Vers quel système de santé va la société ?

Claude LE PEN
Université Paris-Dauphine

33^{ème} journées de la SFSPM Marseille, 11 Novembre 2011

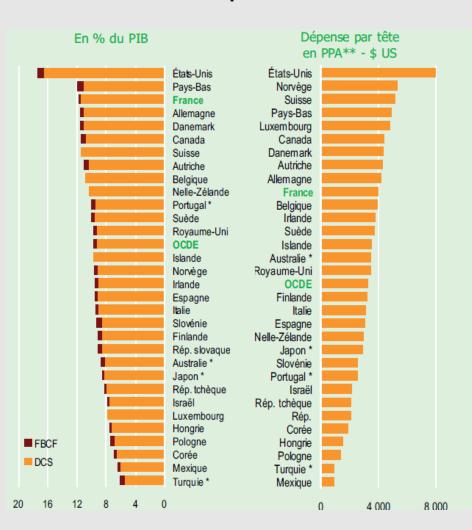
Coût de la santé : 234 Mds euros Consommation de soins : 175 Mds euros....

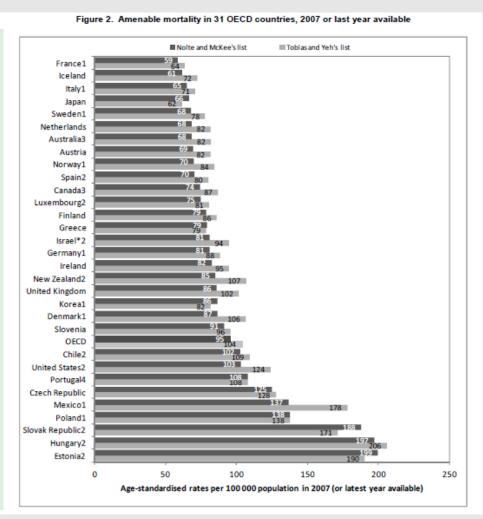
| | (en | Valeur milliards d'eu | ıros) | Taux d'évolution annuel (en %) | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|-----------------------------------|------|------|--|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| 1- Soins hospitaliers | 76,2 | 79,1 | 81,2 | 3,5 | 3,8 | 2,6 | |
| publics | 58,2 | 60,3 | 61,8 | 3,0 | 3,6 | 2,5 | |
| privés | 18,0 | 18,9 | 19,5 | 5,0 | 4,7 | 3,1 | |
| 2- Soins de ville | 42,1 | 43,2 | 44,0 | 3,3 | 2,7 | 1,8 | |
| médecins | 18,2 | 18,5 | 18,4 | 2,2 | 1,6 | -0,7 | |
| dentistes | 9,6 | 9,7 | 9,9 | 2,6 | 1,6 | 2,4 | |
| auxiliaires médicaux | 9,9 | 10,4 | 11,0 | 6,3 | 5,9 | 5,5 | |
| analyses | 4,1 | 4,2 | 4,3 | 2,7 | 2,2 | 1,7 | |
| cures thermales | 0,3 | 0,3 | 0,3 | -0,6 | 0,1 | 3,5 | |
| 3- Transports de malades | 3,4 | 3,6 | 3,8 | 4,5 | 6,5 | 5,2 | |
| 4- Médicaments | 33,4 | 34,1 | 34,4 | 2,1 | 2,0 | 1,1 | |
| 5- Autres biens médicaux | 10,7 | 11,0 | 11,6 | 6,2 | 2,9 | 5,5 | |
| CSBM (1++5) | 165,7 | 171,0 | 175,0 | 3,3 | 3,2 | 2,3 | |

Sources • DREES, Comptes de la santé - Base 2005.

^{* :} Consommation de Soins et Biens Médicaux

Le 32^{ème} pays au monde pour les dépenses de santé mais le 1^{er} pour la mortalité évitable





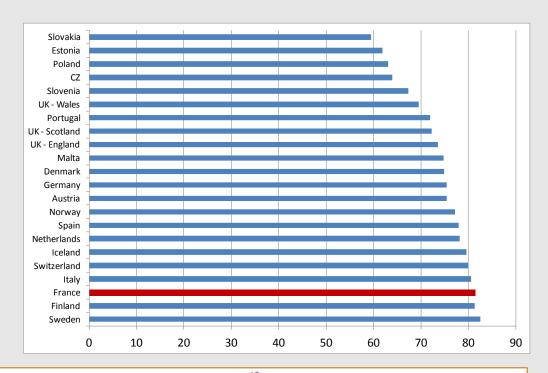
Le Cancer : 8% des dépenses de Sécurité Sociale 30% des causes de décès

| Soins en établissements de santé | 7 184 885 521 € | 66% |
|---|-----------------|-------------|
| Valorisation des séjours base PMSI 2004 | 6 240 969 055€ | <i>57</i> % |
| Radiothérapie privée (SAE) | 398 362 685€ | 4% |
| Molécules onéreuses | 470 553 781 € | 4% |
| MIGAC | 75 000 000 € | 1% |
| | | |
| Soins de ville | 3 701 304 663 € | 34% |
| Soins ambulatoires | 1 632 928 528€ | 15% |
| Médicaments et autres biens médicaux | 1 415 204 724€ | 13% |
| Transport | 653 171 411 € | 6% |

| | Types de coûts | Évaluation (en k€ sauf #1) |
|----|---|-------------------------------|
| 1. | Impact de la maladie sur la vie des personnes | |
| | - Années potentielles de vie perdues | env. 2 300 000 |
| 2. | Le coût des soins* | 10 886 190 |
| | - Soins en établissements de santé | 7 184 885 |
| | - Soins de ville | 3 701 305 |
| 3. | Pertes de production | |
| | Pertes de productivité par les agents économiques du fait d'arrêts maladie, évaluées par la méthode « coûts de friction » | 527 811 |
| | Pertes de production potentielle du fait de la mortalité par cancer, évaluées par la méthode « Flux de Revenus Actualisés » | 16 921 070 |
| 4. | Politiques de prévention primaire participant à la lutte contre les cancers* | 120 000 |
| | - Tabac | 46 000 |
| | - Alcool | 63 000 |
| | - Nutrition/exercices physiques | 11 000 |
| 5. | Dépistages organisés* | 247 900 |
| | - Cancer du sein | 194 200 |
| | - Cancer colorectal | 53 700 |
| 6. | Recherche publique* | 670 000 |
| | - Subventions de l'État aux organismes de recherche et aux universités | 324 000 |
| | - Subventions de l'Assurance Maladie aux établissements de santé | 302 000 |
| | - Contrats publics de recherche fléchés cancer | 44 000 |

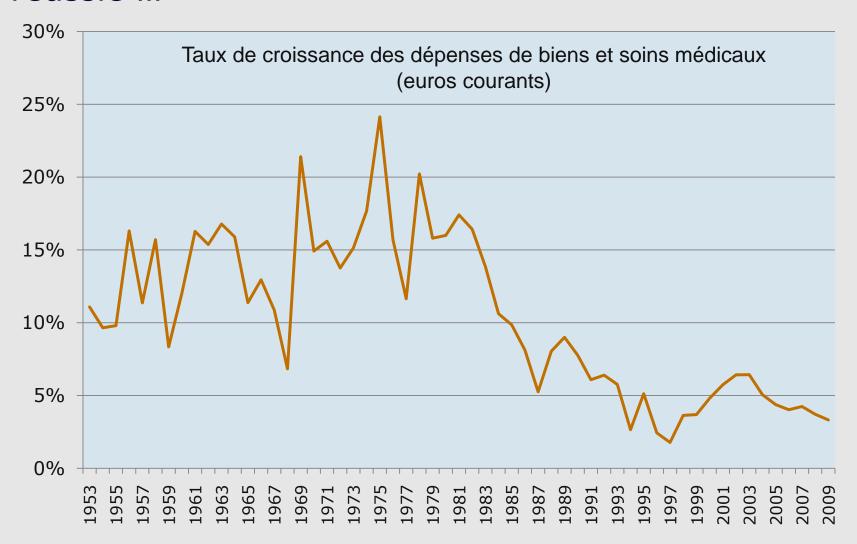
Mais de bons indicateurs pour beaucoup de localisations

Cancer du sein : Taux de survie relatif à 5 ans

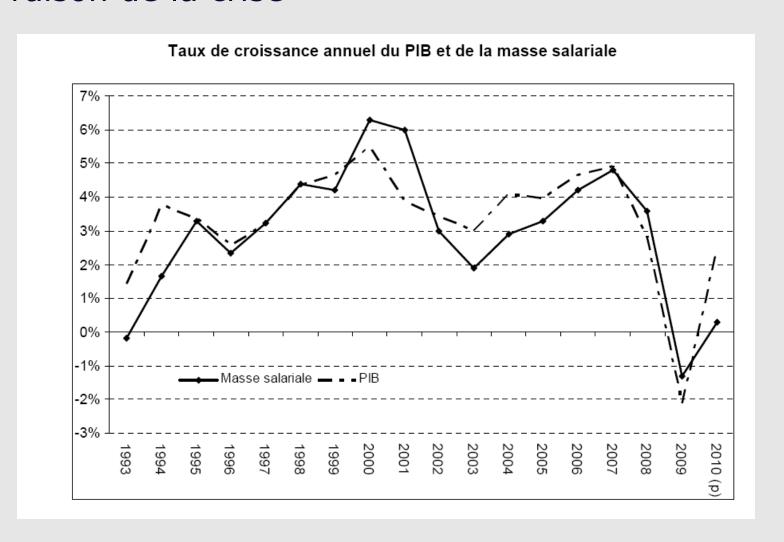


■ Enfin, les données mondiales de l'étude CONCORD¹⁰ mettent en évidence de grandes variations des taux de survie à 5 ans des patients diagnostiqués pour les cancers du sein, du côlon (femme et homme) ou de la prostate et positionnent la France dans les pays ayant les meilleures survies (respectivement 8°, 2°, 5° et 6°) pour ces localisations.

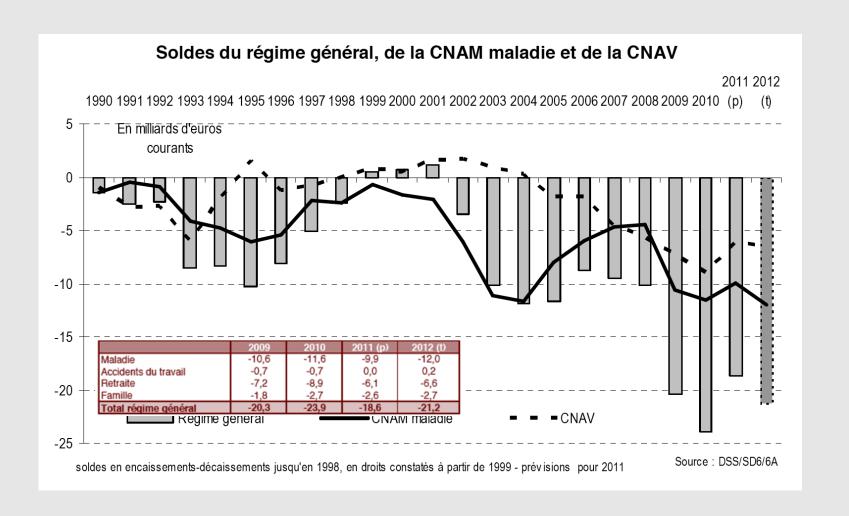
Evolution des dépenses de santé : une maîtrise réussie ...



... mais un effondrement sans précédent des recettes en raison de la crise



Et donc des déficits aggravés et persistants...



...financés par l'emprunt et la dette



- Dette sociale reprise par la <u>CADES</u>, (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale), créée par le Plan Juppé en 1996.
- Bénéficie de La (CRDS), une contribution para-fiscale de 0,5% sur tous les revenus
- Depuis 2005, tout transfert de charges à la Cades doit s'accompagner d'un transfert de recettes

Opérations 2009

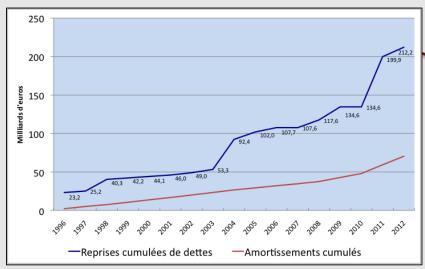
- Reprise de 27 Mds de dettes
- Affectation de 0.2 point de CSG
- Opérations 2010
 - Pas de transferts de dette à la CADES
 - Endettement à court terme via le relèvement du plafond d'endettement de l'ACOSS à 65 Mds €
- Opérations 2011
 - Transfert de 130 Mds d'EUR à la CADES
 - Apport de 0,28 points de CSG, soit 3,2 Mds €
 - Report de la date d'extinction à 2025

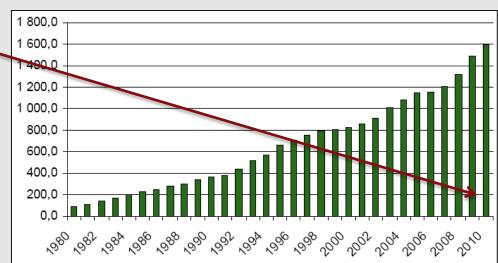
| Recettes | | Dépenses | |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| CRDS | 6,0 Mds € | Amortiss. | 5,1 Mds € |
| GSG | 2,1 Mds € | Intérêts | 3,0 Mds € |
| Total | 8,1 Mds € | Total | 8,1 Mds € |

Une dette sociale égale à 10% de la dette publique totale

Dette reprise et dette amortie de la CADES (1996-2010)

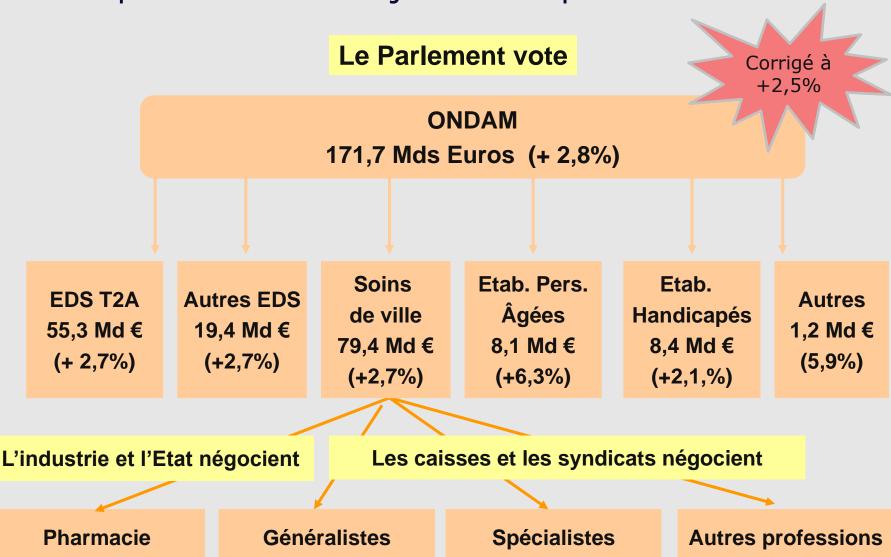
Dette publique totale (1980-2010)





Milliards d'Euros

ONDAM pour 2012 : une croissance modérée correspondant à une injection de près 5 milliards



Et pourtant un plan de maitrise particulièrement sévère

| | LFSS pour 2011 | PLFSS pour 2012 | |
|---|-------------------|--------------------|--|
| Total des « économies » | 2,0 Mds € | 2,2 Mds € | |
| Dont : | | | |
| Evolution des tarifs des produits de santé | 425 M € | 670 M € | |
| Maitrise médicalisée des prescriptions | 468 M € | 550 M € | |
| Autres mesures médicament (grossistes, déremboursements, TFR) | | 100 M € | |
| Ajustement des tarifs des professionnels de santé | 170 M € | 170 M € | |
| Convergence tarifaire ciblée +performance hôpital | 348 M € | 245 M € | |
| Baisse des remboursements | 311 M € | | |
| Réforme calcul indemnités journalières | | 220 M€ | |

500 M € de plus ONDAM 2012 réduit à 2,8% (2,5%?)

- Un plan d'économies de 2,2
 Mds euros en 2012 contre 2,0
 Mds en 2011 (CNAMTS) dont la moitié pour le médicament
- Des « ajustements tarifaires » en 2012 qui représentent 2 à 2,5 points de croissance du marché ville
- Des déremboursements (40 M€)
- De nouvelles taxes : 150 M€
 - Contribution à l'AFSSAPS
 - Taxes CA
 - Taxes formation continue

Les Pistes de réflexion

- La Recherche de gains de productivité
 - De la médecine "libérale" à la médecine ambulatoire
 - Une Gestion hospitalière plus rigoureuse
 - Une approche médico-économique
- Une réforme du financement
 - Augmentation des prélèvements obligatoires
 - Rôle des complémentaires
- Une réforme des prises en charge
 - Réforme ALD
 - Franchises et Prestations sous condition de ressources
- Un changement de mode d'organisation de la Sécurité
 Sociale

Gains de productivité en santé

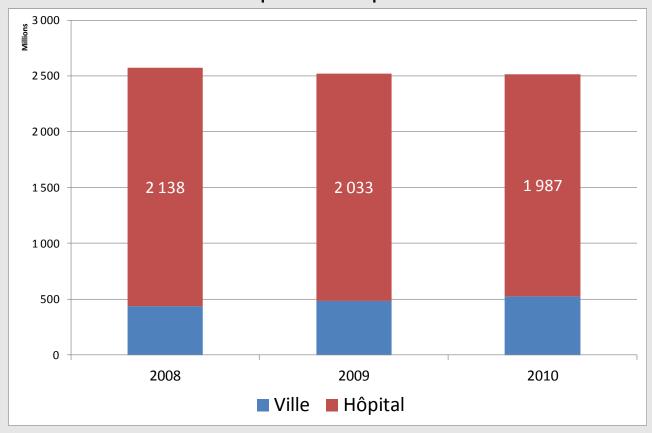
- Les gains de productivité sont censés
 - Apporter des ressources nouvelles (ressources latentes dans le système)
 - Sans remettre en cause la <u>qualité médicale</u> et <u>l'accès aux soins</u> des patients et la solidarité
- Des contraintes parfois mal vécues
 - Déremboursements de médicaments « inutiles »
 - Contraintes sur l'exercice médical
 - Affirmation du pouvoir des gestionnaires
 - Obligation de résultat au-delà de l'obligation de moyens
- Une contradiction à assumer.

Médicaments anti-cancéreux à l'hôpital : un quasidoublement entre 2004 et 2007

| | Annual consumptions in value (million of euros) | | Growth rate between 2004 and 2005 | Average annual growth rate between 2004 and 2007 | Average annual growth rate between 2005 and 2007 | | |
|---|---|--------|---|---|---|-------|-------|
| LO1 Class | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 22.20/ | | |
| L01 Class | 460.7 | 613.9 | 748.6 | 841.3 | 33.3% | 22.5% | 17.2% |
| L01A | 3.5 | 5.0 | 6.3 | 7.3 | 42.9% | 28.2% | 21.0% |
| L01B | 51.6 | 79.6 | 88.2 | 97.1 | 54.3% | 25.1% | 10.5% |
| L01C | 151.3 | 157.1 | 148.5 | 140.5 | 3.8% | -2.3% | -5,5% |
| L01D | 32.1 | 33.4 | 34.5 | 35.6 | 4.0% | 3.5% | 3.3% |
| L01X | 222.2 | 338.8 | 471.1 | 560.8 | 52.5% | 36.9% | 29.0% |
| All drugs of the list out of GHS | - | 1138.0 | 1342.1 | 1591.0 | - | - | 18.2% |
| L01 class share in the list out of GHS | - | 53.9% | 55.8% | 52.9% | | | |

Mais une croissance maîtrisée...

Classe L01 en prix fabriquant hors taxes



Achats hospitaliers aux « prix catalogue »

Des gains de productivité à l'hôpital ?

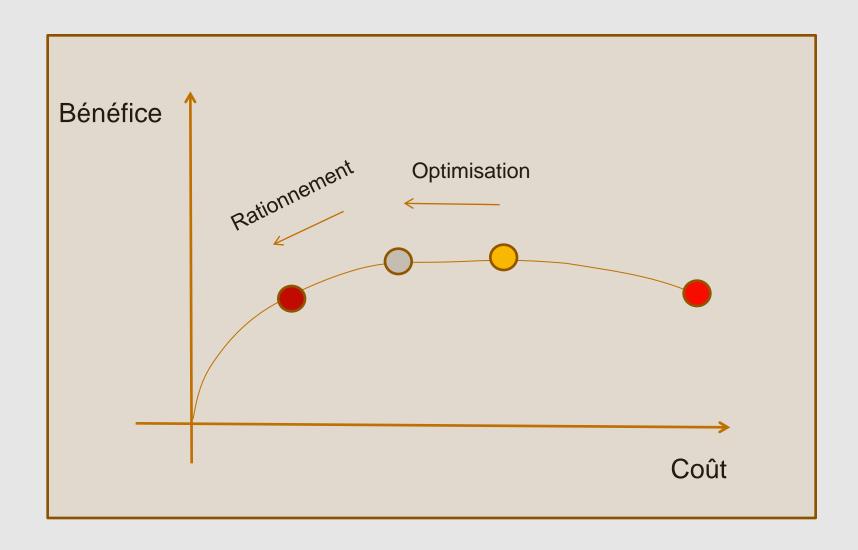
Loi HPST

- Regroupement des établissements (communautés hospitalières de territoire)
- Nouvelle gouvernance
 - Directoire + Conseil de surveillance
 - Chef d'établissement recruté sur le marché
- Nouveaux statuts
- -Evolution du statut des PH
- Nouveaux modes de gestion
 - Assouplissement du code des marchés publics
 - Clarification des règles comptables
 - Evaluation et accréditation de la recherche

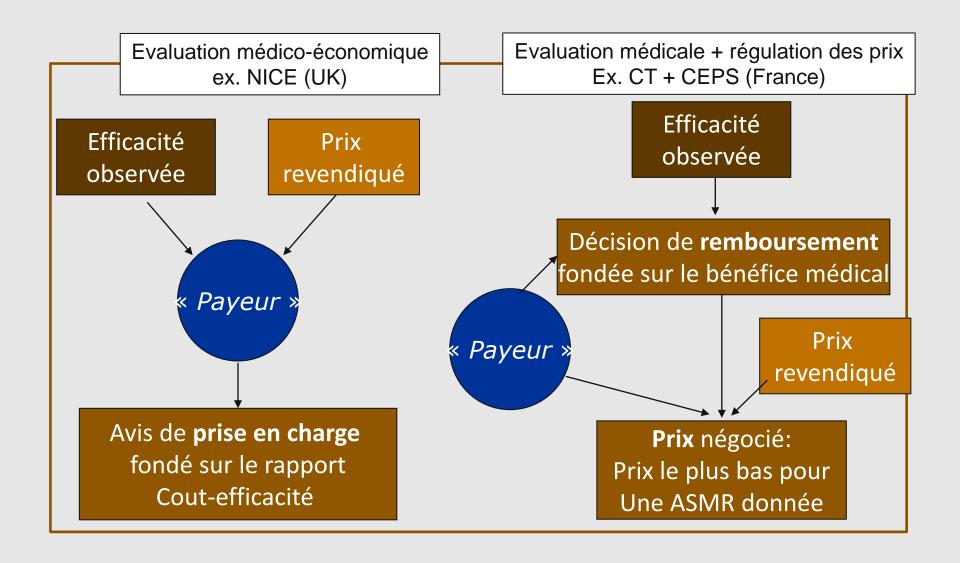
Vers une logique médico-économique?

- Rôle de la HAS : Guidelines « médico-économiques »
- Fin de la sanctuarisation de l'oncologie, des maladies rares, des médicaments innovants ?
 - Statut particulier pour les traitements supérieurs à 50.000€/patient/an
- Peut-on continuer à payer n'importe quel prix sous prétexte que le bénéfice médical est >0 (p=5%)
- Des modèles agressifs au Royaume-Uni
 - Calcul de QALYs
 - Seuil d'acceptabilité (£ 30,000/QALYs)

Deux médico-économies...



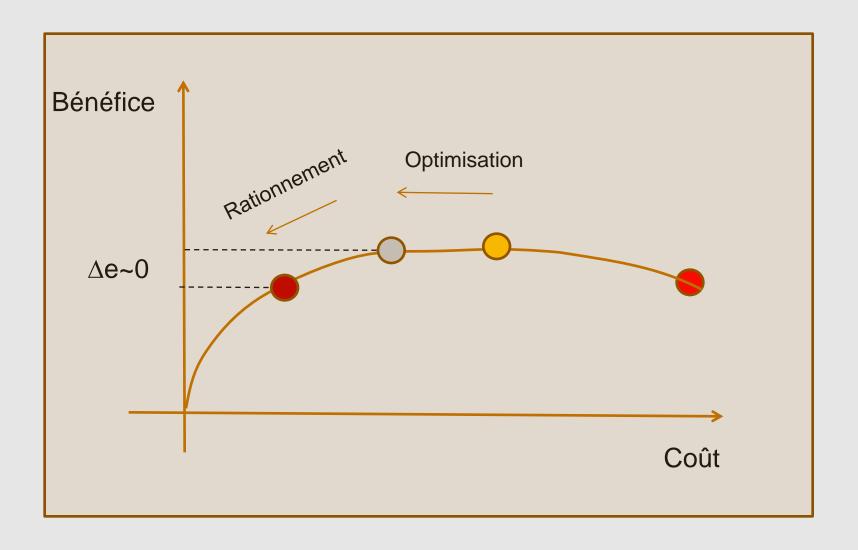
Deux médico-économies



La Logique médico-économique

- Pas de rationnement économique explicite (Coût par QALY)
 - Une logique utilitariste (maximisation du résultat sous contrainte) étrangère à la philosophie médicale « déontologique »
 - Pas de possibilité de définir des seuils d'acceptabilité en coût par année de vie
- Mais un rationnement « médicalement justifié »
 - Des incitations fortes à introduire un élément de régulation
 - Possibilité de définir des <u>seuils d'activité minimaux</u>, indépendants de ceux de la recherche clinique
 - Un rationnement économique « médicalement justifié »

Deux médico-économies...



D'un système d'assurance à un système d'assistance?

Le type « Beveridgien »

- Pays : RU, Italie, Espagne,
 Portugal, Grèce, Scandinavie
- Objectif : Assistance, garantie de ressources vs les aléas de la vie (maladie, chômage, décès, etc.)
- Cible: population générale
- Financement : fiscal
- Gestion : Etat (Systèmes nationaux de santé)
- Redistribution : verticale (riches-pauvres)
- Philosophie : assistance et solidarité
- Organisation des soins : tutelle publique

Le type « Bismarkien »

- Pays : France, Allemagne,
 Benelux, Autriche, Israël
- <u>L'objectif</u>: compensation
 assurantielle de la maladie
 (arrêts de travail, soins)
- Cible: travailleurs
- Financement : cofinancement employeursemployés
- Gestion: caisses autonomes
- Redistribution: horizontale (bien portants-malades)
- Philosophie : assurantielle et corporatiste
- Organisation des soins : libérale (indépendante)

D'un système d'assurance à un système d'assistance?

Les étapes

- Fiscalisation (CSG 19890, 1998)
- Universalisation (CMU, 1999)
- Etatisation (Plan Juppé, 1996, Loi Douste-Blazy, 2004, Loi HPST, 2009)
- Développement d'une Assistance (développement des ALD, CMU, fiscalisation)

Les tendances

- Financement moins contributif (plus fiscalisé)
- Prestations plus « sociales » (malades et pauvres)
- Participation des ménages plus grandes aux « petit risque »
- Gestion plus rigoureuse des institutions de santé
- Influence économique sur les choix de santé

Des conséquences importantes

- Des implications
 - Médicales
 - Faut-il redéfinir le bénéfice clinique ?
 - Quelle évaluation « santé publique » des traitements ?
 - Ethiques
 - Bénéfice collectif vs bénéfice individuel
 - Approche « utilitariste » vs approche déontologique
 - Sociales
 - Quel rôle, Quels droits du patient ?
 - Une logique d'assistance ?
 - Séparation des risques ?
 - Assurance privée ?
- Bien au-delà des conséquences économiques

Merci de votre attention