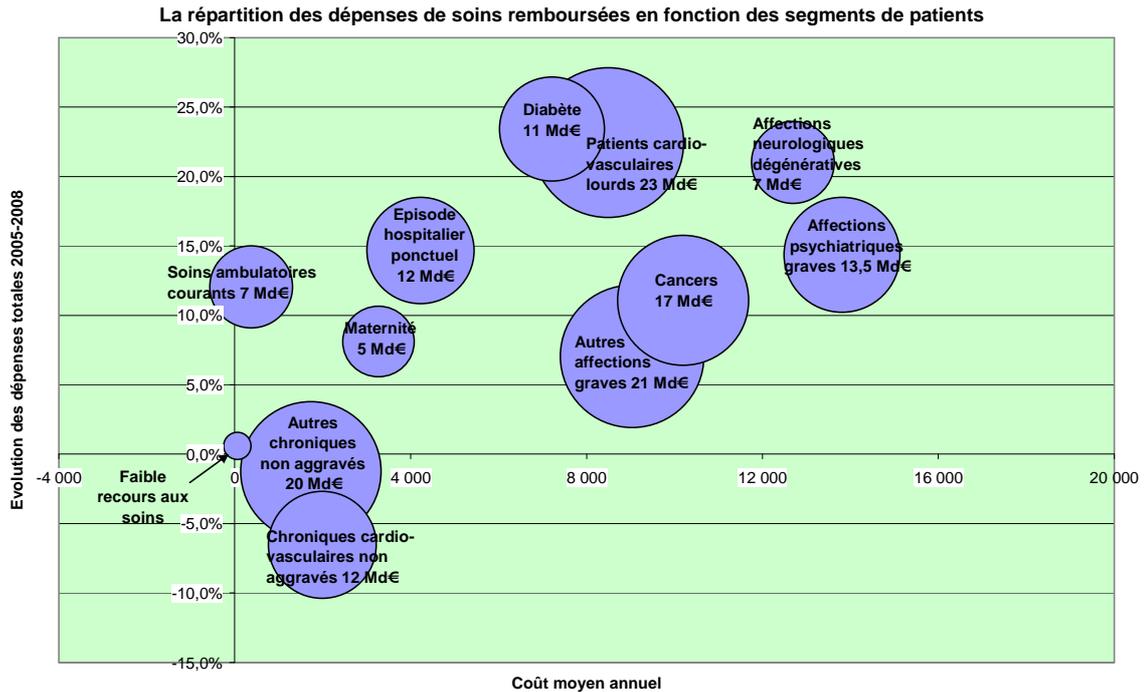
Les graphiques ci-après permettent de visualiser la place relative des différents groupes de pathologies

Ils permettent aussi de constater que c'est sur les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses que l'on observe les progressions d'effectifs et de dépenses les plus rapides : la prise en charge des malades lourds et chroniques continue donc à absorber une part croissante des dépenses d'assurance maladie.



Guide de lecture : les bulles représentant les différents segments de population sont positionnés en fonction de la dépense annuelle moyenne en 2008 (sur l'axe des abscisses) et de l'augmentation des effectifs entre 2005 et 2008 (sur l'axe des ordonnées). La taille de la bulle représente la dépense totale en 2008.

Exemple : les patients cardio-vasculaires lourds ont un coût de traitement annuel de 8500 €, leurs effectifs ont augmenté de 14% entre 2005 et 2008, les dépenses de soins pour ces patients s'élèvent à 23 Md€.



Guide de lecture : les bulles représentant les différents segments de population sont positionnés en fonction de la dépense annuelle moyenne en 2008 (sur l'axe des abscisses) et de l'augmentation de la dépense totale entre 2005 et 2008 (sur l'axe des ordonnées). La taille de la bulle représente la dépense totale en 2008.

Exemple : les patients cardio-vasculaires lourds ont un coût de traitement annuel de 8500 €, la dépense totale de soins pour ces patients a augmenté de 22% entre 2005 et 2008, elle s'élève à 23 Md€ en 2008.

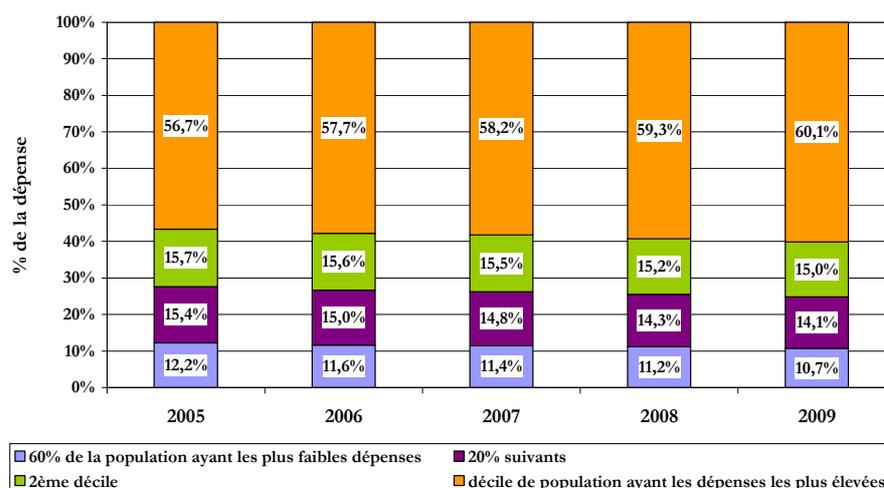
1.2. Une concentration croissante des remboursements de l'assurance maladie

Les dépenses d'assurance maladie sont, par nature, des dépenses très concentrées. Une large majorité de la population est en bonne santé et a donc une consommation de soins faible, tandis qu'une petite fraction est atteinte de pathologies graves qui requièrent des soins coûteux. Notre système de protection sociale solidaire mutualise les risques et organise une redistribution des bien portants actuels vers les malades qui ne pourraient, en l'absence d'assurance maladie, faire face individuellement au coût des soins.

Le fait marquant est que cette concentration s'est accrue sensiblement sur les années récentes : les 10% de la population qui ont les dépenses de soins de ville les plus élevées représentaient en 2005 56,7% du total des remboursements de l'assurance maladie. Ce pourcentage s'élève régulièrement sur les quatre années suivantes pour atteindre 60,1% en 2009 (graphique ci-dessous).

Ce phénomène est une conséquence de l'accroissement rapide des effectifs des segments de population dont les soins sont les plus onéreux.

Evolution de la concentration des dépenses de soins de ville



1.3. Les pathologies lourdes ou chroniques expliquent 80% de la croissance de la dépense, avec une très forte dynamique des maladies cardiovasculaires

Entre 2005 et 2008, les pathologies chroniques, qu'elles soient ou non en ALD, contribuent pour 80% à la croissance des dépenses.

Au sein des affections chroniques, la tendance est à un déplacement vers les formes les plus sévères que l'on retrouve en ALD : leur effectif s'accroît de +3,7% par an, et le volume de soins correspondant de +4,6% par an. La population que l'on peut caractériser comme chronique (sous traitement médicamenteux régulier sur l'année) mais moins grave (dépense annuelle de l'ordre de 2000 € versus 8000 € pour les patients en ALD) a plutôt tendance à diminuer (tableau ci-dessous).

La dépense est donc tirée par les patients souffrant de pathologies chroniques aggravées (ALD), non pas tant parce que leur dépenses moyennes augmentent de plus en plus (+0,8% en volume contre +0,4% pour les non ALD), mais parce que leurs effectifs augmentent plus vite que ceux de la population globale.

**Dépense moyenne en 2008 et évolution des effectifs et du volume des dépenses par tête
entre 2005 et 2008 (régime général)**

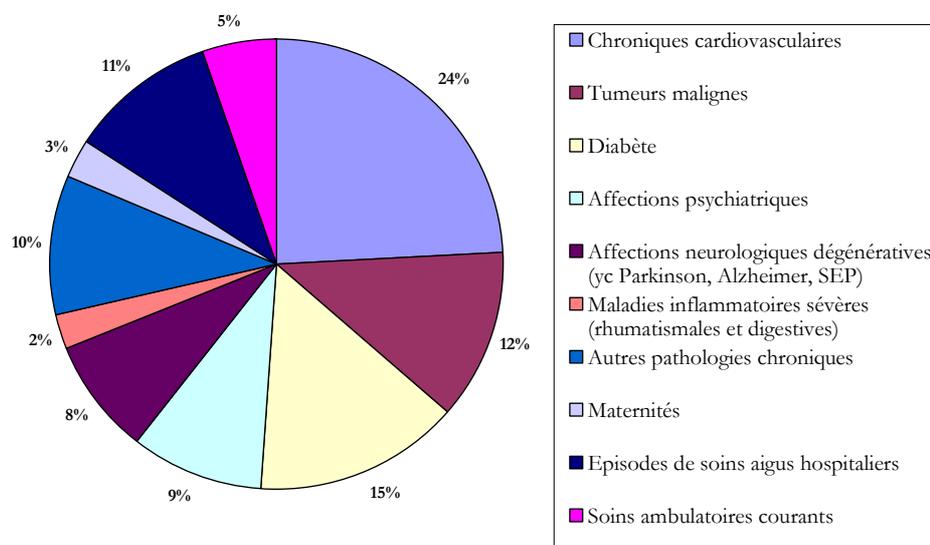
	dépense par tête en 2008	évolution annuelle des effectifs	évolution annuelle du volume total
Pathologies sévères (patients en ALD)			
Pathologie cardiovasculaire	8 500	4,5%	6,7%
Tumeur maligne	10 200	5,2%	3,3%
Diabète de type 1 et diabète de type 2	7 200	6,0%	7,2%
Affections psychiatriques de longue durée	13 800	1,1%	3,4%
Insuffisance respiratoire chronique grave	9 300	1,4%	5,1%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	13 300	4,7%	5,6%
Affections neurologiques et musculaires	12 800	6,1%	6,4%
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	9 200	1,9%	3,3%
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	7 400	5,4%	7,8%
Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	13 900	2,7%	4,7%
RCH et maladie de Crohn	4 700	5,6%	7,9%
Maladie de Parkinson	11 100	3,0%	5,4%
Néphropathie chronique	26 500	4,6%	1,7%
Sclérose en plaques	12 500	5,1%	5,5%
Autres Ald 30,31,32	8 400	0,4%	1,5%
Episodes de soins aigus hospitaliers ou pathologies chroniques non aggravées			
Maternités	3 300	0,2%	1,9%
Chronique cardio vasculaire non aggravés	2 000	-2,8%	-2,1%
Autres chroniques non aggravés	1 740	-2,1%	-1,1%
Episodes de soins aigus hospitaliers	4 200	3,3%	3,4%
Soins ambulatoires courants	400	2,1%	5,8%
Recours aux soins très faible	70	1,2%	4,7%
Non consommateurs		0,6%	
TOTAL Consommants	2 400	0,8%	3,1%
TOTAL pathologies sévères	9 500	3,7%	4,6%
TOTAL hors pathologies sévères	1 000	0,3%	0,7%
TOTAL	2 250	0,8%	3,0%

Source : système national inter-régimes de l'assurance maladie, exploitation CNAMTS

Note : l'évolution globale des effectifs de +0,8% est supérieure à celle de la population française totale, ceci correspond à une part légèrement croissante du régime général.

La répartition par groupe de pathologies fait apparaître la prédominance forte des affections cardiovasculaires. Sur la période 2005-2008, elles contribuent pour ¼ à la croissance totale (que les patients soient en ALD ou non), 40% si l'on ajoute le diabète. Le cancer vient ensuite avec 12%.

Contribution des différents segments de patients à la croissance



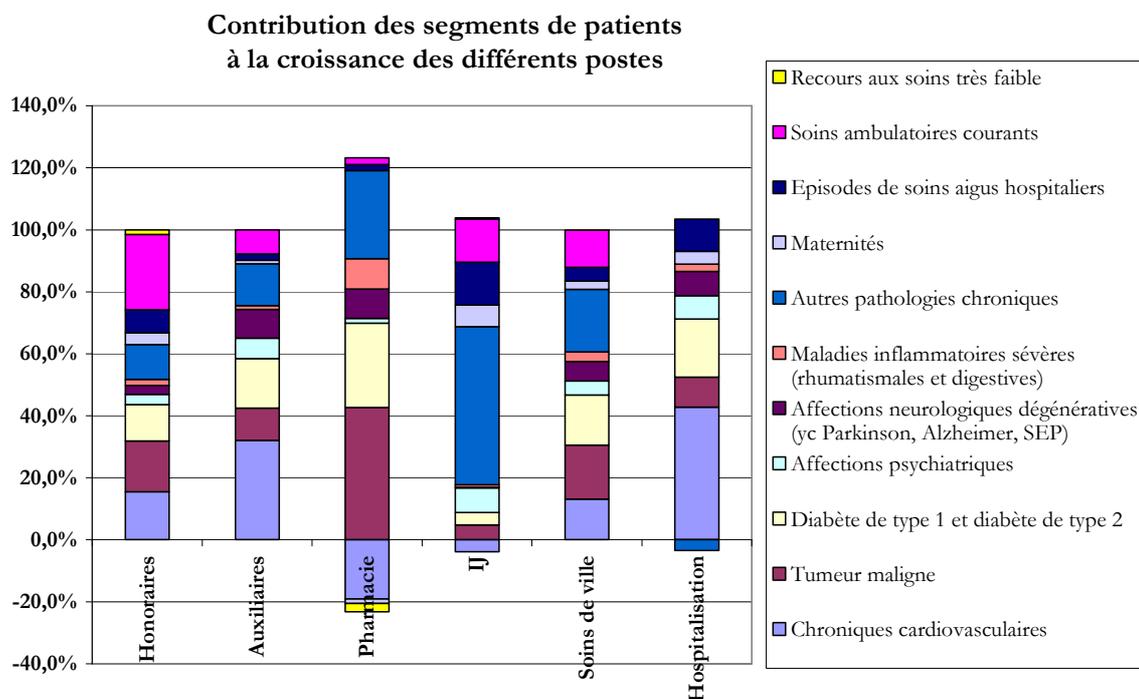
On peut s'étonner que la contribution du cancer à la croissance ne soit pas plus élevée et qu'elle soit très inférieure celle des maladies cardio-vasculaires, alors que les effectifs de patients traités pour tumeurs malignes augmentent de plus de 5% par an et que les coûts de traitement moyens sont très élevés. L'écart vient surtout du poste « hospitalisation », pour lequel les dépenses des patients atteints de cancers augmentent assez faiblement sur la période (+2% par an, +5,7% pour les chroniques cardio-vasculaires), et sont pratiquement stables en 2008. Plusieurs éléments d'explication sont à considérer :

- D'une part les dépenses d'hospitalisation liées au cancer souffrent d'un biais de sous-estimation lié à la disponibilité des données concernant les médicaments facturés en sus du GHS : jusqu'en 2008, il n'est pas possible de les rattacher au patient individuel pour les répartir entre les pathologies, et donc leur répartition sur la période 2005-2008 n'a pu se faire qu'au prorata des dépenses globales d'hospitalisation en court séjour. Or ces dépenses concernent plus particulièrement certaines pathologies, et notamment le cancer. Cette limite pourra être levée pour les prochains exercices.
- Mais au-delà de ce biais statistique, des considérations épidémiologiques et de pratiques médicales peuvent être avancées. On constate en effet une diminution des séjours pour tumeurs malignes du sein (-2,5%) et pour chirurgie majeure urologique – cancer de la prostate (-10,7%), deux cancers très fréquents, qui peut s'expliquer : moins de cancers de la prostate opérés, avec une surveillance active plus souvent privilégiée, et un peu moins de cancers du sein diagnostiqués depuis la baisse des traitements hormonaux substitutif de la ménopause. En tout état de cause, ces évolutions ne devraient pas se prolonger dans l'avenir. A l'inverse, d'autres localisations contribuent à la hausse (+5,1% pour la chirurgie du colon et du rectum des patients atteints de cancer par exemple).
- Concernant les maladies cardio-vasculaires aggravées, la dynamique de dépenses hospitalières est soutenue par un accroissement rapide des actes invasifs diagnostiques et thérapeutiques (+7,7% de séjours pour pose de stimulateurs/défibrillateur cardiaques en 2008, +5,3% pour cathétérismes diagnostiques et thérapeutiques (coronarographie, angioplastie, pose de stents coronariens...). Pour les patients diabétiques, l'accroissement des dépenses d'hospitalisation est surtout lié au recours à la dialyse qui augmente sensiblement.

Après les affections cardio-vasculaires, les cancers et le diabète, les maladies qui contribuent le plus à la croissance des dépenses sont :

- les affections psychiatriques (9%). Il s'agit ici de l'ensemble des patients chroniques, qu'ils aient des pathologies lourdes (psychoses et dépressions sévères) ou des problèmes de santé moins graves mais un traitement régulier par des psychotropes. Ces deux catégories de patients ont cependant des coûts moyens de traitement très différents (14000 € *versus* 2700 €). La dynamique de croissance des pathologies psychiatriques graves sera sans doute plus soutenue dans l'avenir, car l'évolution très faible des effectifs sur la période 2005-2008 s'explique notamment par la modification en octobre 2004 des critères à l'admission dans un sens plus restrictif ;
- l'ensemble des affections neurologiques dégénératives, incluant la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson (8%). Rappelons que le nombre de malades traités pour ces pathologies a augmenté de 16% en trois ans, et les dépenses de 21%.

Le poids des différentes pathologies est différencié selon les postes de dépenses.



Sur la pharmacie, la contribution à la croissance est surtout le fait des tumeurs malignes où l'innovation thérapeutique pèse fortement sur les dépenses au stade initial de la maladie. Inversement, malgré une hausse des effectifs, la contribution à la croissance des affections cardiovasculaires est négative : sur ce secteur, où il n'y a pas eu d'innovation thérapeutique majeure ces dernières années, la diffusion des génériques et l'impact des programmes de maîtrise médicalisée (médicaments de l'HTA, statines) a permis de contenir l'évolution du coût moyen des traitements.

Sur l'hospitalisation, mais aussi sur les auxiliaires médicaux, la croissance est portée par les affections où s'observe une augmentation de l'espérance de vie en rapport avec une intensification des traitements (affections cardiovasculaires et diabète avec la diffusion des

statines et des traitements associant plusieurs principes actifs, tumeurs malignes avec les thérapeutiques innovantes) ce qui se traduit par davantage de besoins en terme de prise en charge de la dépendance mais aussi des hospitalisations plus fréquentes en rapport avec le vieillissement de ces populations.

1.4. Un déplacement vers les pathologies lourdes

Pour certaines pathologies, on observe une évolution rapide des effectifs de patients traités, qu'ils soient ou non en ALD :

- +5,2% par an entre 2005 et 2008 pour les tumeurs malignes ; pour ces maladies, il y a d'ailleurs recouvrement entre la population traitée et la population en ALD. Sauf exception (cancer du poumon chez la femme par exemple), l'augmentation s'explique moins par des évolutions épidémiologiques que par le développement des dépistages précoces. L'évolution marque le pas en fin de période (4,9% en 2008, 4,8% en 2009) avec, comme il a été noté plus haut, un infléchissement de l'incidence des deux cancers les plus fréquents, le cancer du sein et le cancer de la prostate qui, pour des raisons différentes, sont stables ou en baisse en 2009 ;
- +5,5% par an entre 2001 et 2007 pour les patients diabétiques³, évolution qui est à mettre notamment en rapport avec la progression de l'obésité ;
- +5% par an pour les personnes traitées pour démences et maladies d'Alzheimer – cette évolution s'expliquant à la fois par un effet vieillissement de la population et par un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de la maladie. Il en est de même des maladies inflammatoires chroniques sévères, rhumatologiques et digestives qui, ces dernières années, ont bénéficié d'innovations thérapeutiques importantes induisant un diagnostic plus précoce en vue d'adapter les traitements à l'état de santé des malades (+5,5% de patients traités par an).

Mais un autre phénomène marquant s'observe sur les dernières années, qui est l'effet de bascule, au sein des malades chroniques, entre ALD et non ALD.

Cet effet ne concerne pas les tumeurs malignes, puisque les patients sont tous en ALD, mais il est net par exemple pour les malades cardio-vasculaires : contrairement au diabète ou aux tumeurs, l'effectif total de malades chroniques cardio-vasculaires évolue légèrement à la baisse entre 2005 et 2009 (de l'ordre de -0,5% par an). Le mouvement qui s'opère est un mouvement de bascule vers les ALD au sein de cette population globale (+4,5% pour les ALD, -2,8% pour les patients prenant des traitements chroniques cardio-vasculaires).

Cette évolution pose question : est-ce que le degré de gravité des maladies augmente, expliquant un passage vers des soins plus lourds qui conduisent à l'exonération, ou bien est-ce que la prise en charge à 100% s'applique à des patients de plus en plus légers ?

Un faisceau d'éléments tend à montrer qu'il y a effectivement, derrière l'augmentation de la part des ALD, une augmentation de la prévalence des états plus sévères et du degré de lourdeur des pathologies prises en charge.

L'enquête ENTRED sur les patients diabétiques a ainsi montré que malgré un meilleur suivi des patients et une meilleure normalisation du diabète, on observe entre 2001 et 2007 une augmentation de la fréquence des complications (complications coronariennes, mal perforant plantaire,...)⁴. Outre un meilleur dépistage de ces complications, l'explication de ce paradoxe

³ Source : enquête ENTRED

tient sans doute à l'accroissement de la durée de vie des patients diabétiques, y compris des diabétiques âgées⁴, ce qui a pour corollaire l'augmentation de la prévalence des états compliqués (qui antérieurement entraînaient un décès plus précoce).

L'accroissement de la prévalence du diabète entraîne corrélativement une augmentation du risque cardio-vasculaire et des formes aggravées de ces pathologies : au sein de la catégorie des pathologies cardio-vasculaires, la part des patients diabétiques augmente⁵, or ceux-ci constituent, notamment s'ils sont hypertendus, une population à haut risque vasculaire nécessitant un suivi et un accompagnement médical plus lourd que les malades traités uniquement pour hypertension artérielle (HTA) et qui représentent la part la plus importante des malades chroniques vasculaires. L'accroissement rapide de la population de diabétiques est donc à l'origine d'une partie du transfert de la population des patients hypertendus vers les segments de populations plus graves et plus lourds, car plus à risque.

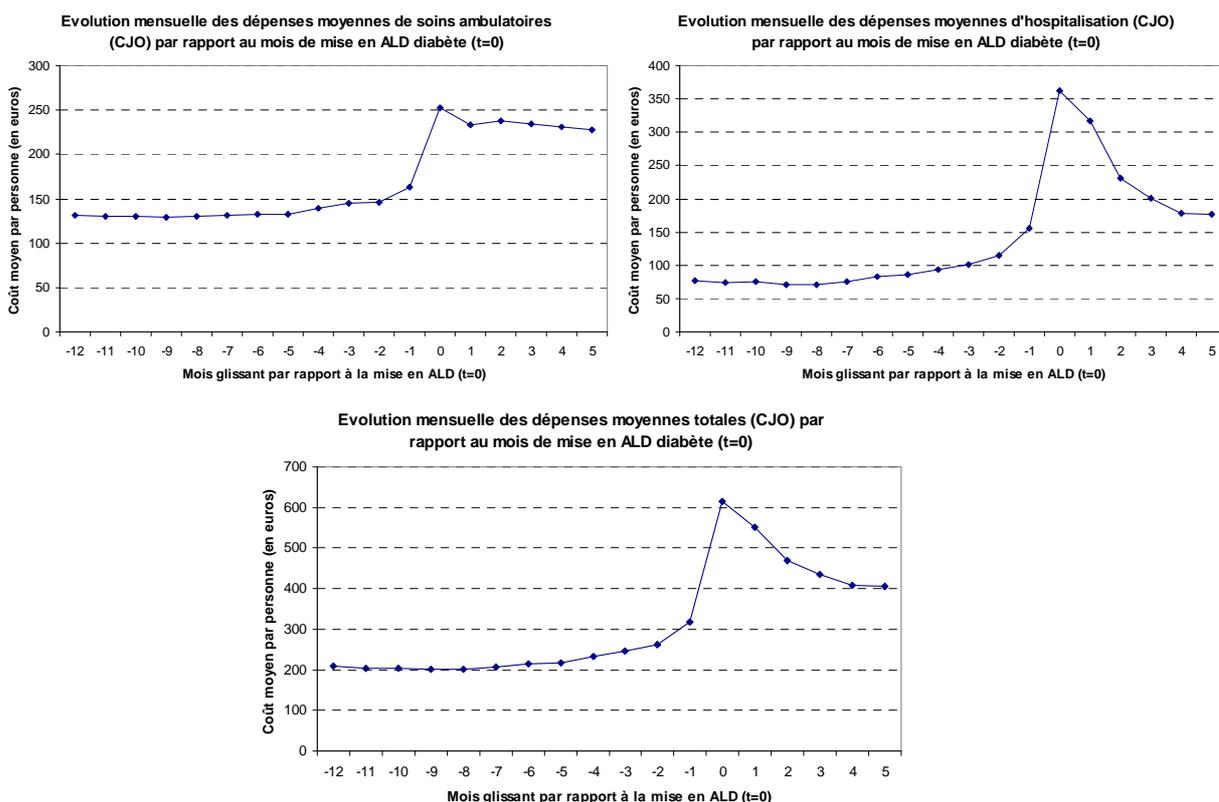
Par ailleurs la baisse constante de la mortalité cardiovasculaire est à l'origine, comme pour le diabète, d'une augmentation mécanique de la prévalence des patients atteints de pathologies lourdes et sévères.

Le déplacement vers les ALD recouvre donc, au moins pour une part, un phénomène réel d'accroissement des formes plus graves et plus sévères des maladies.

Une analyse réalisée sur les patients diabétiques montre d'ailleurs que leur passage en ALD est bien concomitant d'une augmentation moyenne très significative des dépenses, sans doute lié à un épisode d'aggravation de la maladie. Le mois de mise en ALD, les dépenses d'hospitalisation sont multipliées par 2.3 par rapport au mois précédent. Les soins ambulatoires s'accroissent également, notamment les dépenses d'auxiliaires médicaux, de dispositifs médicaux et de transport qui sont multipliées par respectivement 1.3, 1.9 et 1.8 le mois de mise en ALD (graphiques ci-dessous).

⁴ On observe en effet une baisse significative de la mortalité, estimée à -11,8% entre 2001 et 2007 à structure démographique identique.

⁵ Rappelons que les effectifs de patients diabétiques sont répartis entre le segment « diabète » et le segment « pathologies cardiovasculaires » lorsqu'ils sont exonérés au titre des deux pathologies. Voir encadré ci-dessous.



En conclusion, si l'on résume les éléments tirés de ces analyses, l'évolution du nombre de patients atteints de pathologies sévères et exonérés à ce titre peut refléter :

- L'augmentation du nombre de patients traités, du fait :
 - de l'accroissement des facteurs de risque liés aux modes de vie (diabète) ;
 - de pratiques de détection plus précoce de la pathologie (cancer) ;
 - de la disponibilité de nouveaux traitements plus performants conduisant à traiter plus de patients (maladies inflammatoires chroniques sévères, rhumatologiques et digestives) ;
- et/ou l'augmentation du degré de gravité des maladies (diabète, maladies cardio-vasculaires) résultant d'abord de la plus grande fréquence des comorbidités (l'HTA associée au diabète, et réciproquement).

Quelles conséquences en tirer en termes de régulation de la dépense ?

- 1) il ne faut pas se focaliser sur la seule dimension de « mécanisme administratif d'exonération » de l'ALD ; notre système offre aux patients atteints de pathologies lourdes et chroniques des traitements qui se développent sans cesse, avec des résultats réels en termes de survie, mais aussi avec comme conséquence, paradoxalement, un alourdissement de la morbidité prévalente, du moins pour certaines pathologies comme les affections cardio-vasculaires au sens large (incluant le diabète).
- 2) La maîtrise médicalisée des dépenses doit se déployer sur les pathologies lourdes qui sont les moteurs de la croissance et d'abord en agissant en amont de la dépense

(prévention primaire, programmes de dépistage organisés quand ceux-ci ont fait la preuve de leur efficacité).

- 3) Par ailleurs, le fait qu'il y ait globalement des progrès médicaux ne signifie pas pour autant que les moyens mis en œuvre sont employés de manière optimale, et que toute dépense médicale est utile. Les stratégies de prévention et de traitement de ces maladies peuvent donner lieu à une évaluation médico-économique, qui est d'autant plus nécessaire que les besoins à couvrir augmentent. Ainsi en est-il par exemple du dépistage précoce du cancer de la prostate pour les patients âgés. De la même manière, les processus de soins qui se développent pour certaines pathologies chroniques pourraient être optimisés (voir plus loin les parties constats et propositions). Enfin compte tenu des progrès techniques et médicaux permettant la guérison d'un nombre de plus en plus important de patients, la question du maintien en ALD de ces personnes pourrait être étudiée (cf article 35 LFSS 2010).
- 4) Les données disponibles montrent qu'on peut progresser **à la fois sur la qualité et sur l'efficience** : l'enjeu est de soigner mieux, en fournissant des soins utiles et en les organisant mieux.

Encadré : les effectifs de patients atteints de pathologies sévères calculés pour l'analyse par segment de patient – cohérence avec les chiffres publiés sur les effectifs d'ALD

Dans l'analyse des dépenses par segment de patients, pour éviter de comptabiliser plusieurs fois les patients polyopathologiques, une personne qui a deux affections graves exonérantes est comptabilisée pour 1/2 dans chacun des segments.

Ceci a deux conséquences :

- Pour une pathologie donnée, les effectifs en valeur absolue sont inférieurs aux effectifs réels de patients exonérés au titre de cette pathologie. Par exemple, le nombre de patients comptabilisés au titre du diabète est de 1 306 000 personnes en 2008, alors qu'on recense 1 641 000 patients en ALD à ce titre au régime général : mais une partie de ces patients ont d'autres pathologies, notamment pathologies cardio-vasculaires, néphropathies, etc. Ils ne sont donc pas comptés en totalité dans l'affection diabète. De la même manière, le nombre de patients comptabilisés au titre des cancers est de 1 443 000 au lieu des 1 696 000 personnes recensées, en 2008, comme exonérées pour leur cancer. En revanche, la somme des effectifs est bien égale au nombre total de personnes en ALD (8 286 000 personnes).

- comme le nombre moyen de pathologies par personne augmente dans le temps, cet écart existe non seulement pour les chiffres absolus, mais aussi pour les évolutions. Par exemple l'évolution des effectifs de patients en ALD pour cancer est de +6,3% en moyenne par an entre 2005 et 2008, mais l'évolution dans l'analyse par segment de patients n'est que de +5,2%.

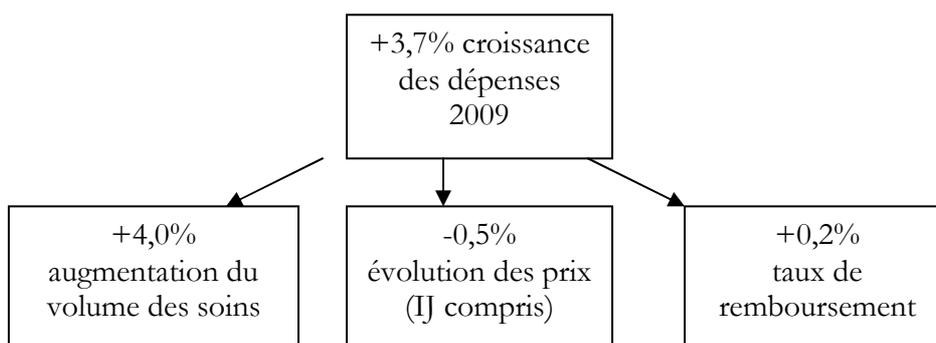
L'analyse menée dans le cadre du présent s'appuie sur les chiffres et évolutions redressés pour éliminer les doubles comptes. Ce point est important à préciser, pour éviter toute interrogation sur la cohérence avec les statistiques publiées par ailleurs sur les effectifs d'ALD.

Une comparaison détaillée des deux méthodes figure en annexe.

1.5. *Les résultats 2009 : une évolution des volumes de soins de ville qui s'inscrit dans la tendance des années précédentes*

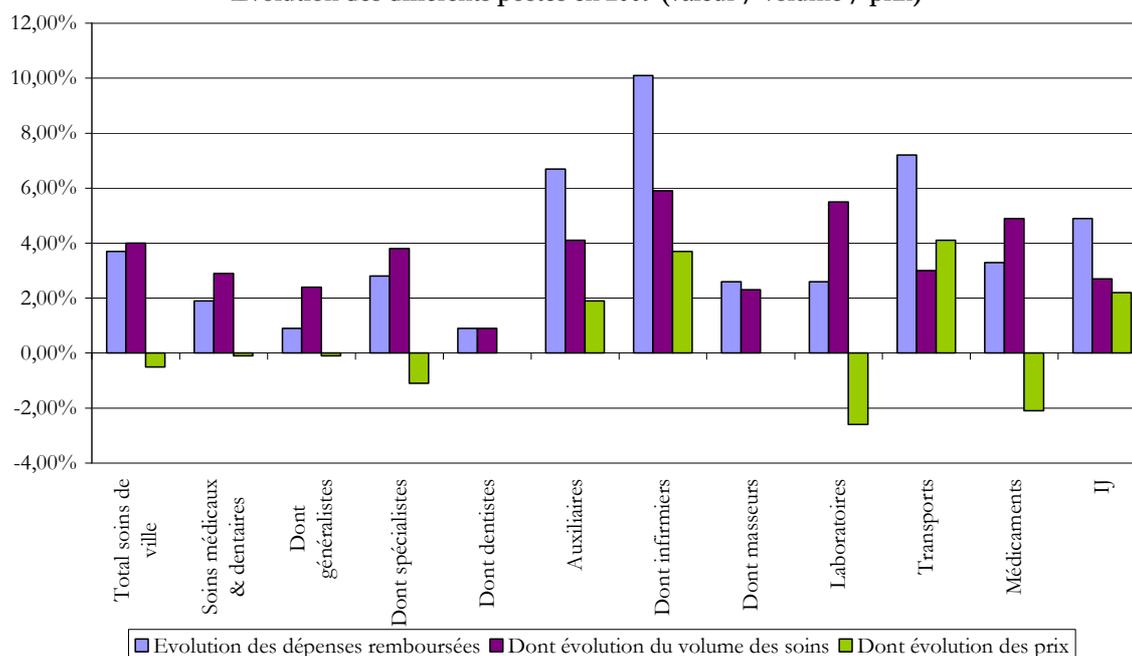
Sur la période 2005-2008 où a été conduite l'analyse par segment de patients présentée ci-dessus, l'évolution globale des volumes de soins a été de +3,5% en moyenne pour les soins de ville, et +4,1% si l'on ne considère que les soins en nature, hors indemnités journalières. La baisse très forte des volumes d'arrêts de travail en 2006 et 2007 a eu en effet un impact sensible sur l'évolution d'ensemble.

Depuis 2008 les indemnités journalières ont retrouvé une évolution à la hausse, et l'évolution du volume des soins de ville en 2009 est conforme à la tendance 2005-2008 hors IJ : +4% (régime général)⁶. L'évolution des prix est globalement négative, du fait d'une politique tarifaire rigoureuse avec des baisses de prix dans les secteurs des médicaments, de la biologie, de la radiologie, et l'absence de revalorisations tarifaires pour la plupart des professionnels (à l'exception des infirmières et des transporteurs). Compte tenu d'une légère augmentation du taux moyen de remboursement, la croissance des dépenses s'établit à 3,7%.



⁶ Evolution en date de soins

Evolution des différents postes en 2009 (valeur / volume / prix)



L'évolution des dépenses de soins de médecins et dentistes est très modérée : + 1,9%. Pour les soins de généralistes (qui représentent 5 milliards d'€ remboursés, soit 4% de l'ONDAM), le nombre d'actes est stable, à peu de choses près, depuis une dizaine d'années, aux pics épidémiques près⁷. Pour les soins de spécialistes, les baisses de prix ont un impact significatif (-1,1%). Les dépenses de soins de spécialistes évoluent régulièrement depuis quelques années autour d'un peu moins de 3% par an.

Des baisses de prix contribuent également à la modération des dépenses concernant la prescription de médicaments, mais l'on observe également un ralentissement des volumes par rapport à la tendance passée – on entend ici par volume non seulement le nombre de boîtes, mais aussi la déformation de la structure des médicaments vers des médicaments plus chers. Alors que l'on constatait couramment des évolutions annuelles de l'ordre de 7% par an, la croissance du volume est de +4,9% en 2009.

D'autres postes sont plus dynamiques et tirent la croissance vers le haut, notamment les transports (+7,2%), les soins d'auxiliaires (+6,7%), les arrêts de travail (+4,9%). Pour les transports, l'augmentation s'explique pour plus de moitié par des hausses tarifaires – conséquences des accords signés avec les entreprises de transports sanitaires, mais aussi des hausses des tarifs préfectoraux pour les taxis. Le volume de transports, lui, apparaît mieux maîtrisé qu'auparavant. Sur la période 2000-2006, il s'accroissait de +6,5% par an en moyenne ; les programmes de maîtrise lancés en 2007 ont permis un ralentissement significatif : +3,3% en 2007, +2,1% en 2008. La légère reprise en 2009 (+ 3,0%) demeure donc très en deçà de la tendance passée.

De la même façon, pour les auxiliaires, on observe un ralentissement net de la croissance soins de masseurs kinésithérapeutes pour la deuxième année consécutive (+2,3% en volume, en net recul par rapport à la tendance passée). En l'absence de revalorisations tarifaires, ces soins de rééducation en ville comptent, comme les honoraires médicaux et les analyses de laboratoire, parmi les postes dont la croissance est la plus faible. Les soins infirmiers restent en revanche

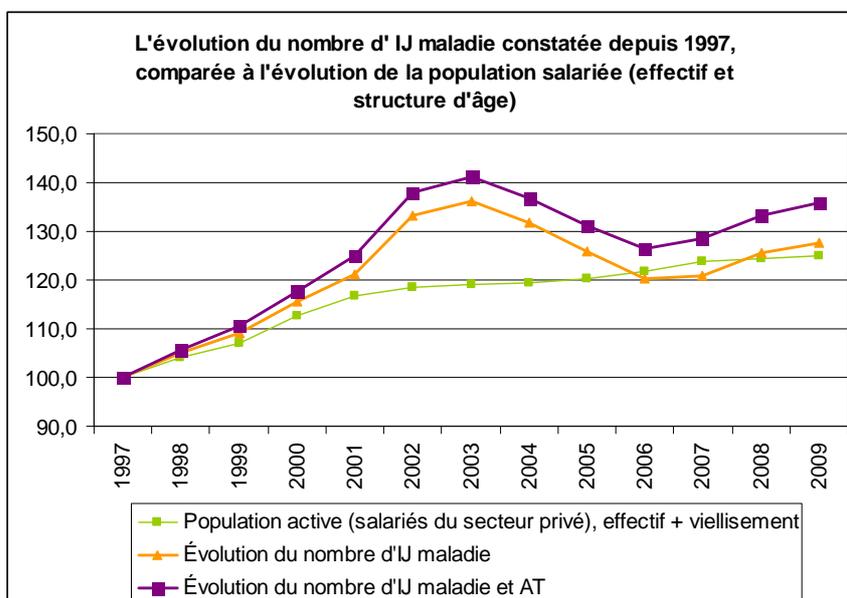
⁷ C'est d'ailleurs la présence de deux épisodes de grippe, la grippe saisonnière en début d'année et la grippe H1N1 en fin d'année, qui explique une activité plus soutenue des généralistes l'année dernière que les années précédentes (+2,4% en volume).

très dynamiques (+10,1%). Un tiers de cette croissance est due à la revalorisation des tarifs des actes, mais le nombre d'actes reste soutenu (+5,9%), bien qu'un peu plus faible que la moyenne constatée sur les années passées (de l'ordre de 6,5% par an).

Il faut rappeler que les soins infirmiers sont concentrés sur les patients âgés (70% des dépenses concernent des patients de 70 ans et plus) et que l'impact du vieillissement, s'il est faible pour l'ensemble des soins (0,5 point), est plus significatif dans ce secteur (+1,7 point). L'évolution est également à mettre en rapport avec la croissance démographique rapide de cette profession sur les dernières années (+4,3% d'effectifs en moyenne par an depuis 2005).

Avec +4,9% d'évolution des dépenses, les indemnités journalières restent sur une tendance assez dynamique (+2,7% en volume). Une partie de l'augmentation du nombre d'IJ est expliquée par l'évolution de la population active (graphique ci-dessous). L'épidémie de grippe de fin d'année a induit également un surcroît d'arrêts de travail de courte durée, dont l'impact peut être estimé dans une fourchette de 0,5 à 0,9 point.

Ces constats, conjugués avec un ONDAM contraint, mettent en évidence les faibles marges de manœuvre dont dispose l'assurance maladie pour financer des efforts d'organisation du système via notamment la mise en place de nouveaux modes de rémunération.



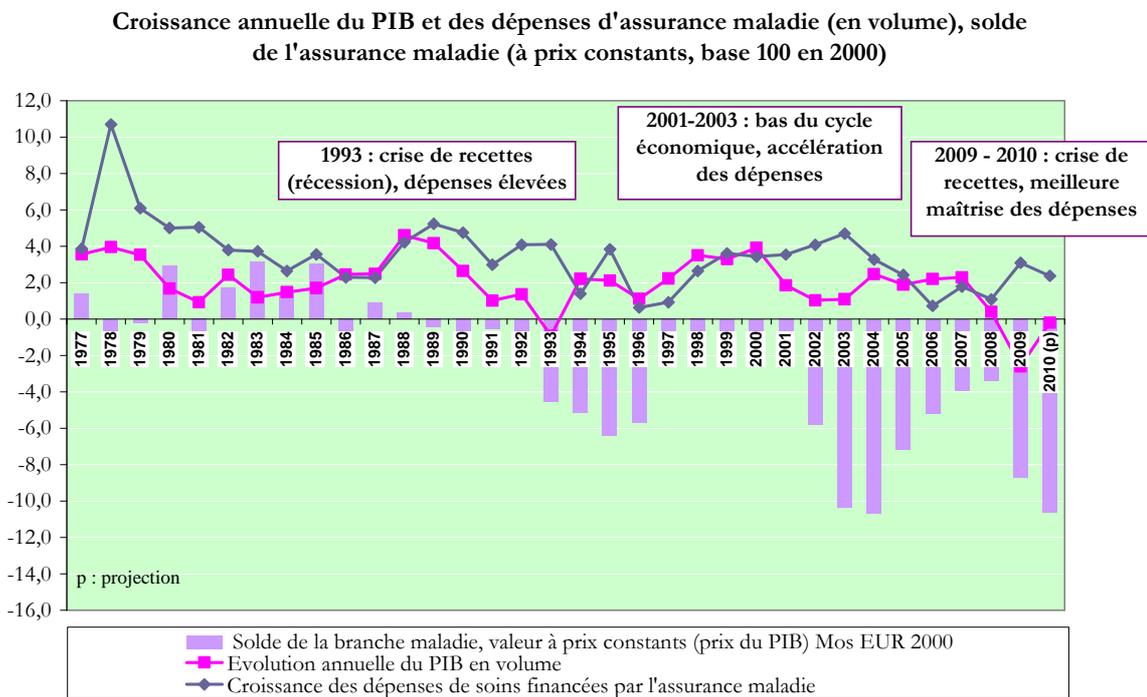
2. UNE CRISE DE RECETTES SANS PRECEDENT

Après plusieurs années de forte croissance des dépenses, l'effort continu de maîtrise des dépenses entre les années 2004 et 2009 avait permis de réduire la croissance des dépenses d'assurance maladie à un taux annuel d'environ 3 à 3,5 %. Parallèlement, le déficit s'est progressivement réduit pour atteindre 4,4 milliards d'euros en 2008.

Ce redressement progressif a été brutalement interrompu par la crise économique. En effet, cette dernière s'est traduite par une réduction nette des recettes en 2009 d'un peu moins de 1 % en euro courant, ce qui n'était jamais arrivé depuis la création de la sécurité sociale. Ainsi, sous l'effet de cette baisse des recettes, lié à la montée du chômage et à la contraction de la masse salariale, le déficit a plus que doublé pour atteindre 10,6 milliards d'euros.

La situation en 2010 apparaît un peu plus favorable. La masse salariale a repris une progression positive et les recettes de l'assurance maladie devraient croître de 1,6 % d'après la commission des comptes de la sécurité sociale.

Néanmoins, ce retour à la croissance est insuffisant pour stopper la dégradation des comptes de l'assurance maladie et le déficit pourrait atteindre un niveau record au-delà de 13 milliards d'euros (un peu plus de 10 milliards d'euros au prix de l'année 2000, cf. graphique suivant).



L'ampleur de l'impact est sans comparaison avec les deux autres crises financières qu'a traversées l'assurance maladie depuis une quinzaine d'années, au début des années 2000 et au début des années 90 :

- le creusement du déficit entre 2001 et 2003 correspondait certes au bas d'un cycle économique, mais cet effet conjoncturel n'expliquait qu'un quart à un tiers de l'effet de

ciseau que l'on observait alors entre les dépenses et les recettes : l'essentiel provenait d'une accélération des dépenses, avec un rythme de 4 à 5 points par an en volume en 2002-2003 ;

- l'impact de la dégradation de la conjoncture économique a été plus fort au début des années 90, avec une récession en 1993, mais beaucoup moins forte (-0,5%) que celle de 2009 : une contraction de 3% du PIB prévue cette année. Par ailleurs, lors de cette période, le rythme d'évolution était resté soutenu - environ 4% par an en volume - ce qui a amplifié le décalage entre recettes et dépenses.

La situation observée en 2009 et présente donc des différences avec les deux crises précédentes : les dépenses d'assurance maladie sont mieux maîtrisées, mais la récession économique est beaucoup plus importante, conduisant à des pertes de recettes beaucoup plus massives.

Le choc conjoncturel des recettes rend d'autant plus nécessaire d'accroître l'efficacité du système de santé. Les tendances de fond à la croissance des dépenses demeurent : quelles que soient les décisions prises sur les équilibres globaux des finances publiques, seule la mobilisation continue de gains d'efficacité peut nous permettre, à moyen et long terme, de continuer à intégrer les progrès techniques et les avancées des traitements tout en maintenant un haut niveau de remboursement des soins.

3. DES MARGES D'EFFICIENCE PEUVENT ETRE MOBILISES PAR L'OPTIMISATION DES PARCOURS DE SOINS

Le système de soins français est considéré au niveau international comme délivrant des soins de bonne qualité mais plutôt coûteux et insuffisamment organisés. Les études menées par l'assurance maladie, sans remettre en cause la qualité globale, montrent une variabilité importante (en terme de sur-mortalité évitable avant 60 ans par exemple) . La question qui se pose alors est celle de l'insuffisance de « l'assurance qualité ».

En ce qui concerne l'organisation du système de santé, la loi HPST, avec la création des ARS, a pour ambition de remédier à ces défauts, notamment en privilégiant une approche plus transversale entre l'ambulatoire, la prévention, les établissements sanitaires et médico-sociaux. Une meilleure organisation peut conduire à une diminution des coûts mais la réforme n'a pas encore produit d'effet.

En tout état de cause, l'évolution de l'organisation seule ne permettra pas de résoudre le problème du niveau élevé du coût de notre système de santé et de l'évolution supérieure à celle de la richesse de notre pays des dépenses de l'assurance maladie.

Un effort global apparaît nécessaire. Il passe par une évaluation plus systématique des disparités des pratiques des professionnels et des parcours de soins des assurés pour déterminer les plus efficaces et favoriser leur développement. Il passe aussi par un parangonnage plus étendu avec les systèmes de soins étrangers pour retenir les méthodes de gestion les plus efficaces et remettre en cause certaines caractéristiques de notre système qui peuvent conduire à des rentes ou des inefficiences d'organisation.

Les éléments ci-dessous apportent une contribution à cette recherche de gains d'efficience.

3.1. La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie passe par la maîtrise des dépenses de santé

La dépense de santé en France est prise en charge aux trois quarts par l'assurance maladie obligatoire même si ce taux tend légèrement à diminuer. L'assurance maladie complémentaire prend en charge 14 % de la dépense et les patients directement environ un dixième. Cette part prise en charge par les patients est constituée d'une partie des tickets modérateurs et des franchises, d'une partie des dépassements d'honoraires, mais aussi de prestations non remboursables.

Les évolutions des conditions de prise en charge au cours des vingt dernières années ont peu modifié cet état de fait. En effet, tant la dépense que la croissance de la dépense sont concentrées sur les personnes dont le coût des soins est élevé. Or, ces dépenses sont difficilement transférables à des organismes complémentaires ou assurés du fait de leur niveau individuelle et leur relative prédictibilité (lien avec l'âge et les dépenses antérieures pour les pathologies lourdes).

Ainsi, un transfert vers les organismes complémentaires ou les assurés peut réduire des difficultés financières ponctuelles mais pas les difficultés structurelles qui sont à l'origine du déséquilibre actuel de l'assurance maladie.

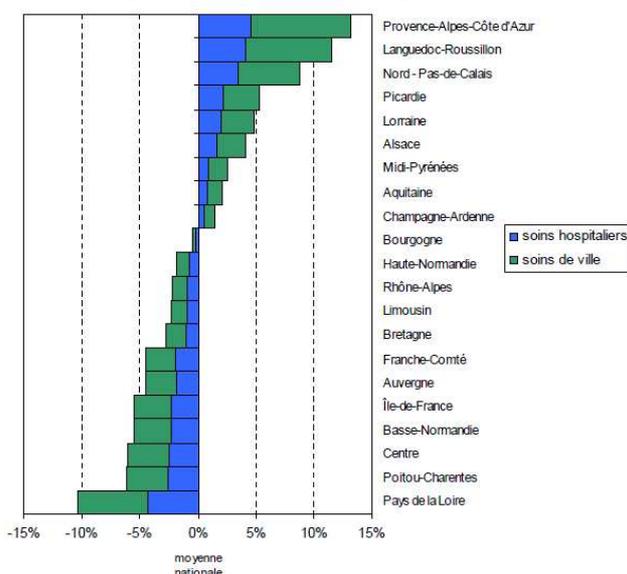
3.2. *D'importantes disparités sont observées tant dans les pratiques médicales que dans les recours aux soins. Elles entraînent des disparités dans la dépense de santé*

Mesurer l'hétérogénéité des pratiques est sûrement le moyen le plus pertinent pour s'interroger sur la pertinence de ces dernières et l'utilité des actes associés. Il est impossible d'espérer une parfaite homogénéité des pratiques tant les contextes entre deux patients et deux professionnels peuvent être différents. En revanche, une observation de pratiques différenciées doit conduire à se poser la question des facteurs explicatifs et, au cas où ces facteurs sont insuffisants pour expliquer la différence, la question des moyens de réduire l'hétérogénéité résiduelle.

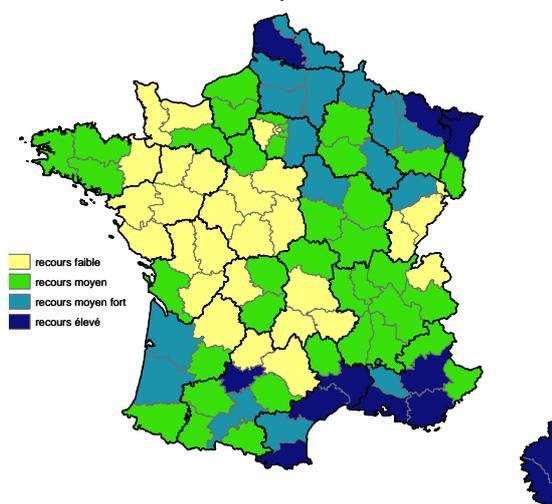
3.2.1. Disparités géographiques : le niveau de la dépense et la qualité des soins ne sont pas toujours corrélés

A structure démographique comparable, la consommation de soins varie de 26% entre régions extrêmes⁸, l'amplitude étant plus importante pour les soins de ville (40%) que pour les soins hospitaliers (17%). Entre départements, l'écart est de 50%⁹.

Répartition des régions selon l'écart par rapport à la moyenne nationale du niveau de consommation de soins totale standardisée par personne



Niveau de consommation de soins standardisée sur l'âge (soins de ville et hospitalisation) par personne en 2007 niveau départemental



⁸ Dépense moyenne par habitant pour les soins ambulatoires et les soins hospitaliers de court séjour, standardisée sur l'âge. Pour les soins hospitaliers, la dépense a été reconstituée en valorisant les séjours hospitaliers avec les mêmes tarifs de GHS, qu'ils soient réalisés dans le secteur public ou dans le secteur privé. Ainsi les écarts mis en évidence ne résultent pas de différences de tarification, mais bien de différences de volume de recours aux soins. Les dépenses hospitalières comprennent non seulement les frais de séjour, mais également, dans les établissements privés, les honoraires médicaux, analyses, etc. rattachées au séjour hospitalier.

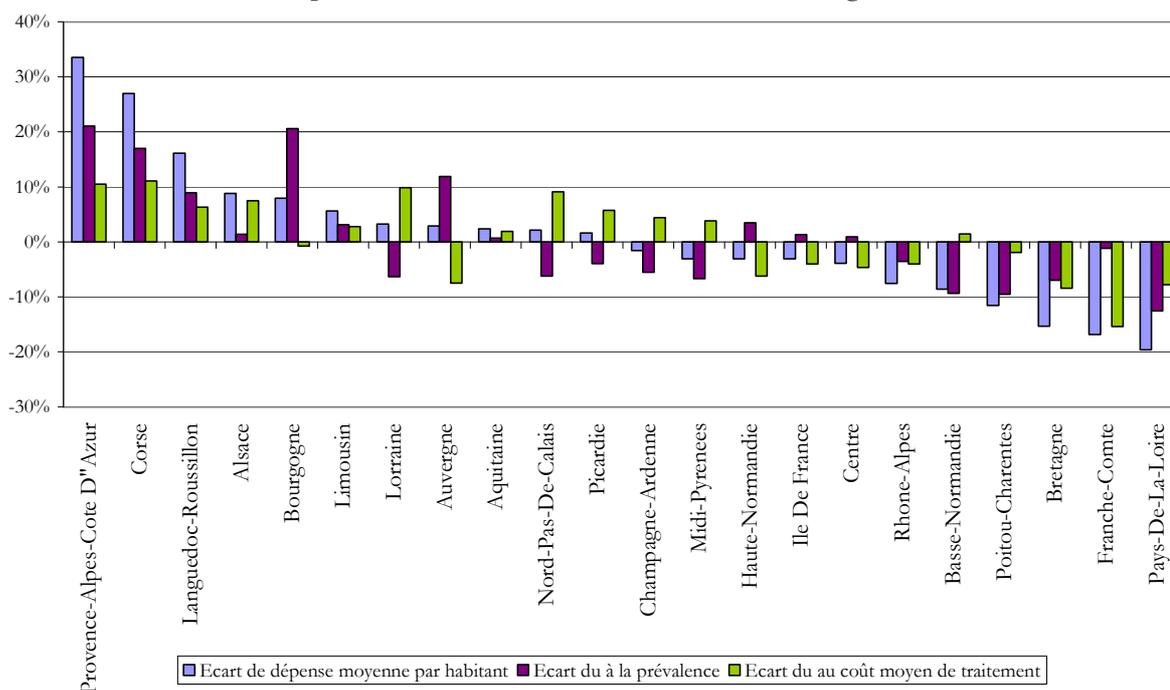
⁹ En France métropolitaine. Hors Corse l'écart est de 40%.

La structure des dépenses entre soins de ville et soins hospitaliers varie également. Les dépenses élevées du sud de la France sont surtout le fait des soins de ville alors que les régions du nord-est, également fortement consommatrices de soins, le sont particulièrement pour les soins hospitaliers. Les régions du Centre-Ouest ont des niveaux de consommation plus faibles aussi bien en soins de ville qu'en soins hospitaliers.

Ces écarts ne sont expliqués que partiellement par des différences d'état de santé et donc de besoins de soins des populations. Ainsi, des travaux récents de la DREES estiment que la fraction des disparités explicables par les caractéristiques démographiques et épidémiologiques des populations est d'un tiers pour les soins de ville, d'un peu plus de 40% pour les soins hospitaliers¹⁰. Une part importante est donc liée aux différences de coûts de traitement, à pathologie comparable.

Une autre illustration peut être donnée sur le coût de la prise en charge des affections de longue durée. Rapporté à la population totale de la région, il varie en 2007 de 870 € à 1450 €, soit un écart de -20% à +34% par rapport à la moyenne¹¹. 60% de cet écart est explicable par des différences de prévalence des maladies, et 40% par des différences dans les coûts moyens de traitement, qui varient de 30% entre régions extrêmes.

Décomposition des écarts de coût des affections de longue durée

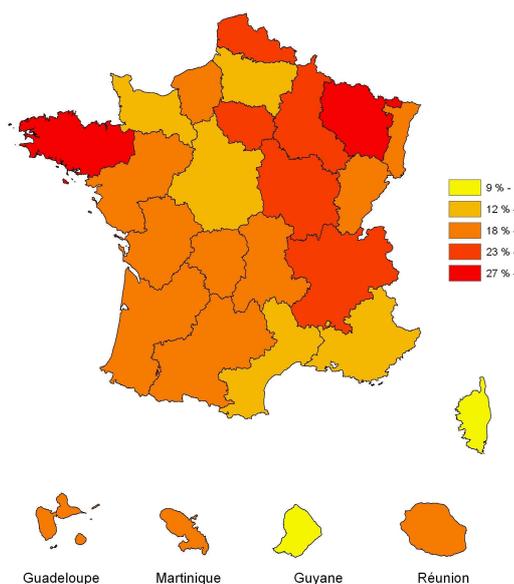


¹⁰ Source : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2010 - Annexe 7 : ONDAM et dépense nationale de santé. L'étude analyse les dépenses moyennes par habitant constatées, et les dépenses moyennes corrigées, après neutralisation des écarts concernant la part des plus de 65 ans, l'indice comparatif de mortalité et la prévalence standardisée des ALD.

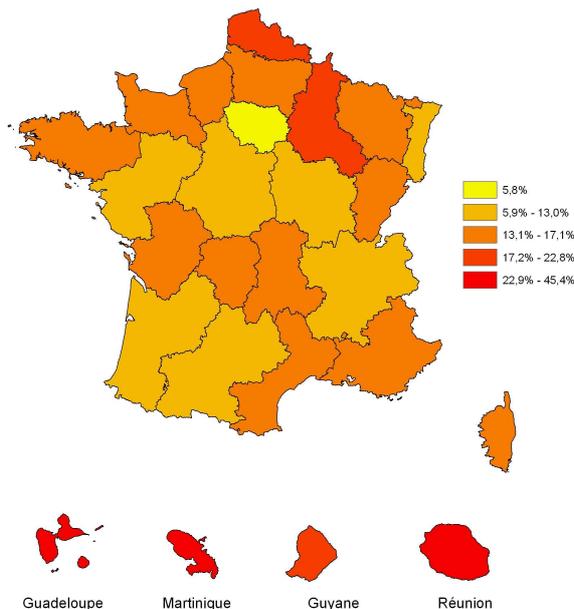
¹¹ La moyenne est de 1100 € (sur un champ limité à l'ambulatoire et à l'hospitalisation de court séjour, à l'exclusion du moyen séjour, de la psychiatrie, du médico-social et des indemnités journalières, soit un agrégat d'environ 115 MD€ en 2007, dont les ALD représentent un peu plus de 60%).

Ces écarts dans les coûts moyens de traitement pour des pathologies identiques peuvent refléter des degrés de gravité variables, mais ils renvoient aussi à l'hétérogénéité des processus de soins. On peut en donner deux illustrations très concrètes concernant le diabète : en 2008, la part des patients qui ont été hospitalisés pour débiter un traitement par insuline varie de 10% à 30% selon les régions ; la part des patients insulino-traités qui ont recours à une infirmière libérale pour leurs injections d'insuline varie, après ajustement sur l'âge, de 6% à 45%.

% des diabétiques de type 2 mis sous insuline en 2008 qui ont été hospitalisés en endocrinologie pour cela (2008)

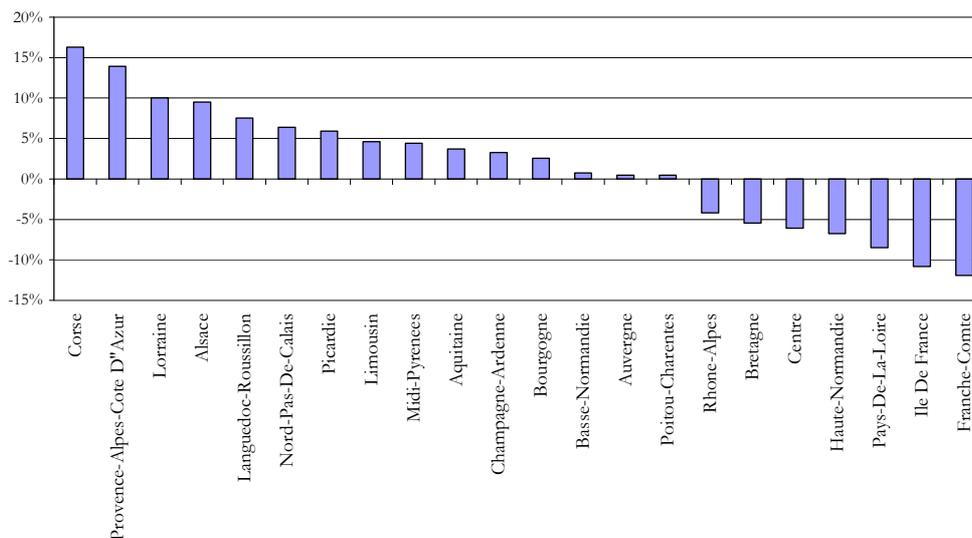


Taux de diabétiques insulino-traités qui ont recours à une infirmière libérale pour leurs injections d'insuline (ajusté sur l'âge) - 2008

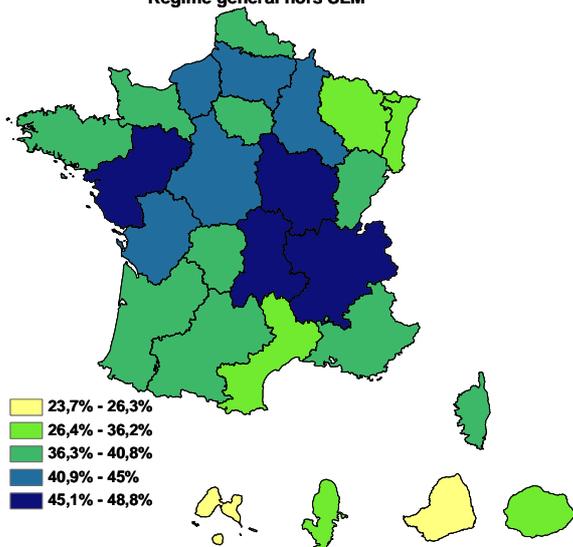


Par ailleurs, des dépenses élevées ne sont pas synonymes d'une qualité de soins meilleure : les régions de l'Ouest ont de bons indicateurs de qualité du suivi des patients diabétiques, alors que les dépenses moyennes des patients diabétiques y sont moins élevées que la moyenne (cf graphique et cartes ci-dessous).

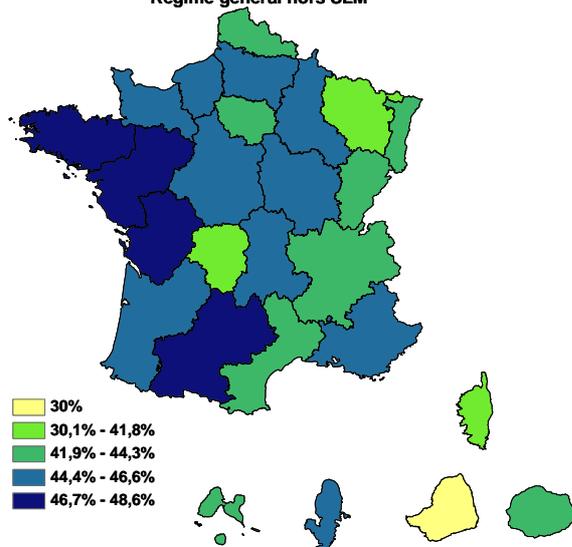
Dépenses moyennes des patients diabétiques : écart à la moyenne nationale



Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c indicateurs CAPI (région des omnipraticiens) à fin décembre 2009 Régime général hors SLM



Taux de patients diabétiques ayant eu un fond d'oeil indicateurs CAPI (région des omnipraticiens) à fin décembre 2009 Régime général hors SLM



Il y a donc des marges de manœuvre pour optimiser tout à la fois la dépense et la qualité du service rendu au patient. A titre d'illustration, si les coûts moyens de traitement régionaux étaient tous alignés sur ceux des trois régions les plus basses, les dépenses totales des patients diabétiques seraient inférieurs de 10% à ceux constatés aujourd'hui.

3.2.2. Disparités de recours à la chirurgie

La comparaison interdépartementale montre la grande hétérogénéité de recours aux soins chirurgicaux. Cette hétérogénéité conduit à s'interroger sur la pertinence des actes dans les départements où le recours est élevé mais aussi à une possible insuffisance des traitements dans les départements où le recours est faible.

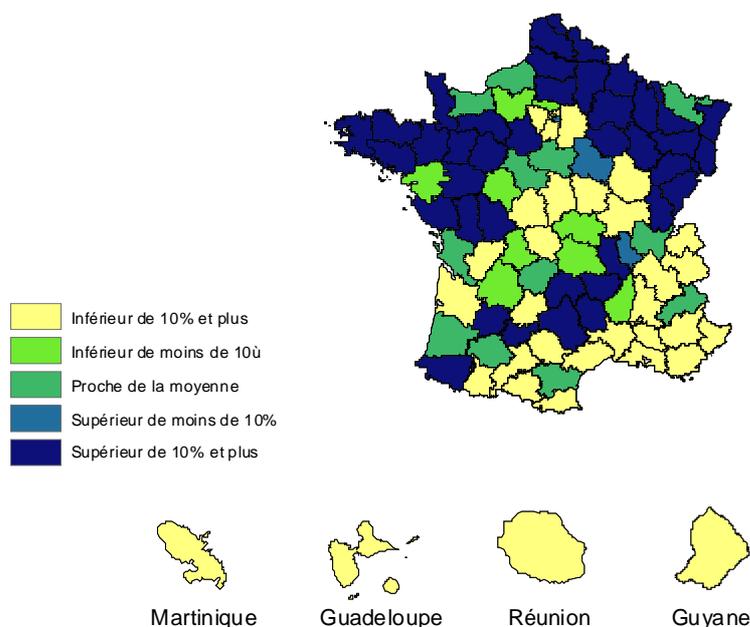
Cette préoccupation est partagée par la FHF qui l'exprimait dans un communiqué du 17 novembre 2009 « *Chaque professionnel de santé sait d'expérience que, si certaines variations de pratique peuvent se justifier dans l'exercice de l'art médical, d'autres différences sont beaucoup moins légitimes, parce qu'elles tiennent à la méconnaissance de référentiels de qualité, ou qu'elles sont l'expression d'intérêts économiques et non de la seule prise en compte des besoins du patient.* »

Parmi les nombreux actes étudiés, nous présentons ci-dessous les plus significatifs.

En ce qui concerne la chirurgie de la cataracte, une forte hétérogénéité des pratiques est observée. Pour une moyenne nationale de 958 interventions pour 100 000 habitants¹² en 2008 (942 en 2006), on constate un taux recours de 621 actes dans les Ardennes et de 1 600 dans la Charente. Après standardisation par âge et sexe et l'analyse d'autres variables, tels que l'offre de soins publique et libérale, la démographie, le contexte socio-économique et l'ensoleillement, 40% des écarts constatés restent inexpliqués.

Une autre analyse conduite sur les interventions des varices des membres inférieurs montre un écart important entre les départements.

Disparité régionale du taux de recours à la chirurgie des varices¹³



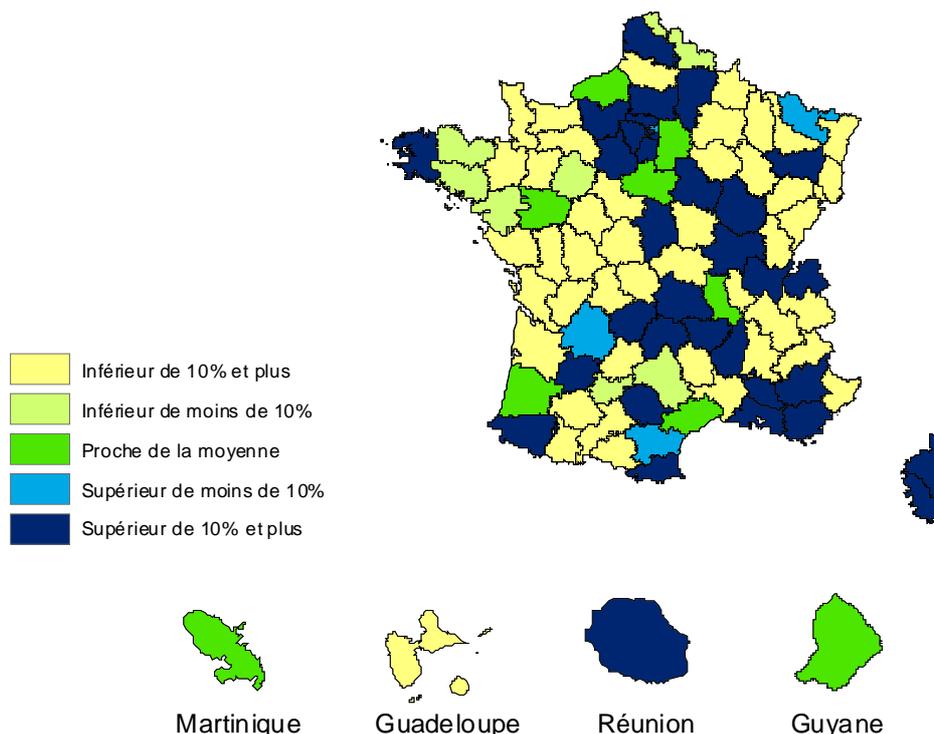
¹² France métropolitaine

¹³ La carte montre les différences de recours sur un indicateur standardisé de recours.

Affinée au niveau régional l'étude fait aussi apparaître des situations atypiques avec des niveaux d'activité et des taux de réhospitalisation très variables d'un établissement à l'autre dans un même département.

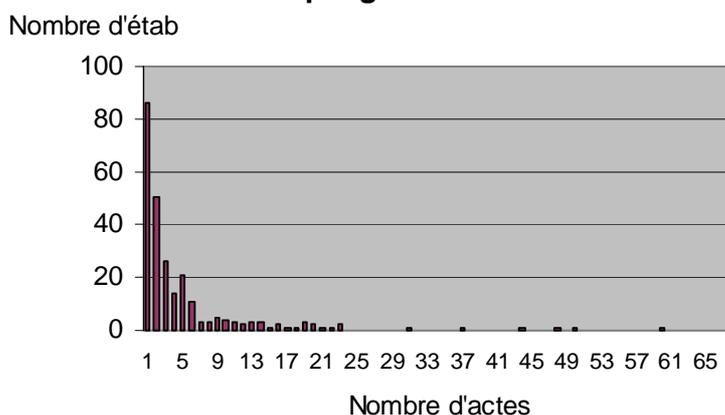
L'Assurance Maladie a également étudié des actes rares et lourds réalisés dans le traitement de certains cancers. L'œsophagectomie, la colectomie et la pancréatectomie nécessitent un haut niveau de technicité pour laquelle les revues scientifiques font un lien entre le volume d'activité et la qualité des soins.

Disparité régionale du taux de recours à l'œsophagectomie



Le recours à l'opération de l'œsophage, en 2008 varie de 1,2 (en Basse Normandie) à 3,1 (Bourgogne) pour 100 000 habitants (après standardisation en fonction de l'âge et le sexe). On note également que sur les 256 établissements ayant réalisés cette intervention en 2006, 60% des établissements (163) faisaient moins de 5 actes par an.

Oesophagectomies



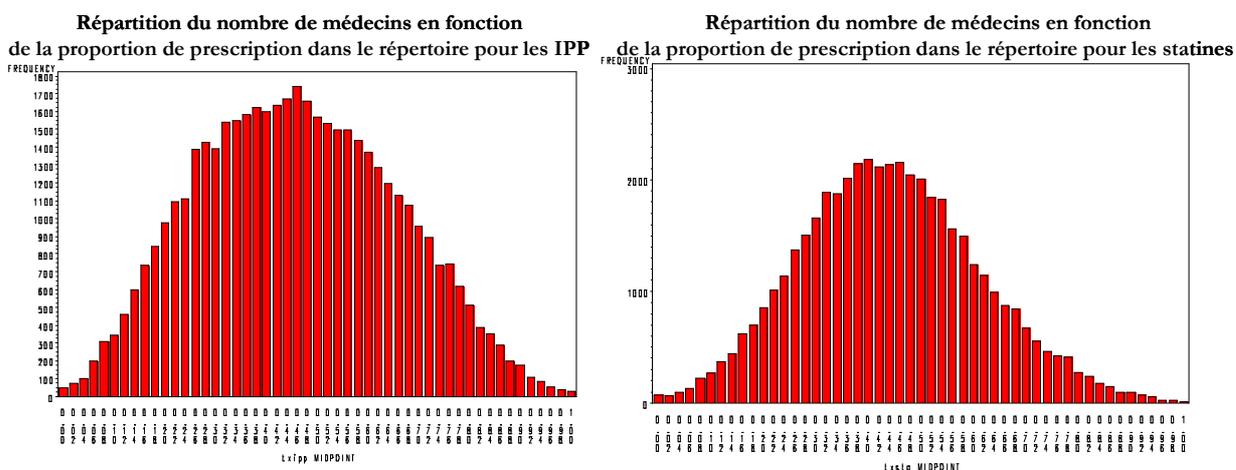
3.2.3. Disparités de pratiques de prescription médicamenteuse

Les données disponibles mettent en évidence non seulement une forte hétérogénéité géographique, mais aussi des écarts de pratiques selon les professionnels de santé. Ainsi, par exemple, lorsque l'on analyse la prescription de certaines classes médicamenteuses retenues dans les indicateurs du contrat individuel d'amélioration des pratiques (CAPI), il est frappant de noter que la proportion de médicaments appartenant au répertoire des génériques ou la répartition entre différents types de molécules varie beaucoup selon les médecins généralistes prescripteurs.

Les deux graphiques ci-dessous montrent par exemple la répartition des médecins selon le taux de prescription (en nombre de boîtes) dans le répertoire, pour les inhibiteurs de la pompe à protons et les statines (en 2007).

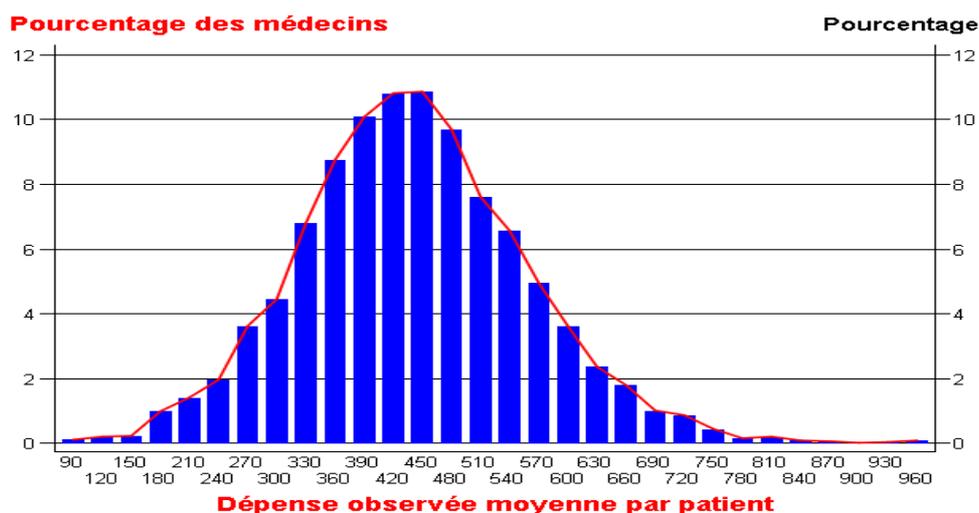
25% des praticiens prescrivent à plus de 60% dans le répertoire pour les IPP. A l'inverse, 25% en prescrivent dans moins de 30% des cas. De la même manière, 25% des praticiens prescrivent à plus de 55% dans le répertoire pour les statines tandis qu'à l'inverse, 25% en prescrivent dans moins de 32% des cas (graphiques ci-dessous).

Rappelons que pour ces deux exemples, la France est en moyenne, comparativement à d'autres pays, fortement utilisatrice des molécules nouvelles.



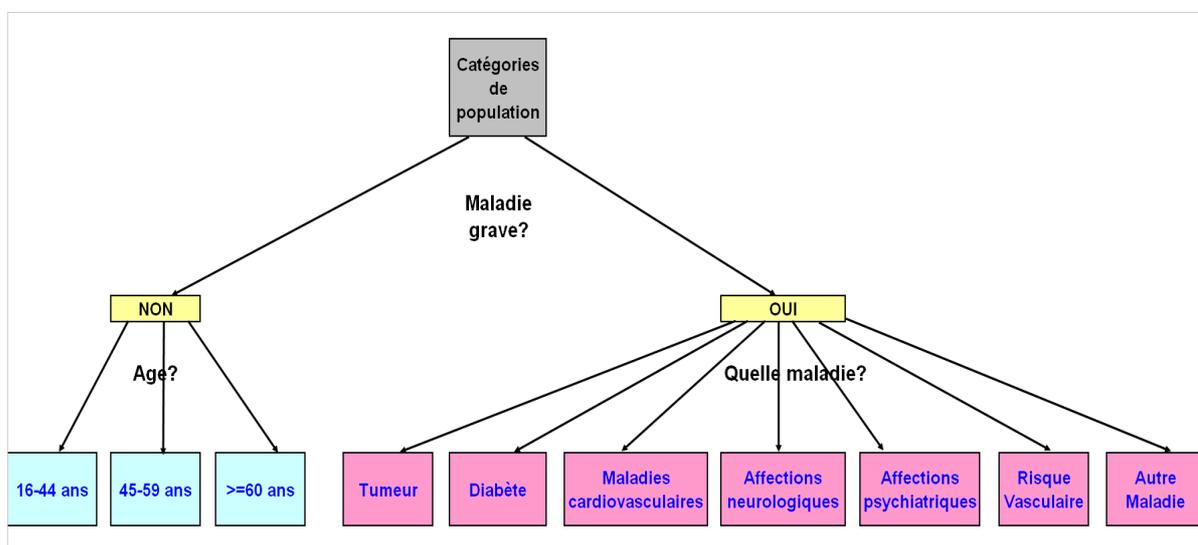
On peut imaginer qu'au-delà de ces indicateurs particuliers relatifs à telle ou telle classe thérapeutique, il existe au sein des médecins généralistes une dispersion globale du recours à la prescription médicamenteuse.

De fait, on observe des écarts entre médecins généralistes dans la dépense moyenne de médicament prescrite par patient (graphique ci-dessous).



Il est néanmoins difficile porter un jugement sur ces écarts de montants moyens de prescription par patient, car la patientèle peut différer d'un médecin à l'autre (proportion de patients âgées, de malades chroniques, de patients nécessitant des traitements particulièrement coûteux, etc.) et justifier tout ou partie des différences constatées¹⁴.

Pour tenir compte de ces écarts liés aux types de malades traités, des comparaisons ont été réalisées à patientèle identique. Pour cela, les patients ont été classés en catégories suffisamment homogènes du point de vue de leur niveau de consommation médicamenteuse : on distingue ainsi les patients selon les maladies dont ils sont atteints, et, s'ils n'ont pas d'affection grave, selon leur tranche d'âge, avec au final une classification en dix catégories en fonction de l'arborescence figurée ci-dessous.



Cette classification assez simple est déjà fortement explicative des différences de dépenses de médicaments et elle est lisible médicalement¹⁵.

¹⁴ L'argument de la patientèle peut être aussi avancé dans le cas des différences dans l'utilisation du répertoire générique ou des médicaments hypotenseurs analysées plus haut. Montrer qu'il n'est pas pertinent.

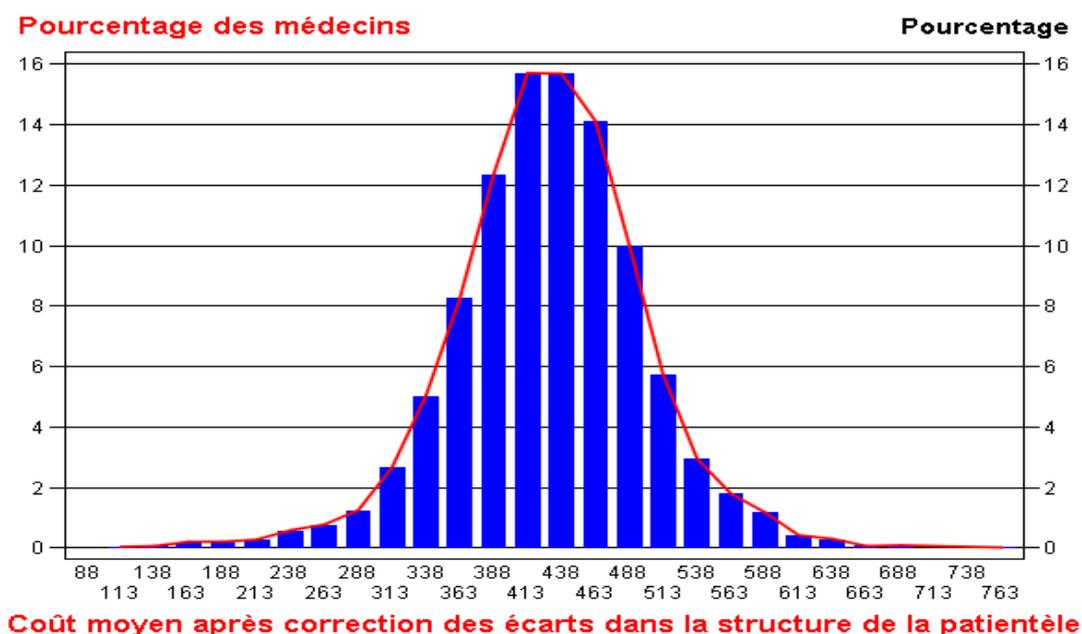
¹⁵ Des classifications plus complexes ont été testées, notamment en faisant intervenir le fait d'avoir été hospitalisé comme un marqueur de gravité, mais la précision apportée par ces variables complémentaires est limitée. A ce stade, s'agissant surtout de montrer les écarts de pratiques résiduels quand on prend en compte les différences de clientèle, une classification simple a paru suffisante.

Les dépenses moyennes annuelles de médicament varient de 105 € pour un patient jeune sans affection grave à 1250 € pour un patient ayant un diabète ou une affection cardio-vasculaire grave (tableau ci-dessous).

Numéro des classes	Classes	Pourcentage des patients selon les classes	Age moyen	Maladie grave	Dépense moyenne des médicaments par patient
1	Age 16-44	35,0	30	Non	105
2	Age 45-59	12,2	51	Non	140
3	Age >=60	5,0	68	Non	237
4	Tumeur	4,7	66	Oui	861
5	Diabète	5,7	64	Oui	1 238
6	Maladies cardiovasculaires	4,4	70	Oui	1 248
7	Affections neurologiques	4,4	56	Oui	850
8	Affections psychiatriques	9,8	50	Oui	615
9	Risque Vasculaire	16,7	61	Oui	584
10	Autre Maladie	2,1	54	Oui	886

Certaines pathologies peu fréquentes et qui induisent des dépenses très élevées ont été exclues, ainsi que des traitements très coûteux tels que les traitements d'hormones de croissance, les traitements spécifiques du Sida ou de l'hépatite, les traitements anticancéreux, etc. Les patients ayant des dépenses très élevées (au-delà de 5000 €) ont été également retirés de l'analyse, l'ensemble de ces exclusions ayant pour objectif d'éviter de pénaliser un médecin ayant dans sa clientèle des patients très onéreux.

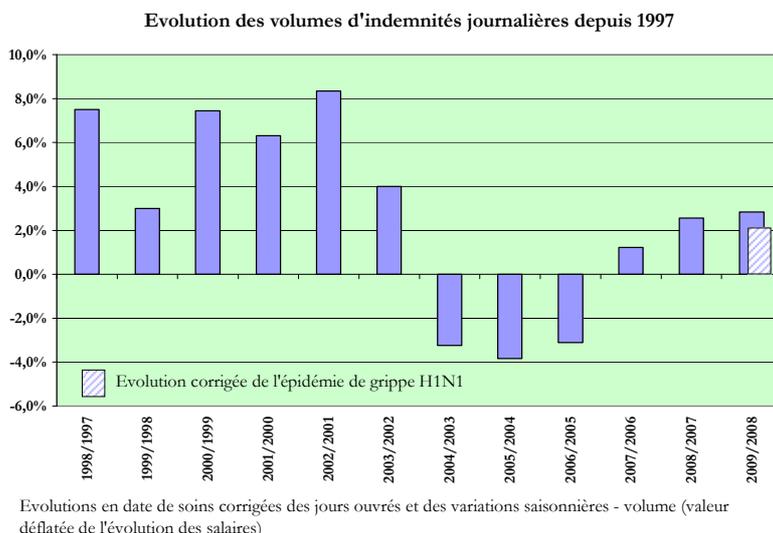
Des écarts de coûts moyens de médicaments prescrits par patient subsistent après correction des écarts dans la structure de la clientèle :



Pour 12% des médecins, la dépense par patient est supérieure de 15% ou plus à la dépense moyenne, à clientèle comparable. Leurs prescriptions sont élevées en général, c'est-à-dire que leurs dépenses moyennes par patient sont supérieures à la moyenne pour toutes les catégories de patients. Ramener ces médecins à la moyenne représente un enjeu financier de plus de 400 millions d'Euros (en gardant à l'esprit que la moyenne elle-même est élevée comparativement à beaucoup d'autres pays).

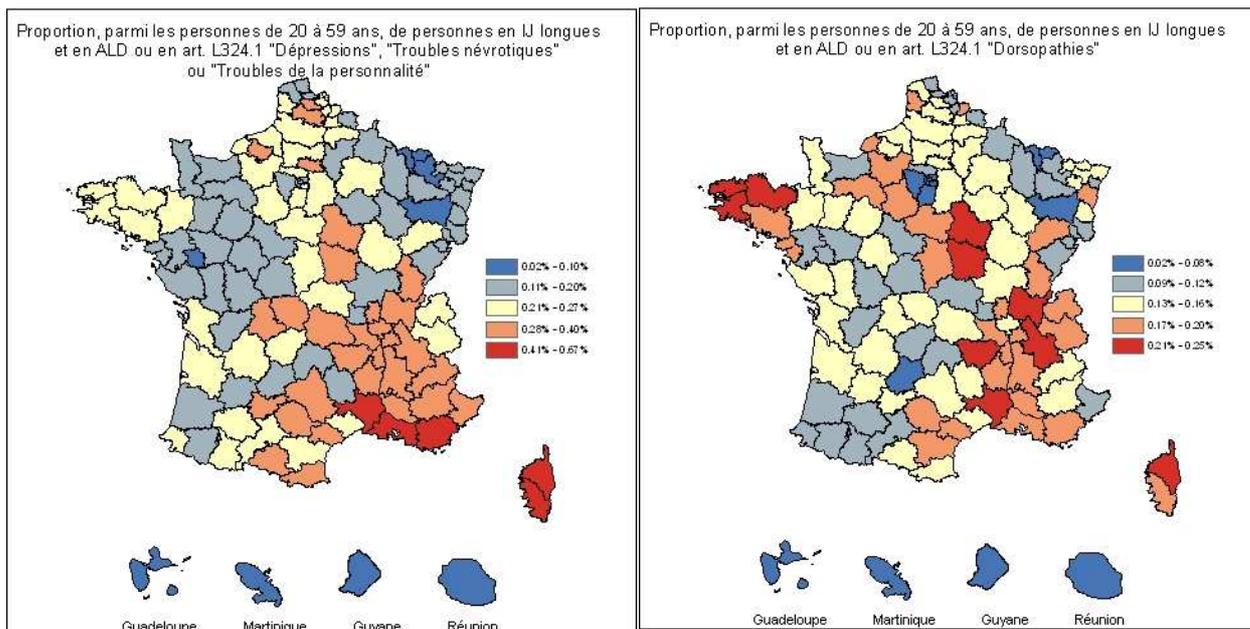
3.2.4. Des écarts dans la fréquence et la durée des arrêts de travail

Le volume des indemnités journalières a augmenté de 2,7% en moyenne sur les deux dernières années. Si l'on met de côté l'impact de l'épidémie de grippe H1N1 de fin d'année 2009, qui a induit un surcroît d'arrêts de travail de courte durée, la croissance des dépenses d'arrêts de travail est surtout due aux arrêts longs.



La croissance des dépenses d'arrêts de travail provient des arrêts longs, et notamment des arrêts très longs : les arrêts dépassant les 180 jours contribuent pour 52% à la croissance des dépenses entre 2008 et 2009, et cette contribution s'accroît : elle était de 45% entre 2007 et 2008. En montants, ces arrêts représentent un peu plus de 40% du montant total des indemnités journalières. Les principales causes médicales des arrêts longs sont les mêmes en 2008 et en 2009 : 40 % des arrêts de longue durée contrôlés par les médecins conseils concernent les maladies du système ostéoarticulaire (arthrose, lombosciatiques, périarthrites) et les troubles mentaux.

Pour ces pathologies, qui ne sont toutefois pas sans lien avec les conditions de travail, le recours aux arrêts de travail est inégalement réparti sur le territoire : rapporté à la population de 20 à 59 ans, le taux d'arrêts de travail longs (plus de 180 jours) pour dépressions, troubles névrotiques et de la personnalité varie de 1 à 4 en excluant les départements les plus extrêmes. Il est particulièrement élevé dans la région PACA. L'écart est de 1 à 2,5 pour les dorsopathies (en excluant également les extrêmes), avec une fréquence élevée en Bretagne.



La consolidation de ces arrêts longs en invalidité, lorsque les personnes ne peuvent reprendre leur travail, intervient après une durée d'arrêt qui est aussi très variable selon les départements (durée moyenne variant du simple au double), du fait de l'imprécision des textes réglementaires et de l'absence de référentiels médicaux applicables aux arrêts de travail.

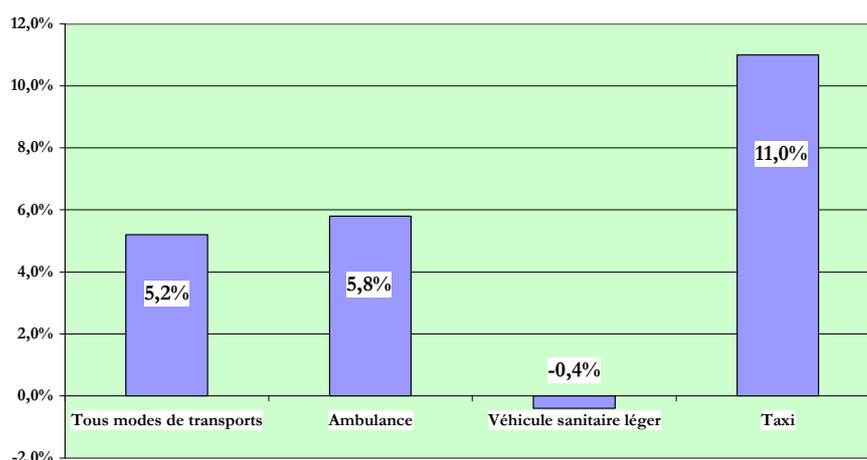
3.2.5. Des recours aux modes de transports hétérogènes

55 millions de transports ont été effectués en 2009, pour un montant de 2,8 milliards d'euros. Les prescriptions de transport émanent à 38% des médecins libéraux et à 62% des établissements hospitaliers publics et des établissements médico-sociaux. Sur ce montant total de 41 % sont relatifs à des transports en ambulance, 23 % à des transports en véhicules sanitaires légers et 31 % à des transports en taxi¹⁶.

L'évolution récente va vers une utilisation croissante des taxis, une utilisation croissante également des ambulances mais à un moindre niveau, et une diminution des VSL.

¹⁶ Le reste concerne le remboursement de frais d'utilisation des véhicules personnels ou des transports en commun.

Evolution du nombre de transports en 2009

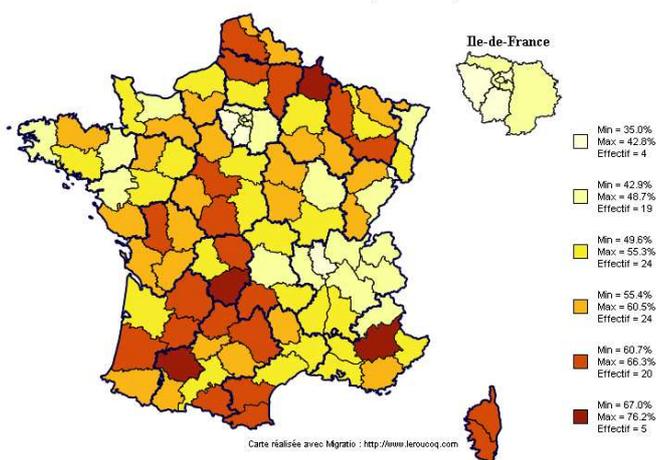


L'utilisation des transports est très variable au plan géographique. Une partie de cette variabilité peut s'expliquer par le contexte géographique (rural/urbain, densité de population,...) et par le maillage de l'offre de soins sur le territoire (éloignement des plateaux techniques,...). Néanmoins au-delà du taux de recours et du kilométrage, on observe aussi une forte variabilité dans la structure des types de transport utilisés, même à pathologie comparable.

Ainsi parmi les patients en ALD pour néphropathie (transports liés aux dialyses), plus de 50% utilisent l'ambulance dans les départements de Paris et de la petite couronne ; ce taux est de 30 à 50% dans un certain nombre de départements plutôt urbains et sièges de CHU, il tombe à moins de 20% dans de nombreux départements plutôt ruraux.

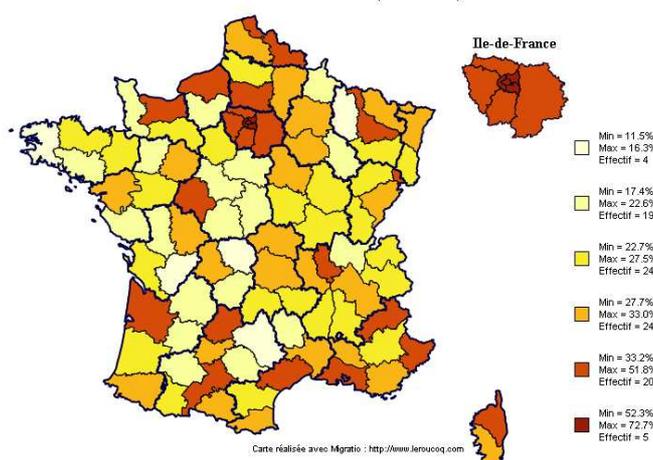
Taux de recours au transport sanitaire
Année 2004 - Enquête Fréquence et coût

ALD NEPHROPATHIE (DYALISE)



Taux de recours à l'ambulance parmi les personnes transportées
1er semestre 2006 - Données Erasme

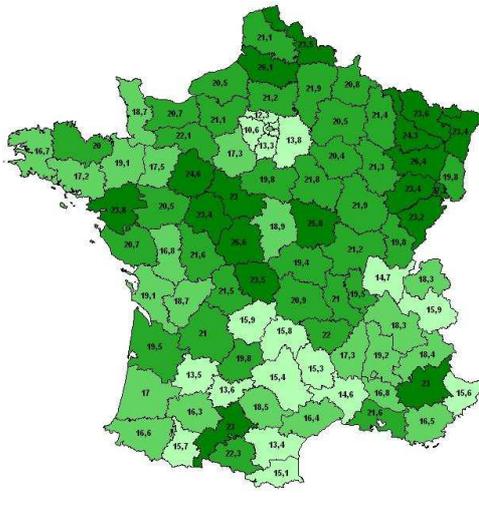
ALD NEPHROPATHIE (DYALISE)



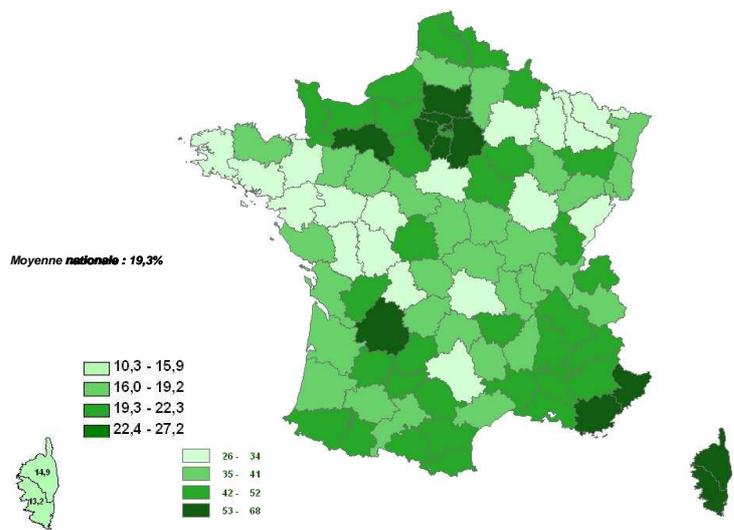
Le recours au transport pour des patients hospitalisés est également hétérogène. Le taux de recours (c'est-à-dire la part des séjours hospitaliers ayant donné lieu à transport) des établissements de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) varie, selon les départements, de 10 à 27%, sans que ces écarts puissent s'expliquer directement par la géographie ou la densité de l'offre hospitalière.

Là encore, ce n'est pas seulement le taux de recours global qui varie, mais le type de transport utilisé.

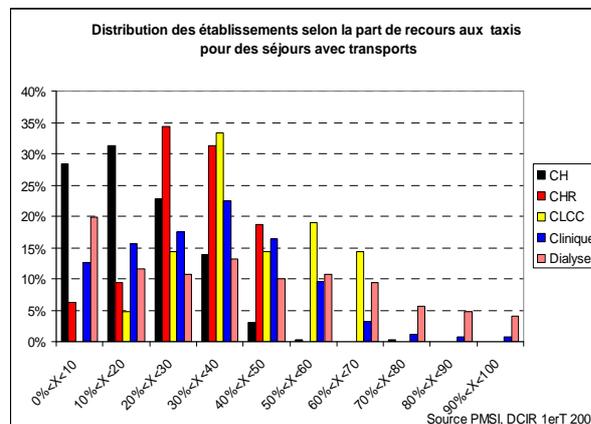
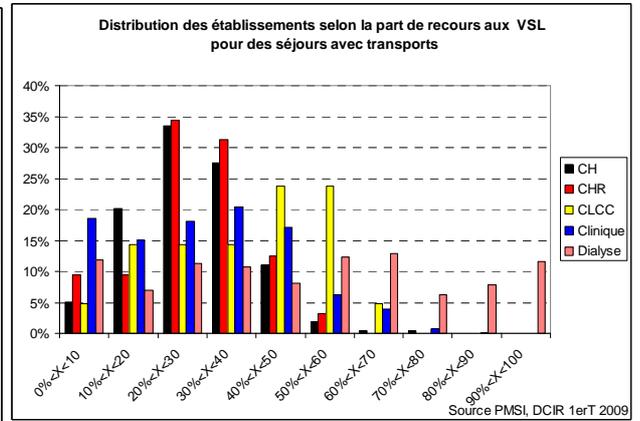
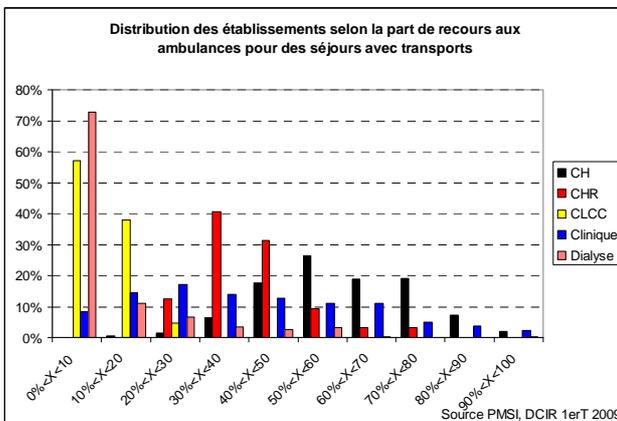
Taux de recours au transport des patients hospitalisés



Part du recours à l'ambulance dans le recours au transport des patients hospitalisés



La comparaison des pratiques de prescription individuelles des établissements hospitaliers montre une forte dispersion, à catégorie d'établissement identique. La part de l'ambulance de 30% à 90% au sein des centres hospitaliers, de 10% à 70% au sein des cliniques.



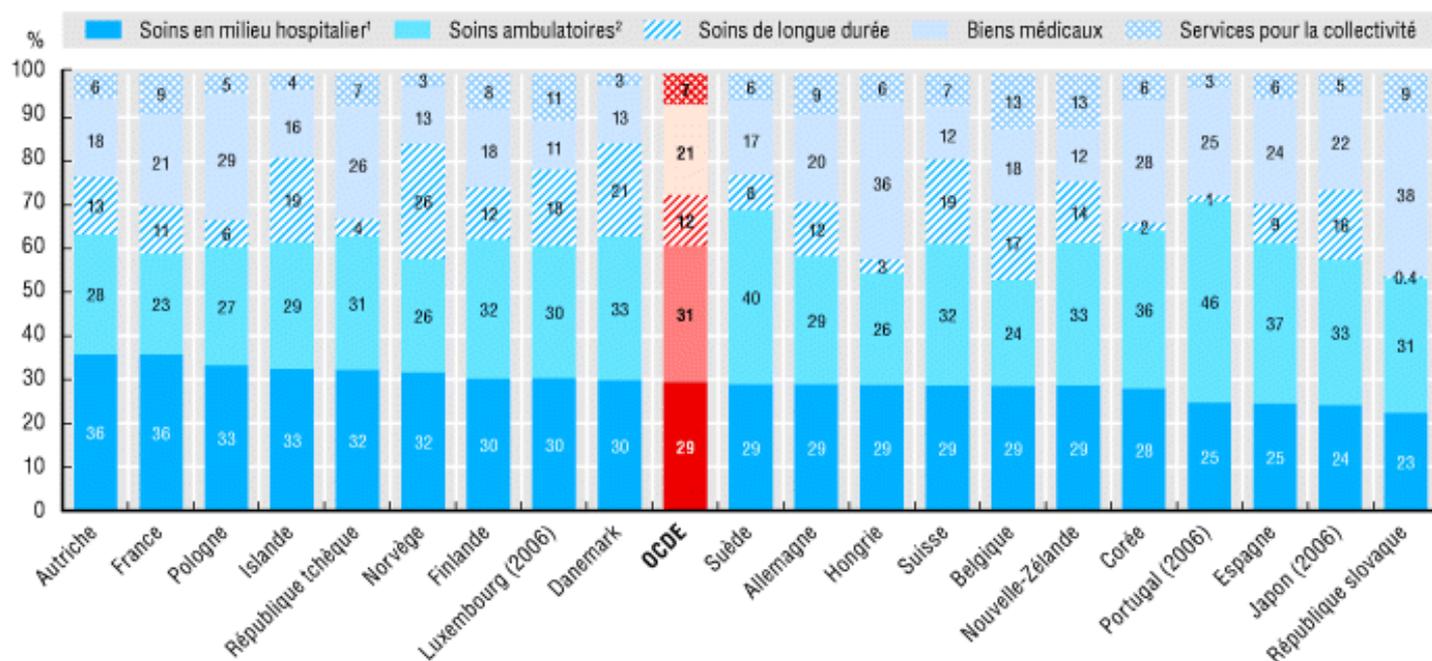
3.3. *Un développement et une organisation insuffisants de la prise en charge ambulatoire*

3.3.1. La structure de prise en charge française se caractérise par la place importante des soins hospitaliers

Le système de soins français est caractérisé par la part importante des dépenses en direction des établissements : 36 % de l'ensemble des dépenses courantes contre 31 % en moyenne dans l'OCDE et 29 % en Allemagne. En contrepartie, la part relative des soins ambulatoires apparaît plus faible : 23 %.

Dépenses courantes de santé par fonction en 2007

Les pays sont classés selon la part des soins en milieu hospitalier dans les dépenses courantes de santé



1. Concerne les soins curatifs et de réadaptation des patients hospitalisés ou en soins de jour.

2. Inclut les soins en consultations externes à l'hôpital, les soins à domicile et les services auxiliaires.

3.3.2. De nombreuses évolutions techniques ont permis de modifier la prise en charge des patients en général en transférant leur prise en charge des établissements vers le secteur ambulatoire

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les durées d'hospitalisation décroissent : la durée moyenne de séjour en soins aigus est passée de 8,7 jours en 1995 à 6,5 jours en 2007 en moyenne. Plusieurs facteurs expliquent cette baisse que ce soit le développement des nouvelles techniques d'anesthésie, des interventions chirurgicales moins invasives, par exemple par voie endoscopique, leur substitution par d'autres thérapeutiques ou le développement de programmes de sortie précoce qui permettent le suivi des patients à domicile.

Ainsi, par exemple, dans les années 80-90, avant la mise sur le marché des IPP, de nombreux patients étaient hospitalisés pour des ulcères digestifs, très souvent avec des interventions chirurgicales lourdes et souvent compliquées. Depuis l'utilisation des IPP, le nombre d'hospitalisations pour cette pathologie a quasi totalement régressé. Toutefois, les dépenses induites par les prescriptions de médicaments en ville sont plus importantes.

De même, sur les 10 dernières années, la durée de séjour en maternité pour un accouchement normal a diminué dans tous les pays de l'OCDE¹⁷ passant d'une moyenne de 4,3 jours à une moyenne de 3,2 jours.

Ces évolutions ont permis de réduire la prise en charge en établissements relativement à la prise en charge en milieu ambulatoire. Cela répond dans l'ensemble au souhait des patients d'être pris en charge plutôt à domicile ainsi que bien souvent au souci de réduire les coûts des processus de soins.

Ces évolutions devraient se poursuivre et même s'amplifier si l'on développait en France des systèmes de prise en charge de type comparable à ceux qui existe dans des pays voisins du notre.

- Les structures alternatives, sous la forme de **centres autonomes ambulatoires** sont largement répandues dans la plupart des pays de l'OCDE grâce à des contraintes de structure plus souples tout en maintenant un niveau de sécurité optimal.

Quelques structures de ce type se sont mises en place en France pour la chirurgie dentaire, l'ophtalmologie (traitement de la cataracte), la chirurgie de la main ou les endoscopies. Afin de faciliter leur développement et de les encadrer de façon souple, un cahier des charges sur la cataracte a été transmis à la HAS en 2008.

- Le développement de la **chimiothérapie ambulatoire** notamment pour des nouvelles formes orales et des traitements adjuvants limitant leurs effets secondaires indésirables, s'accompagne du désir de certains patients d'être pris en charge à domicile et pourrait entraîner, à terme, une réduction des coûts.

L'activité de chimiothérapie désormais soumise à autorisation (468 établissements autorisés) permet le respect de critères d'agrément spécifiques à la chimiothérapie : qualification de l'oncologue, projets de soins, circuit des médicaments, etc.

¹⁷ Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

Toutefois, les critères d'éligibilité des patients à la chimiothérapie à domicile élaborés en 2003 par la HAS ne tiennent pas compte de l'évolution très rapide des thérapeutiques. De même, la valorisation de la chimiothérapie à domicile ne peut s'inscrire que dans une réflexion plus globale de l'organisation de la chaîne des soins. Elle inclura notamment la formation, le rôle de chaque acteur et le partage des informations entre les professionnels de santé. Comme le prévoit le plan cancer, les modes de rémunération devront être adaptés et le cadre juridique de la chimiothérapie à domicile précisé.

3.3.3. L'hospitalisation à domicile se développe

Le développement de l'hospitalisation à domicile est un autre exemple significatif des possibilités offertes par l'évolution des techniques pour permettre d'éviter les hospitalisations complètes ou en raccourcir la durée. En quelques années, les structures d'hospitalisation à domicile sont devenues un acteur majeur du système de santé.

En 2009, l'hospitalisation à domicile (HAD) représente 645 M€ de dépenses pour l'Assurance Maladie. Depuis la mise en place de la T2A en 2005, la progression de cette activité a été particulièrement soutenue en raison notamment de l'ouverture de nouveaux établissements et services en HAD. Ainsi, entre 2008 et 2009, le nombre d'établissements ayant exercé une activité de HAD est passé de 210 à 251, soit une progression de 20%.

Les dépenses les plus importantes au sein de l'HAD concernent la prise en charge des **soins palliatifs**, des **pansements complexes**, de la **nutrition** (parentérale et entérale) et les soins **nursing lourds**. Leur part représente respectivement 34%, 15%, 11% et 8% de la dépense totale en 2009. Ces soins se caractérisent soit par des prix moyens à la journée élevés : 274€ pour les soins palliatifs, soit par des durées de séjours longs : en moyenne 81 jours pour la nutrition entérale, 68 jours pour les pansements complexes, et 65 jours en soins de nursing lourds.

Entre 2008 et 2009, on observe une forte progression de soins de « post traitement chirurgical » (+46%), de la rééducation (+45%) et des soins de nursing lourds (+44%).

La plupart des activités de HAD se sont développées dans les zones à forte densité urbaine. Ainsi les soins palliatifs, pansements complexes et de nutrition sont-ils plus concentrés dans les grandes métropoles urbaines telles que Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille et Toulouse. Pour d'autres activités, on observe des concentrations localisées dans des zones plus variées. Par exemple, le « retour précoce après accouchement » se singularise par un développement élevé dans les régions de Normandie, Bourgogne et Franche-Comté.

Graphique : modes de prise en charge principaux selon le prix moyen d'une journée, la durée de séjour, le coût annuel des remboursements AM en 2009 (taille des bulles)

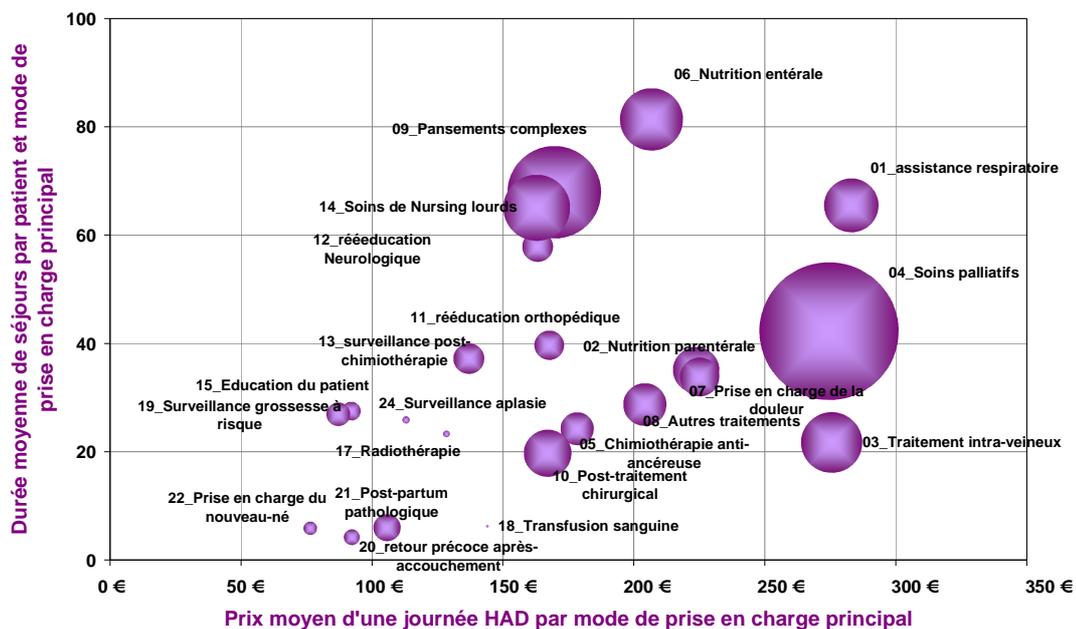


Tableau : Données d'activité d'HAD par mode prise en charge principal et évolution 2008-2009

	Nombre de journées (en millions)			Dépenses de remboursement (en millions d'€)			Nombre de patients traités (en milliers)		
	2008	2009	évolution 2008-2009	2008	2009	évolution 2008-2009	2008	2009	évolution 2008-2009
01_assistance respiratoire	0,11	0,12	6,5%	31	33	6,7%	1,7	1,8	6,4%
XX_Nutrition (1)	0,27	0,33	18,8%	58	69	19,3%	4,8	5,7	19,6%
03_Traitement intra-veineux	0,13	0,15	16,1%	37	42	15,0%	5,9	7,1	20,4%
04_Soins palliatifs	0,62	0,80	27,6%	171	218	27,3%	14,8	18,8	26,8%
XX_Chimiothérapie (2)	0,14	0,15	10,7%	21	23	10,1%	4,6	5,0	9,0%
07_Prise en charge de la douleur	0,06	0,08	29,4%	14	17	27,0%	1,8	2,3	25,9%
08_Autres traitements	0,10	0,10	-0,1%	21	21	-0,9%	3,6	3,6	0,6%
09_Pansements complexes et soins spécifiques(stomies comp)	0,47	0,58	23,2%	79	99	24,9%	6,7	8,6	27,6%
10_Post traitement chirurgical	0,10	0,15	46,4%	18	26	43,1%	5,5	7,8	42,0%
XX_Rééducation (3)	0,09	0,13	44,8%	14	21	44,4%	2,1	2,6	24,4%
14_Soins de nursing lourds	0,21	0,31	44,1%	35	50	41,8%	3,9	4,7	21,7%
15_Education du patient/entourage	0,05	0,04	-7,2%	4	4	-4,9%	1,4	1,6	11,3%
17_Radiothérapie	0,00	0,00	30,8%	0	1	36,2%	0,2	0,2	15,3%
18_Transfusion sanguine	0,00	0,00	24,0%	0	0	30,8%	0,1	0,1	32,5%
XX_Périnatalité (4)	0,17	0,21	21,6%	16	20	23,6%	23,7	28,2	18,8%
24_Surveillance aplasie	0,00	0,01	12,1%	1	1	16,3%	0,2	0,2	11,2%
	2,5	3,2	24,0%	521	645	23,7%	81	98	21,4%

(1)XX_Nutrition regroupe: 02_Nutrition parentérale, 06_Nutrition entérale

(2)XX_Chimiothérapie regroupe: 05_Chimiothérapie anti-cancéreuse et13_Surveillance post chimiothérapie

(3)XX_Rééducation regroupe: 11_Reeducation orthopédique,12_Reeducation neurologique

(4)XX_Périnatalité regroupe: 19_Surveillance de grossesse a risque ,20_Retour précoce après accouchement,21_Post partum pathologique regroupe ,22_Prise en charge du nouveau-né

Source : PMSI – HAD 2009 – France entière

Au vu du fort développement de ce mode de prise en charge, l'Assurance Maladie a souhaité réaliser une étude approfondie sur l'HAD. Il s'agit de l'analyser en termes de production des soins et des services et de coûts afin d'évaluer l'efficacité du dispositif.

En 2008, environ 80 000 patients consomment 2,5 millions de journées pour un coût total de 521 M€.

Entre 2005 et 2008, on constate des augmentations en :

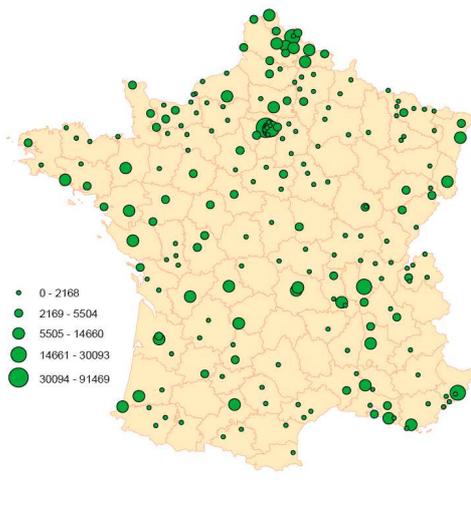
- nombre d'établissements + 87,80 % (pour 233 établissements en 2008)
- nombre de journées + 84,28 % (pour plus de 2, 7 millions de journées en 2008)
- nombre de séjours + 76,85 % (pour plus de 112 000 nombres de séjours complets en 2008)
- nombre de patients +104,88 % (pour plus de 71 000 patients en 2008)
- valorisation brute en € + 91,55% (pour près de 550 millions d'euros en 2008)

Ces premiers résultats permettent une approche globale des motifs de prise en charge. Les patients bénéficient de l'PHAD pour 2 motifs principaux : **les soins liés à la périnatalité (près de 29%), dont 9% concernent les retours précoces à domicile après accouchement** et la prise en charge en soins palliatifs (18%).

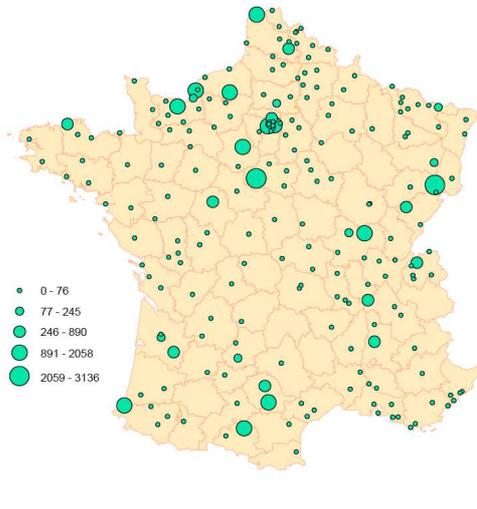
Concernant les soins palliatifs, on note une progression du nombre de journées en lien avec cette situation. En 2008, 24% des journées relevaient des soins palliatifs versus 19,7% en 2006 (étude IRDES).

On peut aujourd'hui s'interroger sur la place de la périnatalité et notamment des retours précoces à domicile après accouchement dans le champ d'activité de l'HAD. En effet, l'HAD doit correspondre à la prise en charge de soins complexes et fréquents pour des **malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables**.

Carte 1 : Nombre de journées facturées en « Soins palliatifs » par commune (source : PMSI 2009)



Carte 2 : Nombre de journées facturées en « Retour précoce après accouchement » par commune (source : PMSI 2009)



3.3.4. L'organisation du secteur ambulatoire est indispensable pour permettre une évolution vers une prise en charge des patients plus efficiente.

Comme cela a été montré plus haut, la part des soins ambulatoires par rapport aux dépenses de santé est plus faible en France que dans de nombreux autres pays d'un niveau de développement comparable.

Par ailleurs, le secteur ambulatoire français est aussi caractérisé par la faiblesse de son organisation.

Or, les besoins de santé et la demande de soins évoluent sous l'effet de l'augmentation et du vieillissement de la population, de l'augmentation importante des maladies chroniques comme cela a été montré plus haut.

Parallèlement, l'évolution de la prise en charge en établissement conduit à la nécessité d'accroître la capacité du secteur ambulatoire à apporter soit un relais plus efficace à la sortie des établissements, soit même à s'y substituer.

Enfin, l'évolution démographique des professionnels est contrastée. L'évolution du nombre de médecins devrait être négative pendant une quinzaine d'années au moins ce qui représente une rupture par rapport à la période passée : les dernières projections de la Drees réalisées jusqu'en 2030 envisagent, à comportements constants, et en maintenant le nombre de médecins formés par an à 7 100, une diminution de 10 % du nombre de médecins en 2019 et une baisse de 15 % de la densité médicale globale. Le nombre de chirurgiens dentistes devrait aussi diminuer. En revanche, la croissance du nombre de professionnels paramédicaux devrait se poursuivre.

Contrairement à ce qui se passe en France, la pratique de groupe, pour les médecins mais aussi souvent pour des paramédicaux associés, est majoritaire dans de nombreux systèmes de santé, comme en Angleterre, au Canada ou en Suède. Ces formes organisées permettent de rassembler des professionnels dans un même lieu, de façon à rendre accessible une gamme de services plus étendue que dans le cadre individuel (notamment autour de la prévention, de la coordination des soins et de la permanence des soins). En contrepartie, ce travail regroupé se traduit par une moins grande proximité avec la population (9 000 « practices » en Angleterre pour 44 millions d'habitants contre au moins 30 à 35 000 cabinets de médecins généralistes en France pour 64 millions d'habitants).

En France, on assiste aujourd'hui à une évolution. La question démographique a conduit les professionnels à prendre conscience de la nécessité d'évoluer. Des expériences d'organisations, souvent financées par l'assurance maladie, sont en cours (réseaux, groupe qualité, maisons de santé et maison pluridisciplinaires par exemple).

Les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'accélérer ce début de mutation. Ainsi, par exemple, une expérience de transformation de la rémunération des maisons pluridisciplinaires est conduite depuis deux ans par la Direction de la sécurité sociale.

Mais c'est la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) qui caractérise le mieux cette évolution. Son ambition est de faire réussir cette mutation de l'organisation des soins. Les missions de la médecine générale et les soins de premiers recours sont ainsi reconnues et définies. La loi renforce également le processus de territorialisation du système de soins avec la création d'agences régionales de santé (ARS). Ces agences qui auront des compétences élargies au secteur ambulatoire, au secteur hospitalier et au secteur médico-social, disposeront de leviers d'action comme la définition des schémas d'organisation des soins ambulatoires, l'organisation de la permanence des soins, la possibilité de contractualiser avec des regroupements de professionnels (centres de santé, maisons de santé, réseaux...). Les ARS seront donc a priori en situation d'articuler les dynamiques professionnelles de réorganisation avec les besoins et la demande des patients.

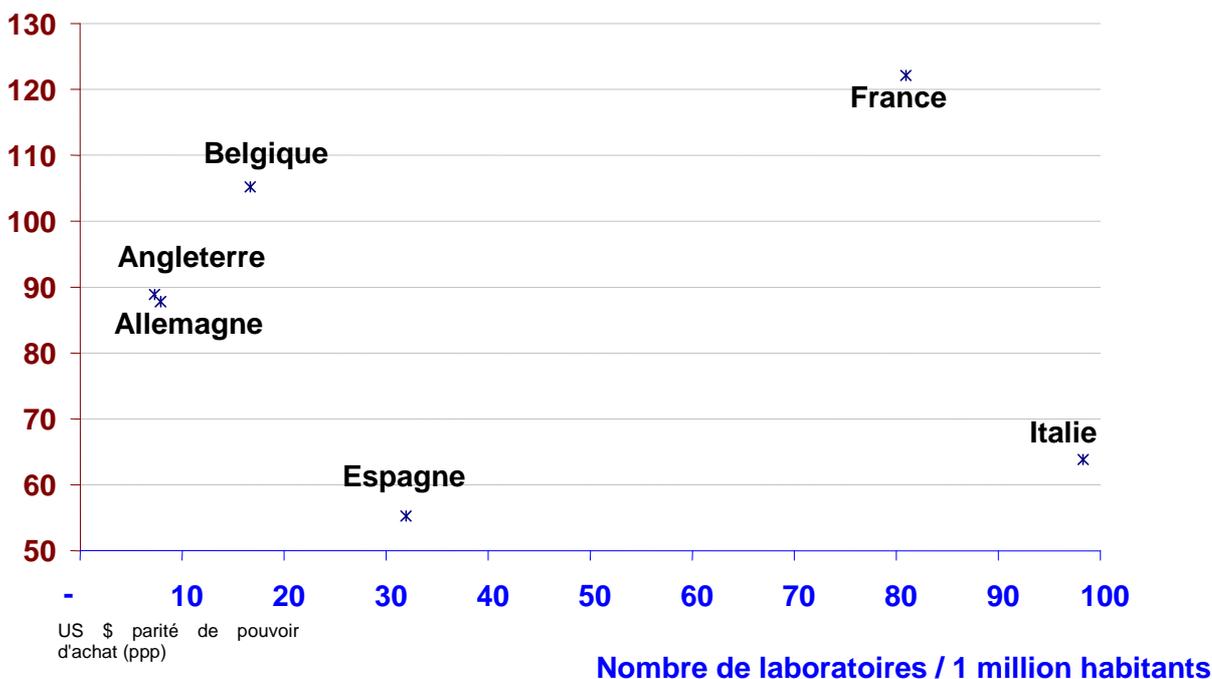
3.4. Dans certains secteurs, les prix et le niveau d'offre doivent être adaptés

L'évolution de certains postes de dépenses en France conduit l'Assurance Maladie à les analyser de façon plus précise, à effectuer des comparaisons internationales et à proposer des mesures.

3.4.1. Les dépenses de biologie en France apparaissent plus élevées que chez nos voisins. La réorganisation en cours est une opportunité pour mieux réguler ce secteur

En France, les dépenses totales de biologie sont en progression de 3% entre 2008 et 2009. La dépense par habitant est plus importante par rapport à celle des autres pays européens. Elle est supérieure de 16% à celle de la Belgique, de plus d'un tiers de celle de l'Allemagne ou de l'Angleterre et plus du double de celle de l'Espagne.

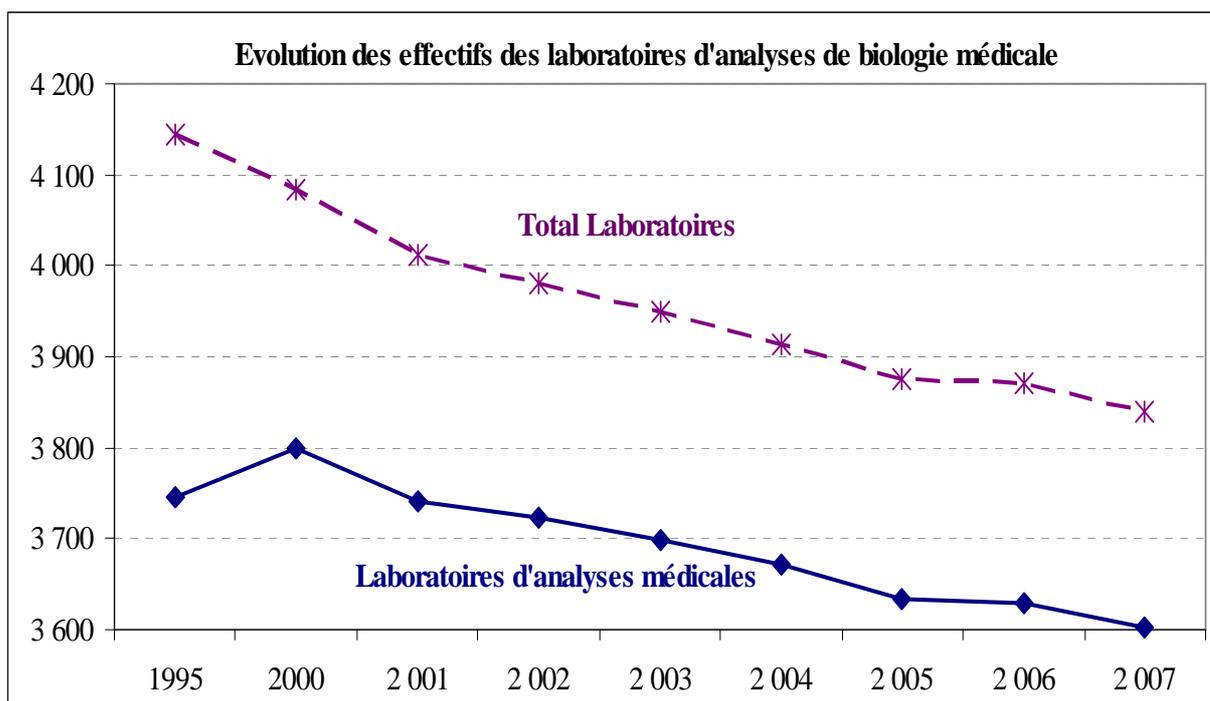
Dépense par habitant, ppp US\$



En France, la pratique libérale prédomine avec plus de 4000 laboratoires privés (et 900 laboratoires hospitaliers) parmi les 5 100 laboratoires d'analyses médicales en France. Ce chiffre peut être comparé à celui de l'Allemagne (600 laboratoires dont le tiers en ville).

Cette importance du nombre total de laboratoires est confirmée par le taux de laboratoires par habitant : 11 fois plus qu'en Allemagne, 5 fois plus qu'en Belgique et 2,5 de plus qu'en Espagne.

Il existe, par ailleurs, une décroissance faible du nombre de laboratoires en France, contrairement à d'autres pays. En Belgique, le nombre de laboratoires a diminué de près d'1/3 entre 2000 et 2008 (de 274 en 2000 à 175 en 2008). L'Allemagne dénombre 630 laboratoires de biologie en 2009 contre 717 en 2005.



Le choix de la France d'avoir une offre de laboratoires de proximité importante entraîne ipso la plus forte densité de biologistes d'Europe (16,5 pour 100 000 habitants) suivie de près par l'Italie (13,5). Par ailleurs en France, 80% des biologistes directeurs de laboratoires sont des pharmaciens, et seuls 20% sont des médecins. D'autres pays, comme l'Allemagne par exemple, ont fait le choix de faciliter les prélèvements par les médecins eux-mêmes à leur cabinet, avec pour corollaire un nombre moins élevé de laboratoires où s'effectuent les prélèvements et les analyses.

Par ailleurs, il est possible d'approcher les volumes d'examen analysés sur la base des indicateurs retenus par l'agence européenne (EDMA), les volumes de réactifs. La comparaison des volumes de réactifs ne permet pas de conclure à des écarts de volumes d'examen expliquant les différences de dépenses observées. Les achats de réactifs sont à peu près équivalents entre l'Allemagne et la France alors que la Belgique enregistre la dépense par habitant la plus élevée après la Suisse.

La comparaison du coût des ordonnances entre les différents pays est plus difficile, compte tenu des différences d'organisation de la biologie : facturation de forfaits de prise en charge, pondération de ces forfaits en fonction du nombre d'actes prescrits, facturation de frais de prélèvements dans l'ordonnance en sus d'un coût unitaire par type d'acte, pour certains pays.

Ainsi en Belgique un forfait de 20 à 40 euros s'applique pour une ordonnance de biologie (une fois par jour maximum). Ce forfait est à comparer aux forfaits en France qui sont de l'ordre de 3,20 euros.

Par contre, le coût unitaire des actes est, en France, de 2 à 10 fois supérieur à celui de la Belgique et de l'Allemagne. Par exemple, le coût de l'acte de numération formule sanguine, examen pratiqué couramment est, en France, près de 10 fois supérieur à celui de l'Allemagne. La comparaison du coût total d'ordonnances de biologie - incluant les forfaits - entre la France, la Belgique et l'Allemagne varie du simple au triple, selon les actes.

3.4.2. Une réflexion plus globale doit être menée sur l'ensemble des tarifs

Le secteur de la biologie n'est qu'un exemple des secteurs dans lesquels une analyse économique et la comparaison avec nos voisins européens conduit à s'interroger sur la structure de tarification. L'assurance maladie s'est dernières années s'est penchée sur les tarifs de nombreux autres secteurs, comme la radiologie ou la pratique clinique par exemple.

D'autres secteurs de production de soins, comme les établissements, devraient aussi faire l'objet de telles analyses critiques.

Ainsi, un article récent publié dans Health Economics (janvier 2008), « Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe: a cross-country comparison », de G. Fattore et A. Torbica met en évidence les différences de tarifs et de coûts de la production de la chirurgie de la cataracte à travers l'Europe.

Table II. Reimbursement rates, total costs, and main cost components – euros (% of total)

	Denmark	England	France	Germany	Hungary	Italy	The Netherlands	Poland	Spain	Mean (S.D.)
Reimbursement rates	1440		1530–1578	597–1322	551–554	968–1436	1041	558–564		
Total costs	602	623	909	741	318	1087	500	473	611	714 (311)
Lens		135 (22%)	139 (15%)	175 (24%)	195 (61%)	160 (15%)	106 (17%)	136 (28%)	217 (35%)	157 (57)
Direct labour	100 (17%)	165 (27%)	406 (45%)	214 (29%)	82 (26%)	165 (15%)	351 (58%)		127 (21%)	221 (151)
Overheads	270 (45%)	293 (47%)	139 (15%)	141 (19%)	20 (6%)	362 (33%)	121 (20%)	241 (45%)	69 (11%)	178 (158)
Other	233 (39%)	29 (5%)	225 (25%)	211 (28%)	21 (7%)	399 (37%)	27 (5%)	148 (28%)	198 (28%)	175 (149)

L'intervention de la cataracte est l'acte le plus chirurgical le plus pratiqué en France. Près de 590 000 opérations ont réalisées en 2008 pour un montant remboursé de 840 millions d'euros. La majorité des interventions (87%) est réalisée en chirurgie ambulatoire ce qui est un progrès par rapport aux années précédentes.

Pour autant le montant actuel de prise en charge par l'Assurance Maladie de cette intervention est l'un des plus élevés d'Europe alors même que la technique a progressé et permis des gains de productivité élevée notamment en matière d'anesthésie locale.

Une économie importante pourrait être réalisée en ramenant le coût des GHS de chirurgie ambulatoire à celui observé en moyenne en Europe.

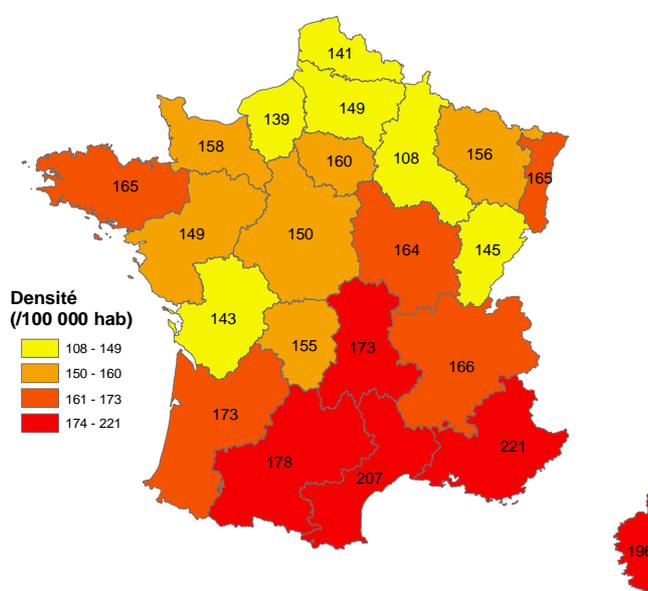
3.4.3. Une offre de soins de suite et de rééducation fonctionnelle inégalement répartie et des disparités de coût

- Une offre de soins concentrée dans certaines régions

En France 1 683 établissements disposent d'une offre de soins de suite et de rééducation avec 96 652 lits en hospitalisation complète et 509 lits en hospitalisation de semaine. 238 établissements ne proposent que des soins de suite, 1 147 ne font que de la rééducation.

L'offre de soins de suite et de rééducation fonctionnelle en établissement est variable d'une région à l'autre, elle est plus forte dans les régions du sud, + 200 lits et places pour 100 000 habitant sur le pourtour méditerranéen contre moins de 150 dans le Nord de la France. On note également une corrélation avec la densité des masseurs kinésithérapeutes.

Densité de lits et places en SSR pour 100 000 habitants



- Des taux d'occupation et une productivité variable des établissements au sein d'une même région

L'analyse des taux d'occupation fait apparaître des différences entre les secteurs lucratif et non lucratif. 10 points séparent le taux d'occupation global du public (83%) et celui du privé (93%). Le taux d'occupation des services de soins de suite est généralement plus élevé que celui des services de rééducation fonctionnelle, mais le taux d'utilisation de rééducation fonctionnelle des établissements publics est très inférieur (53%) à celui des établissements privés qui se monte à 82%.

Les taux d'occupation

	Global (SSR)	Rééducation fonctionnelle	Soins de suite
Secteur non lucratif	82,9 %	53,2 %	98,7 %
Secteur lucratif	93,3 %	81,8 %	99,6 %

Enfin la productivité des établissements est également variable, elle est inférieure dans le public de 10 points de moins pour le nombre d'ETP pour 10 000 journées/venues/séances.

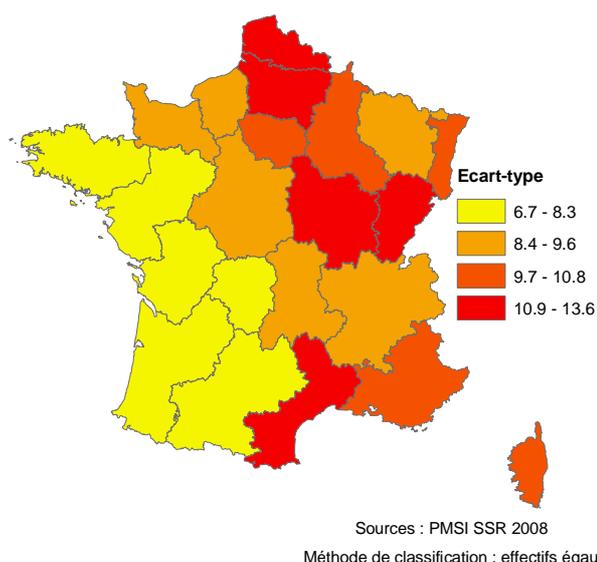
La productivité

Nombre ETP pour 10 000 JVS	Global (SSR)	Rééducation fonctionnelle	Soins de suite
Secteur non lucratif	31	59	23
Secteur lucratif	21	29	18

- **Des disparités régionales des durées de séjour et du taux de recours aux soins**

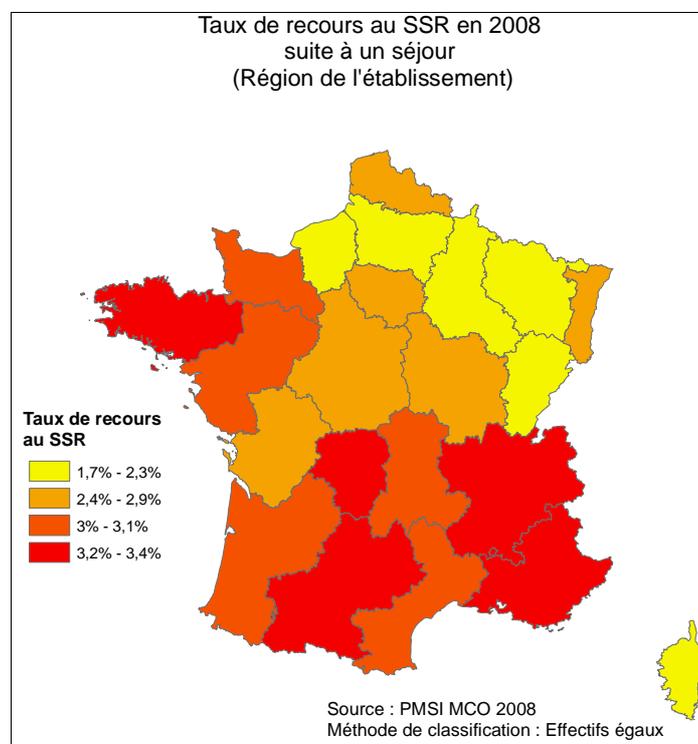
La durée moyenne de séjour est en moyenne de 33 jours, 29 pour la rééducation fonctionnelle et 34 pour les soins de suite. Il existe une grande dispersion des durées moyenne de séjour entre établissements au sein de certaines régions. La carte ci-dessous montre des écarts type plus faibles dans l'Ouest de la France alors que ceux-ci sont presque le double dans d'autres régions du Nord et de l'Est.

Disparité régionale de la durée moyenne des séjours en hospitalisation complète - 2008



Le taux de recours à une prise en charge en établissement est de 2,7% de l'ensemble des patients sortant d'un service de MCO et de 1,9% pour les moins de 80 ans.

Pour autant, il existe d'importantes disparités selon les régions, dans certaines régions ce taux de recours à un établissement de soins de suite ou de rééducation à la sortie d'une hospitalisation MCO est compris entre 1,7% et 2,3% alors que dans d'autres il est supérieur à 3,2%.



Des disparités existent également au niveau des établissements chirurgicaux 52% d'entre eux (soit 792) ont une moyenne de patients orientés vers un établissement de soins suite supérieure à la moyenne nationale (2,8%). Et cette disparité se retrouve au niveau régional ainsi le pourcentage d'établissement de chirurgie orientant plus fréquemment leur patients vers des établissements est plus important en Bretagne et en Basse Normandie que dans le Nord Picardie par exemple.

La Haute Autorité de Santé ayant élaboré pour 3 interventions un référentiel précisant les indications respectives de kinésithérapie en soins de ville ou en établissement, l'Assurance Maladie a étudié le mode de recours aux soins pour ces trois situations.

Pour la pose d'une prothèse totale du genou 57,5% des patients vont dans un SSR, c'est le cas de 37,7% des patients lors d'une prothèse de hanche totale et de 14% des patients après une reconstruction du ligament croisé antérieur. Mais cette moyenne recouvre également des variations fortes d'une région à l'autre. Ainsi pour la prothèse du genou le taux de passage en SSR après l'intervention varie de 34 à 68% d'une région à l'autre.

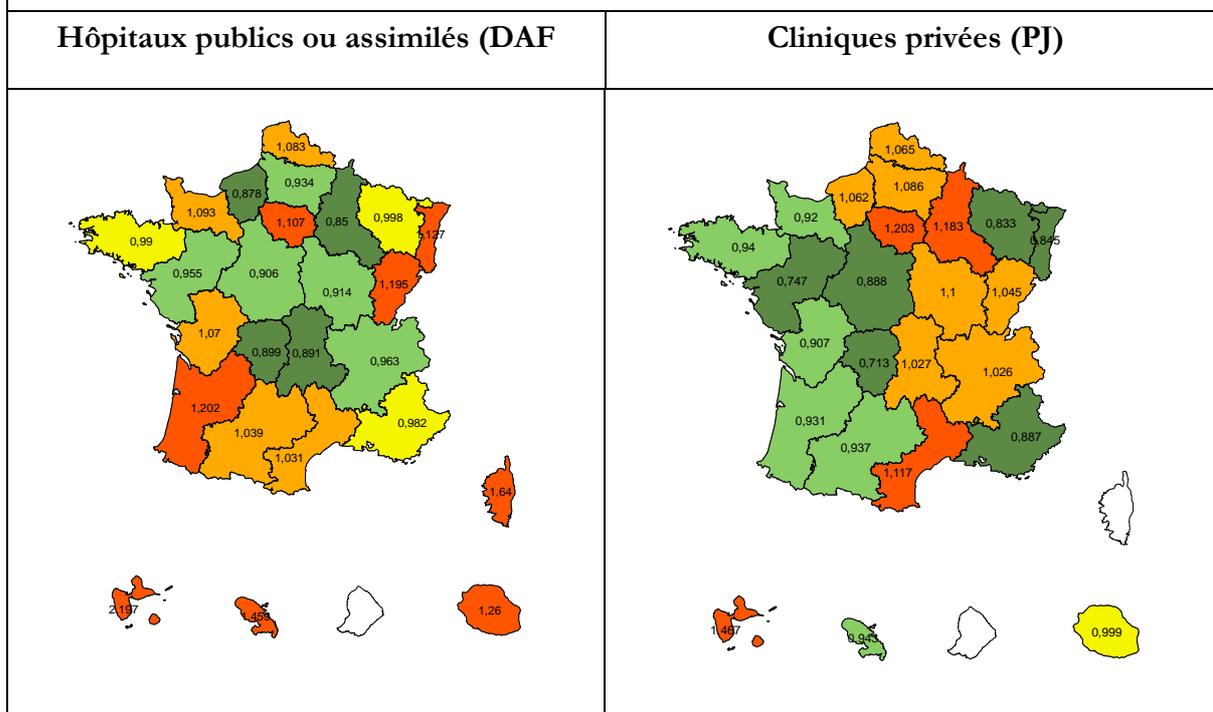
- **Des disparités en terme de coûts**

La valeur moyenne nationale du point IVA est égale aux versements de l'Assurance Maladie / Nombre de points IVA produits au niveau national sur l'ensemble des établissements publics ou assimilés et privés. La valeur nationale du point IVA est commune aux deux secteurs. Il a été calculé un indice qui correspond à la valeur du point IVA de l'établissement divisée par la valeur moyenne nationale du point IVA. Cet indice est utilisé pour moduler la dotation annuelle de financement (DAF) et les prix de journée (PJ). Par ailleurs, cet indicateur de modulation informe sur le niveau de financement de chaque établissement.

L'analyse par l'Assurance Maladie de l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA) et du PMSI permet de dégager deux constats :

- La valeur moyenne de la journée en points IVA est relativement proche entre les hôpitaux du service public ou assimilés financés par dotation annuelle de financement (DAF) et les cliniques privées qui facturent des prix de journée (PJ) ce qui montre que la lourdeur de la prise en charge est relativement semblable dans les deux secteurs.
- On constate une forte dispersion des indices de modulation. Certains établissements sont "sur dotés" (Indice de modulation >1) par rapport à leur activité de soins en revanche d'autres sont "sous dotés" (Indices IVA<1) et ce indépendamment de leur statut privé/public ou assimilé

Disparité régionale de l'indice de modulation par le secteur - 2008



Indice de modulation

- Inférieur de plus de 10%
- Inférieur de 2,5% à 10%
- Proche de la moyenne nationale
- Supérieur de 2,5% à 10%
- Supérieur de plus de 10%

En conclusion :

L'ensemble des constats réalisés précédemment montre à la fois l'importance des marges de manœuvre et la nécessité de mesures structurelles permettant d'homogénéiser les pratiques et d'optimiser les parcours de soins des patients.

4. LES PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

Afin de corriger les constats présentés ci-dessus mais aussi certaines inefficiences mises en lumière les années précédentes comme par exemple la nécessité de renforcer la prévention, il est possible de formuler une vingtaine de propositions structurelles pour faire évoluer le système de soins. Ces propositions complètent les propositions votées les années précédentes rappelées en annexe dont certaines restent à mettre en œuvre.

Ces propositions ont vocation à accroître la qualité des soins et à accroître l'efficacité des dépenses de santé, même si toutes n'ont pas forcément un impact immédiat sur ces deux dimensions. Par exemple, le renforcement de la prévention permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients mais elle se traduit par une augmentation des dépenses de santé à court terme et un gain de santé à moyen terme.

4.1. *Développer l'information de l'assuré et la prévention*

L'assurance maladie a mis en place plusieurs programmes pour favoriser la prévention, notamment à travers la sensibilisation des professionnels et l'invitation directe des patients à des actions de prévention. Cette effort se poursuit actuellement et l'incitation des professionnels à participer à la prévention a franchi une nouvelle étape avec la mise en œuvre du contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Le médecin généraliste peut maintenant être rémunéré pour les efforts qu'il fait pour mieux atteindre les objectifs de santé publique (dépistage, vaccination grippale, suivi des patients chroniques, optimisation des prescription) de sa patientèle.

Parallèlement, la prévention nécessite une bonne information des patients. Malgré de nombreux efforts réalisés ces dernières années, l'information sur le système de soins est considérée par les assurés comme insuffisante comme le montrent de nombreuses enquêtes. C'est pourquoi l'assurance maladie considère qu'un effort accru doit être fait dans ce domaine.

➤ **Proposition 1 :** Développer l'information institutionnelle sur la santé

Les régimes d'Assurance Maladie ont développé ces dernières années de l'information ciblée sur l'offre de soins et la prévention en direction de leur assurés. Ainsi, par exemple, le site internet Ameli.fr a été complété par un service portant spécifiquement sur les informations sur l'offre de soins et un site sur la santé et la prévention cohérent avec le volet prévention des comptes internet que peuvent ouvrir les assurés.

Ces sources d'information devront être complétées pour intégrer une information sur la qualité de l'offre de soins et une information plus générale sur la santé afin de mieux répondre à l'ensemble des demandes des assurés pour leur santé.

Par ailleurs, cette information devra aussi être diffusée par le biais d'autres canaux (courriers, téléphone, points d'accueil...), notamment pour les assurés qui n'ont pas recours ou n'ont pas accès à Internet.

Ces services devront s'intégrer dans le cadre plus global du développement du conseil santé à distance annoncé par la Ministre de la santé et des Sports.

4.2. Faire évoluer la prise en charge des maladies chroniques

- **Proposition 2 :** Développer l'accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques

Dans la perspective de développer la prévention l'Assurance Maladie poursuit une démarche engagée en direction des assurés souffrant de pathologies chroniques. L'efficacité de cette action est par ailleurs soutenue par sa cohérence avec les engagements de santé publique du CAPI déjà adopté par près de 15 000 médecins.

L'Assurance Maladie prévoit ainsi d'élargir Sophia, le service d'accompagnement des pathologies chroniques de l'Assurance Maladie, à l'ensemble du territoire, si l'évaluation est positive. Initialement développé pour les patients diabétiques, Sophia pourrait être ensuite proposé aux patients souffrant de maladies respiratoires ou de pathologie cardiovasculaire.

L'assurance maladie poursuit par ailleurs le programme de prévention primaire des risques cardio-vasculaires avec notamment avec la création d'un module spécifique sur le compte internet de l'assuré, l'enrichissement du site ameli.santé et d'autres modes d'accompagnement de proximité. Une réflexion particulière est menée pour sensibiliser les personnes éloignées du système de soins.

De leur côté, certains régimes complémentaires, notamment la Mutualité, expérimentent une action de prévention de l'hypertension artérielle isolée, qui constitue un des facteurs de risque des pathologies cardiovasculaires.

- **Proposition 3 :** Faire évoluer la prise en charge des pathologies cardiovasculaires.

Le développement de la prévention et les garanties de prise en charge des maladies cardiovasculaires par le médecin traitant, notamment grâce à la diffusion du CAPI (hypertension artérielle, diabète) doivent conduire parallèlement à s'interroger sur la cohérence du dispositif des ALD cardio-vasculaires.

Il serait souhaitable, dans un souci de cohérence, de refondre en une seule ALD les 4 ALD cardio-vasculaires actuelles -n°1 (AVC), n°3 (Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques), n°5 (Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves) et n°13 (maladie coronaire)-. Ce regroupement repose sur une cohérence médicale de l'état de ces patients et une relative homogénéité des montants de remboursements moyens. Il serait particulièrement adapté aux patients présentant souvent une comorbidité au sein des mêmes affections.

A contrario, l'hypertension artérielle isolée (HTA isolée) est un facteur de risque cardiovasculaire, au même titre que d'autres facteurs de risques (hypercholestérolémie, obésité,...) pour lesquels les assurés acquittent le ticket modérateur. La majorité des patients traités pour HTA isolée (environ 7 millions de patients) sont pris en charge au taux normal.

Pourtant, l'analyse médico économique de la consommation des patients en ALD pour HTA permet d'identifier un pourcentage de patients ne présentant pas d'autre ALD associée, dont les remboursements moyens sont nettement inférieurs à ceux des autres ALD cardiovasculaires et dont la prise en charge relève prioritairement de la prévention. En effet les critères de mise en ALD pour HTA isolée sont insuffisamment précis et, par ailleurs, difficilement vérifiables a posteriori du fait des traitements hypotenseurs.

Cette évolution, qui nécessiterait l'intervention d'un décret, ne devrait concerner que les nouveaux patients, qui bénéficieront du programme de prévention cardio vasculaire spécifiquement mis en oeuvre par l'Assurance Maladie en 2010 pour les personnes présentant des facteurs de risques cardio vasculaires. Une action commune de prévention de l'HTA pourrait être initiée parallèlement avec les régimes complémentaires.

4.3. Développer des modes de prise en charge plus souples

Le constat réalisé ci-dessus sur la structure de la prise en charge des patients, ainsi que les dispositions de la loi HPST tendant à renforcer l'organisation et la prise en charge en ambulatoire devraient conduire à investir plus fortement sur la médecine de proximité.

- **Proposition 4 :** Permettre le développement de la prise en charge en ambulatoire en adoptant un rythme de progression des dépenses de soins de ville au moins égal à celui de l'ONDAM

L'investissement dans la médecine de proximité doit conduire les professionnels à adopter des pratiques de soins plus collectives, intégrant mieux l'utilisation des nouvelles pratiques et plus respectueuses des référentiels de bonne pratique et des recommandations médico économiques. Il passe par l'évolution des modes de rémunérations, notamment en rémunérant mieux la performance ou des nouvelles formes d'organisations et d'exercices.

Parallèlement, l'action des ARS dans le domaine de la gestion du risque pourra permettre de modérer la croissance des dépenses hospitalières. La directive du Conseil National de Pilotage des ARS devrait notamment inciter celles-ci à une plus grande efficacité autour des thèmes suivants : la prescription de produits sur la liste en sus, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la chirurgie ambulatoire.

Enfin, le développement de modes de prise en charge différents devrait aussi faciliter l'adaptation des secteurs de prise en charge.

Dans ce cadre, l'assurance maladie propose de poursuivre l'investissement dans l'hospitalisation à domicile pour la prise en charge de soins complexes et fréquents pour des malades atteints de pathologies graves. L'hospitalisation à domicile permet aux patients de retourner à leur domicile tout en réduisant les coûts globaux de traitement. Néanmoins, il est important qu'elle se substitue à un traitement hospitalier et non à un traitement ambulatoire. Il

est ainsi possible de s'interroger sur sa place dans la périnatalité notamment dans le cadre de la prise en charge d'accouchements physiologiques.

- **Proposition 5 :** Poursuivre le développement de l'PHAD pour la prise en charge de soins complexes et fréquents pour les malades atteints de pathologies graves

L'Assurance Maladie favorisera ce mode de prise en charge en veillant à ce qu'il soit utilisé à bon escient et de manière efficiente.

D'autres modes de prise en charge devraient être aussi développés.

- **Proposition 6 :** Favoriser le développement de la chimiothérapie à domicile.

Il est possible de développer la chimiothérapie à domicile en facilitant la coordination entre les professionnels de santé et en adaptant les modes de rémunération de l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Cette évolution de la prise en charge des patients est rendue possible avec l'arrivée de nouvelles formes orales de chimiothérapie et des traitements adjuvants qui limitent leurs effets secondaires. Elle correspond aussi au souhait de certains patients d'être pris en charge à domicile et pourrait entraîner, à terme, une réduction des coûts.

Les critères d'éligibilité des patients à la chimiothérapie à domicile établis par la HAS en 2003 semblent devoir être revus. Par ailleurs la valorisation de la chimiothérapie à domicile doit s'inscrire dans une réflexion plus globale de l'organisation de la chaîne des soins. Elle inclura notamment la formation, le rôle de chaque acteur et le partage des informations entre les professionnels de santé. Comme le prévoit le plan cancer, les modes de rémunération devront être adaptés et le cadre juridique de la chimiothérapie à domicile précisé.

Dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, il existe aussi d'importantes possibilités d'améliorer l'efficacité tout en répondant mieux aux besoins des patients.

- **Proposition 7 :** Proposer à chaque patient l'ensemble des processus de soins disponibles dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Parmi les 61 000 personnes traitées pour une insuffisance rénale chronique en France, 45 % sont greffées 55 % sont dialysées parmi lesquels 92 % sont en hémodialyse et 8 % en dialyse péritonéale. Les comparaisons avec les autres pays de l'OCDE montrent un retard de la France dans le recours à la greffe (56 % aux Pays-Bas, 54 % en Suède, 60 % en Finlande et 70 % en Norvège) et une sous-utilisation de la dialyse péritonéale (15 % en moyenne dans les pays de l'OCDE).

De plus, le mode de prise en charge est très hétérogène d'une région à l'autre : la dialyse péritonéale concerne plus de 25 % des patients en Franche-Comté et moins de 3 % en Aquitaine. Ce mode de traitement correspond à la situation de certains patients qui apprécient en outre de ne plus avoir besoin de se déplacer au centre de dialyse. Il est par ailleurs

économique puisque le coût d'une année de traitement est en moyenne de 64 450 € contre 88 608 € par an pour l'hémodialyse.

L'Assurance Maladie propose de diversifier les modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique sur l'ensemble du territoire en permettant au patient en fonction de sa situation des différentes alternatives qui existent.

Cette proposition pourrait être mise en œuvre dans le cadre du programme national de gestion du risque des ARS élaboré par l'UNCAM.

L'Assurance Maladie accompagnera le développement de la dialyse péritonéale en adaptant la tarification et en favorisant la formation des infirmières à ce mode de prise en charge.

Enfin, comme l'année dernière, l'assurance maladie considère qu'il faudrait développer de nouveaux modes de réalisation de certaines opérations chirurgicales.

- **Proposition 8 :** Développer des centres autonomes ambulatoires en adaptant la législation et sur la base d'un cahier des charges national validé par la HAS

Les structures alternatives, sous la forme de centres autonomes ambulatoires sont largement répandues dans la plupart des pays de l'OCDE grâce à des contraintes de gestion plus souples tout en maintenant un niveau de sécurité optimal. Les raisons à l'origine de leur développement sont notamment liées à la volonté de retrouver une capacité d'innovation en limitant les contraintes administratives et la spécificité des disciplines qui disposent d'un grand volume d'activité présentant des capacités importantes de standardisation et de modélisation.

Une première expérimentation pourrait être faite avec l'intervention de la cataracte afin de vérifier les conditions de développement de ces centres autonomes. Il paraît dans ce cadre important que les tarifs proposés soient régulés afin d'éviter que ces évolutions ne corrigent pas les problèmes constatés actuellement autour des dépassements d'honoraires.

4.4. Réduire l'hétérogénéité des pratiques

- **Proposition 9 :** Développer les référentiels, notamment dans les domaines de la rééducation et des arrêts de travail.

Réduire la variabilité des pratiques de soins suppose de pouvoir s'adosser à des référentiels. Ceux-ci, construits avec les représentants des professionnels et des associations de patients, associent une approche médico-économique permettant de rendre l'ensemble du processus de soins plus efficient. La construction des référentiels au niveau national permet d'avoir une harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire et de réduire les écarts de pratique.

L'Assurance Maladie peut dorénavant, en application de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, élaborer des référentiels qui sont ensuite soumis à la Haute Autorité de santé pour validation.

Elle poursuivra la réalisation de référentiels de masso-kinésithérapie en complément de ceux existants déjà. De même d'autres fiches repères sur la durée des indemnités journalières pour certaines pathologies élaborées à partir de référentiels internationaux seront élaborées.

L'accroissement substantiel du nombre de référentiels, en couvrant de nouveaux champs peut s'accompagner d'une diversification des types de référentiels, par exemple dans le domaine des analyses biologiques.

L'Assurance Maladie s'attachera également à réduire les écarts observés en matière de prescriptions médicamenteuses (fréquence de renouvellement des traitements et longueurs des ordonnances).

- **Proposition 10 :** Favoriser l'application de référentiels sur la prise en charge chirurgicale

Comme cela a été montré ci-dessus, on observe des taux d'interventions plus élevés dans certains départements mais aussi des niveaux d'activité très variable selon les établissements à l'intérieur d'une même région. Réduire cette hétérogénéité permettrait d'atteindre un niveau d'efficacité supérieur avec pour conséquence des soins de meilleure qualité pour les patients et une dépense mieux gérée.

Concernant les disparités des pratiques chirurgicales, l'Assurance Maladie propose des actions à plusieurs niveaux :

- Faire évoluer les référentiels en les complétant avec des éléments quantitatifs et qualitatifs, comme par exemple sur les césariennes ou l'appendicectomie
- Organiser le retour d'information vers les professionnels et étudier avec les sociétés savantes la mise en place régulière de revues de pairs et d'évaluation a posteriori
- Des objectifs de réduction des écarts entre les régions, notamment avec les ARS

- **Proposition 11 :** Généraliser le CAPI dans la convention

La rémunération à la performance est un des outils utilisés dans différents pays pour rendre plus homogènes les pratiques. Le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles mis en place l'année dernière a déjà été choisi par 14 500 médecins généralistes, soit un tiers de la population éligible. Par ailleurs, le rapport Legmann sur la médecine libérale considère qu'un tel type de rémunération à la performance devrait faire partie de la rémunération courante des médecins comme l'avait proposé le conseil de l'UNCAM dans ses orientations sur les négociations conventionnelles avec les médecins.

Dans ces conditions, il serait souhaitable d'intégrer la rémunération sur objectifs de santé publique dans la convention pour que chaque médecin puisse être rémunéré partiellement en fonction de l'atteinte de ces objectifs.

- **Proposition 12 :** Expérimenter une composante de rémunération à la performance pour les établissements

Dans ce même souci d'évolution des modes de rémunération, une composante de rémunération à la performance pourrait être expérimentée pour les établissements à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays européens et outre-atlantique.

- **Proposition 13 :** Sensibiliser les prescripteurs de transports à un meilleur respect des référentiels, notamment les référentiels réglementaires

L'hétérogénéité des recours au transport, tant au niveau du choix d'utiliser ou non un transport remboursé que du choix du mode de transport, est importante comme cela a été montré ci-dessus. Des outils existent pour mieux sensibiliser les prescripteurs. La loi de financement pour 2010 a prévu une contractualisation avec les établissements de santé qui prescrivent près de 60 % des transports. Il est important que cette contractualisation puisse se mettre en place dès le 1^{er} janvier 2011 comme le conseil national de pilotage l'a demandé aux ARS. Parallèlement, les actions de sensibilisation des prescripteurs ambulatoires doivent être renforcées.

4.5. *Le recours aux soins de suite et de réadaptation fonctionnelle*

La rééducation fonctionnelle peut s'effectuer soit en ville avec un kinésithérapeute libéral soit en établissement. Aujourd'hui, les établissements de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle sont mal répartis sur le territoire, leur productivité est hétérogène et leur coût également. On observe aussi que l'orientation des patients vers ces centres ; à la sortie d'un service de chirurgie (MCO) n'est pas homogène : elle va de 3,2% à 1,7%.

- **Proposition 14 :** Intégrer l'analyse de l'efficacité des structures actuelles dans la définition du volet SSR des SROS.

L'Assurance Maladie propose une action à plusieurs niveaux pour favoriser l'efficacité dans les décisions prises lors de l'élaboration dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 2011 :

- Lier l'augmentation des capacités à l'efficacité et à la qualité
- Attribuer les nouvelles autorisations en privilégiant l'hospitalisation partielle, en respectant des fourchettes de ratios de gestion tels que le nombre d'équivalent temps plein par lits ou par activité ainsi que des capacités minimales de lits par établissement
- Réduire les écarts de productivité par rapport à la moyenne nationale de l'ensemble des secteurs

Au-delà de la bonne organisation des soins, la question de l'utilité du recours apparaît essentiel. La Haute Autorité de santé a jugé que certaines catégories d'actes chirurgicaux n'avaient pas besoin d'être suivis d'une rééducation en établissement sauf pour des populations spécifiques, notamment âgées. Or, en pratique, ces recommandations restent peu suivies.

- **Proposition 15 :** Mettre sous entente préalable les admissions qui paraissent peu adéquates dans les SSR

Il s'agit de développer comme cela a été fait pour la chirurgie ambulatoire un système d'entente préalable pour les admissions qui paraissent peu adéquates car non-conformes aux recommandations de la Haute Autorité en Santé.

4.6. Optimiser les dépenses

➤ **Proposition 16 :** Restructurer la tarification de la biologie

Le coût des actes courants est souvent 4 ou 5 fois plus élevé en France qu'en Belgique et en Allemagne. En effet, ces pays rémunèrent de façon séparée l'accueil du patient et le prélèvement d'une part, les analyses d'autre part.

Par exemple, le coût de la numération formule sanguine – examen le plus fréquemment remboursé en France – est près de 9 fois supérieur en France à celui de l'Allemagne et 5 fois supérieur à celui de la Belgique.

En contrepartie, en Allemagne et en Belgique, il existe un forfait qui s'additionne à ces tarifs. Ainsi en Allemagne des forfaits de l'ordre de 10 euros s'appliquent pour une ordonnance de biologie, en sus du coût unitaire des actes (une seule fois par jour). Ce forfait est à comparer aux faibles montants des forfaits appliqués en France qui sont de l'ordre de 3,20 € auxquels s'ajoutent environ 3,80 € pour la rémunération du prélèvement.

Globalement, la comparaison du coût total des ordonnances de biologie - incluant les forfaits - entre la France, la Belgique et l'Allemagne varie du simple au triple et montre souvent des coûts plus élevés pour la France, notamment pour les ordonnances comportant un nombre important d'actes.

L'Assurance Maladie propose les mesures suivantes :

- Continuer la politique de baisse des tarifs de biologie.
- Faire évoluer la structure de rémunération de la biologie médicale en réduisant progressivement le tarif des actes courants, dont le coût en France est très élevé, et accompagner ces baisses de cotation d'une augmentation de la part de rémunération sous forme de forfaits.

Cette évolution de la structure de la rémunération correspond à une meilleure prise en compte des frais fixes liés à l'accueil du patient, au détriment de la valeur d'actes de biologie fortement automatisés.

Cette politique tarifaire accompagne la réforme de la biologie médicale qui va conduire à des regroupements de laboratoires et à la poursuite des économies d'échelles sur les actes courants très automatisés.

➤ **Proposition 17 :** Rendre plus homogènes les tarifs des médicaments dont l'efficacité thérapeutique est équivalente

Les tarifs des médicaments devraient être relativement similaires quand leur efficacité thérapeutique est équivalente. C'est le cas notamment quand cette évaluation est réalisée antérieurement à la fixation des prix. Cependant, quand les recommandations évoluent, par exemple suite à un avis médico-économique de la Haute Autorité de Santé, la situation est plus contrastée comme l'a montré le rapport « Charges et Produits » de l'an passé avec l'exemple de l'ésoméprazole.

L'effort d'homogénéisation des tarifs mené par le comité économique des produits de santé devrait donc être poursuivi par une réévaluation systématique des prix des produits de santé dont l'évaluation a été revue par la commission de la transparence.

- **Proposition 18 :** Mieux gérer les dispositifs d'auto-contrôle du diabète en mettant en place une procédure d'appel d'offres et un forfait de remboursement adapté pour les diabétiques

Il s'agit de simplifier, pour les patients, la délivrance des bandelettes d'autotest tout en limitant le gaspillage et en réduisant les marges réalisées sur ces dispositifs médicaux.

Le coût unitaire d'une bandelette, inscrite sur la liste des produits et prestations sous forme de ligne générique quel que soit le fabricant, est de 39 centimes d'euros soit un coût total pour l'assurance maladie de plus de 400 millions d'euros.

A l'instar de ce que se fait dans d'autres pays, en Allemagne par exemple, les patients pourraient se voir rembourser dans la limite d'un forfait correspondant à l'achat du nombre de bandelettes adapté à leur état de santé. La prescription des bandelettes serait réalisée une fois par an, le pharmacien étant libre de délivrer au patient dans la limite fixée.

Ce forfait pourrait être fixé par le Comité Economique des produits de santé en conformité avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2007.

Par ailleurs, un appel d'offre lancé par l'Assurance Maladie sur les bandelettes de glycémie permettrait de diminuer le prix des dispositifs et d'éviter le gaspillage de bandelettes induit la distribution des lecteurs d'autotest.

A titre d'exemple, une baisse de prix d'environ 10%, ramenant le prix des bandelettes à 35 centimes, conduirait à une économie de 40 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Une adaptation de la procédure permettrait l'utilisation des lecteurs et des bandelettes adéquates pour éviter aux patients de renouveler leur lecteur avant l'échéance permettant la prise en charge de celui-ci par l'Assurance Maladie.

4.7. Les arrêts de travail

- **Proposition 19 :** Donner la possibilité de bénéficier d'un temps partiel sans arrêt de travail à temps complet pour accompagner certains traitements ne nécessitant pas d'arrêts complets.

Compte tenu du contexte économique actuel, l'Assurance Maladie œuvre afin d'éviter la désinsertion professionnelle et sociale des assurés. Dans ce cadre, elle a mis en place un plan d'accompagnement portant sur les arrêts de travail. Une des mesures consiste à promouvoir la reprise du travail le plus précocement possible afin de prévenir le passage à la chronicité de l'arrêt de travail.

Une adaptation du poste ou du temps de travail peut s'avérer nécessaire pour faciliter une reprise du travail dans les meilleures conditions. Ainsi un arrêt de travail à temps partiel permet aux assurés de reprendre progressivement leur activité professionnelle.

Par ailleurs, certains patients en activité peuvent, compte tenu de leur pathologie, nécessiter, pendant quelques jours, un aménagement de leur activité professionnelle correspondant à un travail à temps partiel avec ensuite, et très rapidement une reprise de leur activité de façon complète.

La réglementation actuelle ne permet pas de répondre dans tous les cas à ces objectifs. En effet, l'arrêt maladie à temps partiel n'est indemnisable que s'il est précédé d'un arrêt de travail à temps complet.

Une modification de l'article L 323-3 du code de la sécurité sociale nécessiterait d'être étudiée pour répondre à ces situations afin de faciliter le maintien dans l'emploi en ne pénalisant pas des assurés qui ne nécessitent pas médicalement d'arrêt de travail à temps plein.

Des procédures spécifiques entre le médecin conseil de l'assurance maladie, le médecin du travail et le médecin traitant pourraient permettre aux assurés de bénéficier, sous certaines conditions, dans des situations spécifiques d'un arrêt de travail partiel indemnisé.

- **Proposition 20** : Uniformiser les réglementations sur la mise en invalidité suite à un arrêt de travail

L'accompagnement et l'insertion des personnes en risque de désinsertion professionnelle seront intensifiés par une meilleure coordination des intervenants internes (service médical, service administratif et service social) et le développement des partenariats (services de santé au travail, Agefiph...).

A cet effet, comme pour le risque professionnel, pourrait être prévu une disposition législative permettant pendant l'arrêt de travail maladie de proposer à la personne des actions utiles à sa réinsertion professionnelle, du type formation, bilan de compétences (cf article 100 de la LFSS 2009).

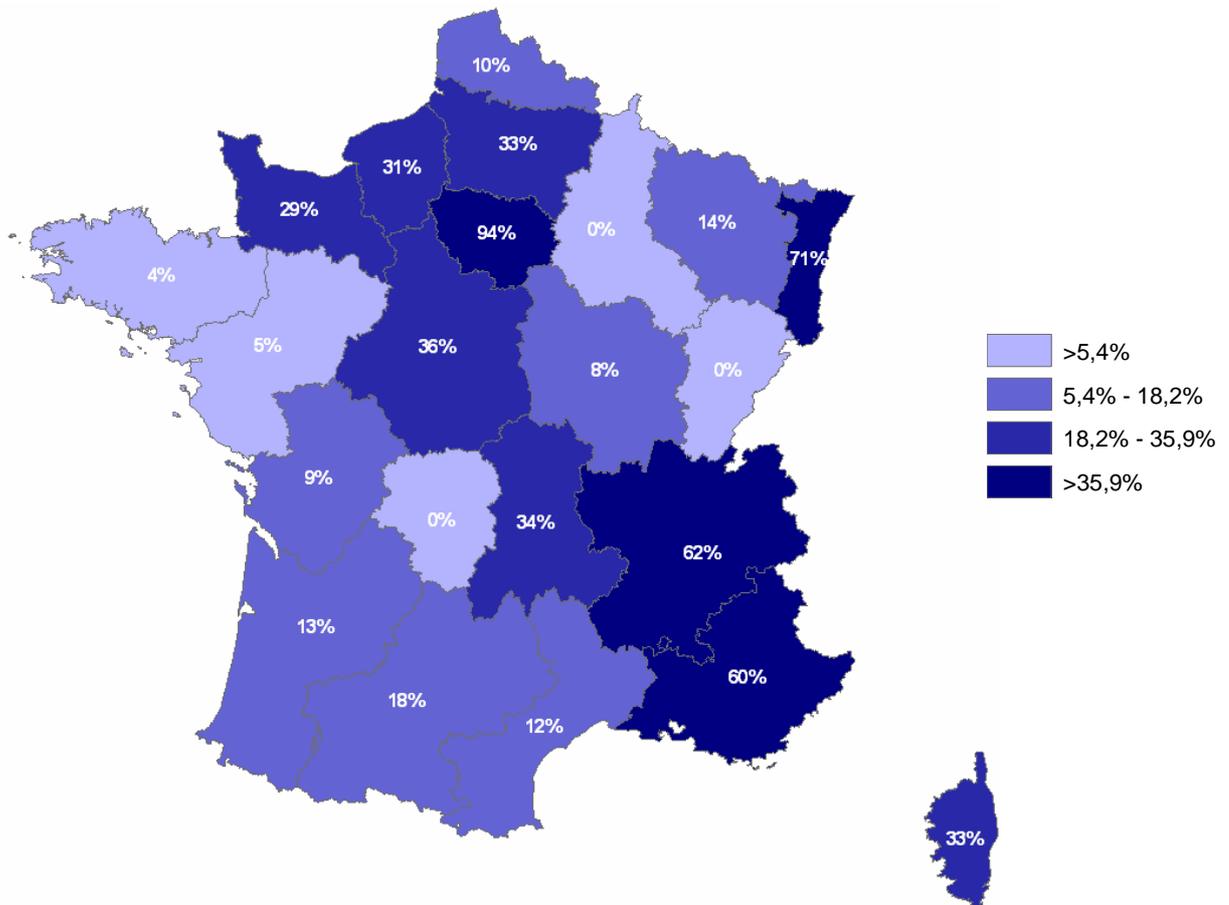
Par ailleurs pour permettre aux personnes victimes d'accidents de travail ou de maladie professionnelle d'optimiser leur chance de réinsertion et d'accéder aux prestations d'incapacité permanente, les arrêts longs seraient suivis de manière régulière avec la mise en œuvre du bilan médico-socioprofessionnel. Parallèlement, la consolidation pourrait être réputée atteinte après 3 ans d'arrêts de travail.

4.8. La régulation des dépassements

La régulation des dépassements d'honoraires est une priorité de l'Etat et de l'assurance maladie. Les derniers textes ont précisé le cadre législatif de la lutte contre les dépassements d'honoraires. Parallèlement, le conseil de l'UNCAM a donné comme orientation pour les négociations avec les professionnels médicaux la définition d'un secteur optionnel pour mieux réguler les dépassements. Ces négociations devront reprendre à la suite des élections professionnelles.

Néanmoins, ces efforts ne couvrent pas l'ensemble des dépassements d'honoraires. Un secteur a été tout particulièrement laissé de côté malgré la très grande hétérogénéité et le caractère général des dépassements, l'orthodontie.

Part des orthodontistes dont les honoraires sont supérieur à 3 fois aux honoraires sans dépassement



➤ **Proposition 21** : Plafonner les dépassements sur les actes d'orthodontie

Dans ces conditions, un plafonnement global des dépassements des actes d'orthodontie pour faciliter l'accès des enfants à ces traitements paraît nécessaire. Ce plafonnement devrait conduire comme cela existe pour un certain nombre de produits de santé à un tarif maximal facturable par les professionnels.

5. L'ONDAM 2011 ET LE RESULTAT FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

5.1. *L'évolution tendancielle de l'ONDAM 2011*

La prévision de dépenses 2011 s'appuie sur les tendances de moyen terme en volume issues de l'analyse des dépenses par segment de patients présentée en partie 1. Elle incorpore les évolutions récentes et mesures d'ores et déjà connues.

Cette prévision 2011 est faite sous l'hypothèse d'un respect de l'ONDAM 2010¹⁸.

Rappelons que la prévision d'exécution délivrée par la CCSS de juin tablait, en l'absence de mesures d'économies nouvelles, sur un dépassement de l'objectif (fixé à 162,4 milliards d'euros par la LFSS 2010) d'environ 600 millions d'euros, dont environ 200 millions d'euros pour le sous objectif soins de ville et 400 millions d'euros pour les sous objectifs hospitaliers.

Les mesures annoncées par le Gouvernement après la réunion du Comité d'alerte devraient permettre d'assurer un respect strict de l'ONDAM.

Les hypothèses retenues pour 2011 sont les suivantes

- **pour les remboursements de soins de ville :**
 - Le volume tendanciel progresserait de **4,6% (régime général)**. Cette évolution est cohérente avec les tendances en volume observées sur 2005-2008 (progression de 4,1% hors IJ), puisque les programmes de maîtrise médicalisée et d'efficience permettent des économies de l'ordre de 500 millions d'euros par an, soit environ 0,7 point.
 - L'augmentation du taux de remboursement, l'effet de la correction de jours ouvrés ainsi qu'une correction pour passer au champ de la France entière porte cette progression à 5 % pour le régime général, soit **4,8 % pour l'ensemble des régimes**.
 - Si l'on intègre les mesures déjà connues (revalorisation de la C à 23 euros) et les effets report des mesures 2010, la progression de l'ONDAM tendanciel s'élèverait à 5,1% pour le régime général et à **4,9% pour l'ensemble des régimes**.

¹⁸ Rappelons que l'ONDAM 2009 serait, selon les résultats encore provisoires de la commission des comptes de juin 2010, dépassé de 738 millions d'euros dont :

- Un dépassement de 230 millions d'euros de l'objectif soins de ville. Ce dépassement, le plus faible enregistré depuis 2005, est inférieur aux prévisions d'exécution de la CCSS d'octobre 2009 (350 M€), prévisions qui servaient de base à la construction de l'ONDAM 2010. Au total, les dépenses de soins de ville relevant du champ de l'ONDAM ont progressé de 3,5% en 2009. Encore faut-il signaler que l'année a connu deux forts épisodes de grippe : une grippe saisonnière en début d'année et l'épisode de grippe H1N1 qui court du mois de septembre au mois de novembre. Ces deux évènements ont engendré un surplus de dépenses de prestations concernant surtout les postes généralistes, indemnités journalières et médicaments.
- Un important dépassement sur les objectifs (620 M€) concernant les établissements sanitaires. Le fort « sur dépassement » par rapport aux prévisions d'exécution de la CCSS d'automne (160 M€) s'expliquerait notamment par une augmentation supérieure à ce qui était attendu du volume d'actes du fait de la mise en œuvre au 1er mars 2009 de la nouvelle classification des séjours. Par ailleurs, la prise en charge par l'hôpital des affections respiratoires sévères liées à la grippe H1N1 a également contribué à ce fort dépassement.

- **pour les remboursements de soins hospitaliers :**
 - Une hypothèse **d'évolution des dépenses de +3,3% a été retenue**. Cette hypothèse s'inscrit dans le prolongement de l'évolution moyenne constatée sur 2005-2008 en date de soins (voir analyse ci-dessus).
- **pour les remboursements de dépenses dans les établissements médico-sociaux :**
 - Il s'agit d'une hypothèse conventionnelle, puisque les dépenses à la charge de l'assurance maladie sont plafonnées et que l'évolution est donc déconnectée de la croissance effective du secteur, beaucoup plus rapide sur les dernières années. L'hypothèse retenue pour la projection tendancielle est de **+5%**.

Au total, la progression de l'ONDAM s'établirait tendanciellement à +4,2% :

tous régimes	2010 (Md€)	evol tendancielle 2011/2010	Prévisions tendancielle 2011 (Md€)
soins de ville (prestations)	73,3	4,9%	76,9
hors prestations	1,9	5%	2,0
Total soins de ville	75,3	4,9%	78,9
Total établissements sanitaires	71,0	3,3%	73,3
Total établissements médico sociaux	15,1	5,0%	15,9
Autres prises en charge	1,0	5,0%	1,1
TOTAL ONDAM	162,4	4,2%	169,2

5.2. Les mesures 2011

Pour atteindre l'objectif annoncé par le président de la République, 2,2 milliards d'euros de mesures d'économies sont nécessaires. Ce niveau d'effort reste en ligne avec ceux menés ces dernières années et peut donc être atteint dans le cadre d'un équilibre relativement comparable.

L'évolution des différents sous-objectifs doit prendre en compte la politique de développement du médico-social et le nécessaire rééquilibrage entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, prévus notamment à l'article 8 et dans le rapport annexé à la loi du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012.

Impact en 2010 des propositions de l'assurance maladie

	Impact sur l'ONDAM	Impact sur le régime général
Evolution des tarifs des produits de santé et prestations de soins	800	665
Maîtrise médicalisée soins de ville	500	415
Actions GDR ARS à l'hôpital	300	250
Lutte contre la fraude	150	125
Autres actions structurelles et médico-social	450	375
Total	2200	1830

5.3. Le compte de la CNAMTS après mesures

Le compte prévisionnel est construit avec les hypothèses macro-économiques suivantes :

HYPOTHESES MACRO ECONOMIQUES	2 009	2 010	2 011
PIB en volume	-3,00%	1,40%	2,50%
PIB en valeur		2,5%	4,0%
masse salariale secteur privé <i>champ URSSAF</i>	-1,30%	0,4%	3,7%
masse salariale secteur public	2,3%	2,0%	2,0%
prix à la consommation hors tabac	0,4%	1,20%	1,50%

Sous ces hypothèses et celle du respect de l'ONDAM à 2,9%, le déficit de la CNAMTS s'établirait à 13,4 milliards d'euros en 2011.

	2007	2008	%	2009	2010	2011
Charges nettes	139 981	145 175	3,7%	150 285	3,5%	155 005 3,1%
Agrégat prestations	120 278	125 022	3,9%	129 772	3,8%	134 440 3,6%
Prestations hors ondam et cnsa	7 967	8 021	0,7%	8 197	2,2%	8 099 -1,2%
lj maternité et paternité	2 651	2 790	5,2%	2 857	2,4%	2 914 2,0%
Invalité	4 398	4 435	0,8%	4 458	0,5%	4 274 -4,1%
décès	158	161	1,9%	161	0,0%	162 0,5%
action sanitaire et sociale	380	215	-43,4%	254	18,1%	259 2,0%
actions de prévention	381	419	10,0%	467	11,5%	490 4,9%
Charges techniques	5 621	5 963	6,1%	6 150	3,1%	6 048 -1,7%
compensations	1 850	1 834	-0,0086	1 994	0,08724	2 094 5,0%
transferts d'équilibre	1 049	1 204	0,14776	1 161	-0,0357	1 234 6,3%
prises en charges de cotisations	1 627	1 780	0,09404	1 752	-0,0157	1 763 0,6%
autres transferts et subventions	887	829	-0,0654	1 079	0,30157	699 -35,2%
CMU_C	209	238	0,13876	141	-0,4076	237 68,1%
autres	-1	78	-79	23	-0,7051	21 -8,7%
Charges de gestion courante	5 848	5 776	-1,2%	6 049	4,7%	6 179 2,1%
Charges financières	255	367		54		213
Charges exceptionnelles	12	26		63		26
Produits nets	135 353	140 727	4,0%	139 713	-0,7%	141 937 1,6%
Cotisations et exonérations compensées	77 038	79 824	3,6%	79 206	-0,8%	80 431 1,5%
reprises sur provisions pour creances _dotations sur creances et pertes de créances	-742	-981	32%	-1631	66,3%	-1091 -33,1%
CSG	49 793	52 208	4,9%	50 860	-2,6%	50 807 -0,1%
autres ITAF	4512	4957	9,9%	5959	20,2%	6598 10,7%
produits entités publiques autres que l'Etat	670	754	12,5%	796	5,6%	796 0,0%
apport net CNSA	574	687	19,7%	862	25,5%	987 14,5%
autres prises en charges de prestations	204	218	6,9%	216	-0,9%	224 3,7%
compensations	490	185	-62,2%	297	60,5%	444 49,5%
transferts d'équilibre	136	142	4,4%	196	38,0%	149 -24,0%
transferts CNAT	410	410	0,0%	710	73,2%	710 0,0%
Autres produits techniques	1836	1666	-9,3%	1610	-3,4%	1454 -9,7%
produits de gestion courante	364	343	-5,8%	456	32,9%	357 -21,7%
produits financiers	10	7	-30,0%	6	-14,3%	6 0,0%
produits exceptionnels	58	307	4,2931	170	-0,4463	65 -61,8%
résultat net	-4 628	-4 448		-10 572		-13 353

Sans recettes complémentaire et dans l'hypothèse du maintien des recettes actuellement affectées à l'assurance maladie, le déficit se stabiliserait juste au dessus de 13 milliards d'euros.

