

# Commission pour la Libération de la Croissance Française

## Atelier « santé » du 26 mai 2010 - Note de cadrage

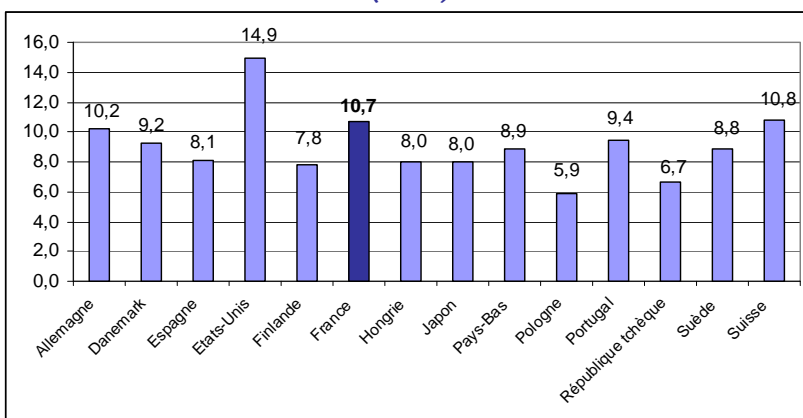
### A. Eléments de cadrage et de contexte

#### 1. La santé, secteur clé de l'économie, est un vecteur de croissance

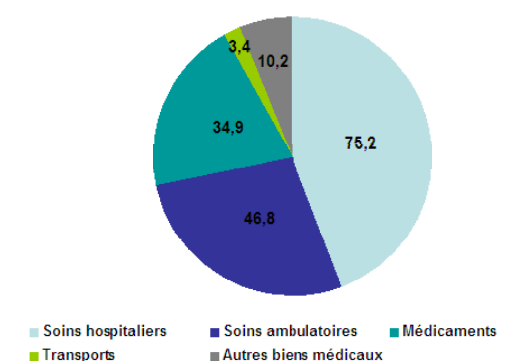
##### 1.1. Un poids économique élevé

- Représentant près de 11% du PIB, le secteur de la santé occupe une place majeure dans l'économie française. Ce poids économique ne cesse de croître : il a doublé en quarante ans et pourrait dépasser 20 % du PIB d'ici 2030-40.
- Le secteur de la santé contribue fortement à l'emploi et notamment à l'emploi qualifié : sur près de 2 millions (soit 9 % de la population active), 1 millions sont des personnels médicaux. La croissance des emplois dans cette filière a été 6 fois plus importante que le rythme d'évolution de l'emploi total durant les deux dernières décennies.
- La consommation des dépenses de santé augmente plus vite que le revenu disponible (élasticité consommation-revenu constatée de 1,3 en moyenne). De fait, les données de l'OCDE<sup>1</sup> montrent que le revenu disponible rend compte à 95 % des dépenses de santé à la fois en évolution dans le temps et en niveau par pays, indépendamment de la diversité des systèmes de soins et de leurs modes de financement.

Part des dépenses de santé (en % du PIB)- source Eurostat (2009)



Nature des dépenses de santé



Source : DREES, Comptes de la santé, 2008

<sup>1</sup> Source : OCDE Eco-santé : statistiques et indicateurs pour 30 pays, 2009

## 1.2. La santé : un des moteurs de la croissance

- Les dépenses de santé sont présentées comme une charge dont le poids croissant menace la compétitivité d'ensemble du secteur productif. C'est oublier qu'elles **participent activement au secteur productif** (contribution directe à la croissance de 0,35 point) et créent par ses effets d'entraînement des externalités positives sur la croissance selon plusieurs canaux :
  - **La santé développe le « capital humain et santé »** de la Nation dont la conséquence première est l'augmentation de l'espérance de vie<sup>2</sup>. Celle-ci autorise l'allongement de la durée de vie active, l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de travail et l'élévation du niveau d'étude dont la charge est amortie sur une période plus longue. A cet égard, la France qui présente l'un des taux d'activité des seniors les plus bas de l'OCDE en même temps que l'un des meilleurs niveau d'espérance de vie après le Japon se prive d'un potentiel considérable d'activité et de croissance.
  - **L'effet d'entraînement des dépenses de santé** sur les consommations intermédiaires des autres secteurs productifs est en moyenne de 0,45%<sup>3</sup>, ce qui en termes de poids relatif dans l'économie comme d'effet contributif rapproche la branche « santé » de branches comme « les transports et les télécommunications » ou « le bâtiment et le génie civil »<sup>4</sup>. Contribuant positivement à la balance commerciale, la santé constitue un secteur stratégique de l'économie par sa contribution directe et indirecte, en tant qu'activité productive, à la croissance du PIB. Le développement de la santé ouvre des perspectives de marchés considérables à l'industrie pharmaceutique et aux industries de services (informatique, logistique, restauration, services à la personne,...).

## 1.3. Un niveau de qualité des soins reconnu mais en perte de vitesse

Le système de santé français est régulièrement placé en tête des classements comparatifs mondiaux<sup>5</sup> en raison de la qualité des soins, du large accès garanti à tous et de sa régulation par le « remboursement » qui permet de concilier équité, stimulation des acteurs à travers l'exercice libéral de la médecine de ville et émulation entre secteurs publics et privés pour l'hôpital. Ce système de qualité que l'on dit coûteux et prompts aux gaspillages présenterait un niveau d'efficacité parmi les plus élevés du monde<sup>6</sup>. Toutefois, traditionnellement en tête du classement effectué par la *Health Consumer Powerhouse*, l'évaluation de notre système de santé a été rétrogradée de la 1<sup>ère</sup> place en 2007 à la 7<sup>ème</sup> en 2009, en raison notamment de sa lenteur à adopter une gestion en réseau et des délais excessifs d'attentes chez les spécialistes.

Rang	Pays	Note / 1000
1	Pays-Bas	875
2	Danemark	819
3	Islande	811
4	Autriche	795
5	Suisse	788
6	Allemagne	787
7	France	778
8	Suède	762
9	Luxembourg	760
10	Norvège	740

Source : *Health Consumer Powerhouse, 2009*

<sup>2</sup> Au cours de ces 160 dernières années, l'espérance de vie des pays de peloton de tête a augmenté de manière linéaire de 3 mois supplémentaire par an

<sup>3</sup> L'effet d'entraînement mesure l'augmentation des consommations intermédiaires dans l'économie nationale liée à un surcroît de dépense de santé. Elle se décompose à raison de 0,65% pour l'industrie pharmaceutique, 0,45% pour la santé marchande et 0,30% pour la santé non marchande - travaux de Majnoni d'Intignano, Auray et Duru, 2001

<sup>4</sup> Analyses de comptabilité nationale de l'INSEE - Travaux d'A. Bocognano et N. Raffy-Pihan, 2005

<sup>5</sup> Classé 1<sup>er</sup> par l'Organisation mondiale de la santé, 1<sup>er</sup> par l'Institut Health Consumer Power House en 2006 et 2007

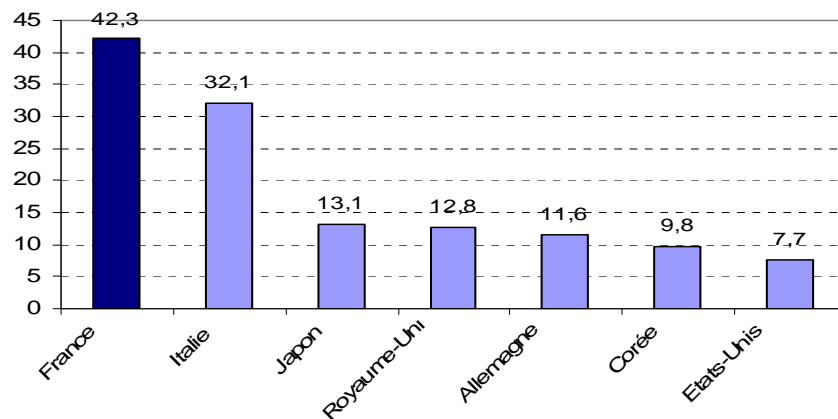
<sup>6</sup> Cf. annexe n°1 - Etude comparative d'efficacité des systèmes de santé, Institut Fritz Beske, cité dans *Problèmes Economiques* n°2.927

## 2. Une nécessaire maîtrise des dépenses de santé garantissant la qualité des soins

### 2.1. *Un financement qui pèse sur la compétitivité de notre économie*

Le financement des dépenses de santé est encore exagérément assis sur les revenus du travail ; il, pèse d'un poids élevé sur le coût du travail, le pouvoir d'achat et la compétitivité de notre économie. Le niveau de nos charges sociales (toutes prestations confondues) est ainsi l'un des plus lourds du monde. Nous sommes à bien des égards parvenus au bout de cette logique.

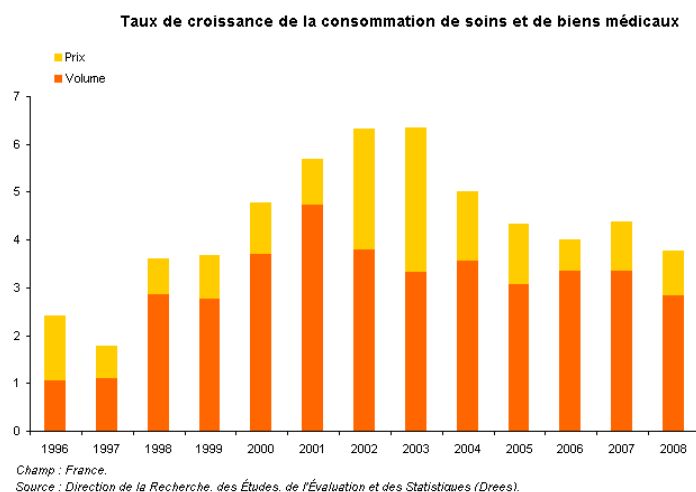
Nos charges sociales sont parmi les plus lourdes du monde  
(charges sociales de l'employeur sur un salaire moyen, OCDE, 2008)



### 2.2. *Une dynamique de dépenses très difficilement maîtrisée*

#### ➤ *Une augmentation des dépenses structurellement supérieure à la croissance*

Les dépenses de santé augmentent structurellement plus vite que la croissance de l'économie (à un rythme de +1,3 pt en moyenne supérieur à la croissance du PIB ces 10 dernières années), même si depuis deux ans des signes de maîtrise apparaissent. Le secteur de l'assurance maladie a fortement pâti de la crise économique. Le recul de la masse salariale (- 2 %) a entraîné une baisse des rentrées de cotisations sociales et aggravé le déficit de l'assurance maladie à 11,5 milliards d'euros en 2009, sur un déficit global du régime général à 23,5 milliards d'euros. Les dépenses de santé ont en revanche été contenues avec 3,4 % en 2009, avec une croissance de l'ONDAM qui dépasse seulement de 0,1 % le taux voté (3,3 %) dans la LFSS 2009. Pour 2010, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit de limiter le taux de l'ONDAM (objectif de dépense d'assurance maladie) à 3 % (2,8 % pour les soins de ville, 2,8 % pour le secteur hospitalier et 5,8 % pour le médico-social).



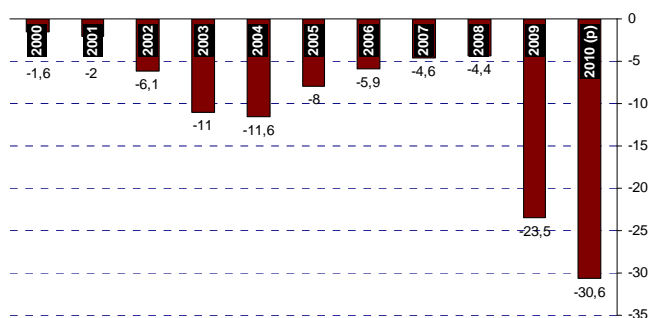
A court terme, les principales sources de maîtrise à court terme sont attendues de :

- **L'adaptation de l'offre de soins** est au cœur de la politique hospitalière avec la loi HPST et la création de communautés hospitalières de territoire (CHT) qui vont permettre aux établissements de santé de se rapprocher et de coordonner leurs ressources autour d'un plateau médical pluridisciplinaire doté de compétences et d'équipements nécessaires pour un bassin de population donné;
- De l'intensification de la maîtrise médicalisée pour la médecine de ville (2 Md€ d'économies attendues). Les outils de maîtrise médicalisée portant sur les affections longue durée (14% des assurés représentant près de 65% des dépenses), le déploiement de référentiels médico-économiques de la Haute Autorité de santé, devraient contribuer à freiner la croissance des dépenses de prescription ;
- D'une meilleure maîtrise des indemnités journalières, qui ont progressé de 7 % en 2009, ainsi que par la poursuite de la pratique de « déremboursement » pour les médicaments dont le service médical est jugé faible ou insuffisant.

➤ *Une augmentation des déficits qui contribue à l'augmentation de la dette sociale*

Dans ce contexte, le régime de l'assurance-maladie cumule des déficits de plus en plus élevés : 11,5 Md€ en 2009 et 14,5 Md€ prévus en 2009. Cette dégradation est principalement liée à la crise : la chute des revenus du travail a privé l'assurance-maladie de 21 Md€ de recettes, par ailleurs le gouvernement a fait le choix de laisser la protection sociale jouer un rôle d'amortisseur dans la crise. Ce déficit participe pour près de la moitié à l'augmentation du déficit du régime général et à celle de la « dette sociale », dont le montant de près de 120 Md€ en 2009 devrait doubler d'ici 2013.

Evolution du déficit du régime général (tous régimes confondus) (Md€)



Evolution prévisible de la dette sociale : un doublement d'ici 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Solde cumulé du régime général	-23,5	-54,1	-84,2	-113,6	-142,8
Solde cumulé du FSV	-3,0	-7,5	-11,5	-15,2	-18,3
<b>Total</b>	<b>-26,5</b>	<b>-61,6</b>	<b>-95,7</b>	<b>-128,8</b>	<b>-161,1</b>
Dette CADES (1)	-92	-87	-82	-77	-72
<b>TOTAL</b>	<b>118,5</b>	<b>148,6</b>	<b>177,7</b>	<b>206</b>	<b>233,1</b>

### ➤ Une inquiétude des patients sur la pérennité du système

Les patients<sup>7</sup> eux-mêmes bien que majoritairement satisfaits du service public de la santé font cependant part de leur inquiétude sur son évolution (risque de paupérisation, problème récurrent de financement, crainte d'une médecine à plusieurs vitesses, ...). Surtout, ils anticipent une réduction continue du taux de prise en charge « socialisée » des dépenses de santé et une augmentation concomitante du « reste à charge » pour l'assuré, même si ce reste à charge a peu évolué ces 15 dernières années.

Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux

	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Sécurité sociale	77,1	77,1	77,0	76,8	76,6	75,5
État et collectivités locales	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3
Organismes complémentaires	12,2	12,8	13,2	13,4	13,5	13,7
Mutuelles	7,3	7,7	7,7	7,8	7,9	7,7
Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,2	3,2	3,5
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,4	8,4	8,5	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : France.

Source : Drees, comptes de la santé (base 2000).

### 2.3. L'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé

La prévalence de la plupart des pathologies (notamment des maladies cardio-vasculaires, de la majorité des cancers et des maladies neuro-dégénératives) augmentant avec l'âge, le vieillissement devrait entraîner une augmentation des dépenses de santé de 0,5 point à 2 points de PIB d'ici à 2025. En outre, de nouveaux risques sanitaires, non liés au seul vieillissement, pourraient apparaître dans les années à venir (liés notamment aux pollutions environnementales ou aux nouveaux modes de vie). Par ailleurs, l'augmentation du montant des dépenses de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est estimée à une charge de 0,6 point de PIB à l'horizon 2025.

## 3. Une souhaitable adaptation de l'offre et des pratiques de soins

### 3.1. Plusieurs enjeux d'organisation de l'offre de soins

- Les perspectives de déclin démographique du nombre de médecins et les opportunités offertes par les nouvelles technologies doivent permettre de rationaliser l'offre de soins et d'améliorer leur qualité. Les mécanismes de régulation de la demande et de l'offre de soins font appel à des instruments divers. Pour l'hôpital public, une régulation par les prix avec la généralisation de la tarification à l'activité sans régulation par les volumes couplée à une régulation par l'agrément ; pour les cliniques privées, une régulation par les agréments ; pour la médecine de ville : une logique concurrentielle. Dans ce contexte, une carte sanitaire globale est en mesure de synthétiser pour l'ensemble de l'offre de soins les différentes problématiques de régulation. Cette réorganisation de l'offre de soins doit tirer pleinement parti des outils technologiques (télé-médecine, dossier médical personnel, ...).

Perspectives des effectifs de médecins

	1990	2002	2006	2010	2015	2025	2030
Médecine générale	93 387	100 541	103 939	100 514	99 665	97 119	104 559
Spécialités médicales	48 033	57 127	55 806	56 330	54 453	50 595	54 801
Spécialités chirurgicales	21 393	24 528	24 675	23 788	23 023	21 149	27 229
Psychiatrie	11 897	13 727	12 946	12 291	11 008	8 816	11 891
Biologie médicale	1 960	3 109	2 677	3 037	3 060	3 079	2 448
Santé publique et travail	800	6 153	7 715	6 171	5 528	5 208	4 666
<b>Total</b>	<b>177 470</b>	<b>205 185</b>	<b>207 758</b>	<b>202 130</b>	<b>196 737</b>	<b>185 966</b>	<b>205 593</b>

Champ : France.

Source : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees).

<sup>7</sup> Dernière enquête de l'institut Delouvrier sur l'évaluation des services publics, nov. 2007

- La France se situe en avant dernière position au sein de l'OCDE en matière de chirurgie ambulatoire, et plus largement d'accueil en hôpital de jour, qui présentent pourtant trois intérêts majeurs : la réduction du risque d'infections nosocomiales, l'amélioration du confort du patient, et un coût très sensiblement inférieur.
- Les urgences se substituent de plus en plus à la médecine de ville (consultations d'urgence à l'hôpital : +3,5% par an mais seulement 20% des cas donnent lieu à hospitalisation). Ce déséquilibre fort entre les hôpitaux et la médecine de ville en matière d'urgences semble lié autant à l'envolée du coût du dispositif de permanence des soins (PDS) ambulatoires qu'à l'augmentation de la demande en urgences hospitalières. La tendance à réaliser la permanence des soins au sein des urgences hospitalière s'avère coûteuse (mobilisation de ressources hospitalières chères) et peu rationnelle.
- Un partage insuffisant des compétences entre les acteurs de la santé créant frustrations et goulots d'étranglements. Par exemple, du côté des ophtalmologistes, les files d'attente peuvent atteindre un an sur Poitiers ou le nord des Deux-Sèvres. Si l'on peut prétexter un nombre insuffisant d'ophtalmologistes, il faut reconnaître qu'un nombre important de leurs consultations concerne des actes de base tels que des renouvellements de verres correcteurs. Or d'autres professions, tels les opticiens ou les optométristes, ont une formation suffisante pour réaliser ces actes de base. Ce constat peut être également partagé pour les médecins (ex : vaccins) et les dentistes (ex : détartrage) pour un certain nombre d'actes simples.
- Des acteurs du système de soin qui travaillent chacun en experts à la demande individuelle du patient et non en réseau en réponse à ses besoins de santé. Il est ainsi frappant de remarquer que la France fait partie des pays pratiquant le moins la médecine ambulatoire dit de « groupe » (39% des cabinets généralistes contre 97% en Suède et Finlande, 90% au Canada, 60% aux Pays-Bas). Aux Etats-Unis, le concept de « *disease management* » contribue à une prise en charge en réseau de l'ensemble des besoins des patients atteints d'affection de longue durée depuis les conseils sur l'hygiène de vie (centre d'appels), la planification du suivi et le suivi des soins jusqu'à la mise en réseau des spécialistes.
- Un écart de coût à l'acte de 25 à 30% au détriment des hôpitaux publics par rapport aux établissements privés à but non lucratif que n'explique que partiellement la différence de patientèle ou de pathologies traitées.

### 3.2. *L'opportunité de développer la prévention*

La France n'investit dans la prévention que 3 % des ses dépenses de santé (soit 92 € par habitant), alors que des pays comme la Grande-Bretagne ou l'Allemagne dépassent les 5%. Cet effort est d'autant plus insuffisant que de nouveaux facteurs de risque progressent, notamment ceux liés à l'obésité et au cancer. Plus généralement, la prévention a permis une élévation spectaculaire du niveau de vie ces cinquante dernières années, en effet la vaccination et l'hygiène ont fait beaucoup plus contre la mortalité que toutes les découvertes en médecine. Pour ne prendre que l'exemple du tabac - une des deux premières causes de mortalité prématurée -, le coût global porté par la société est chiffré à 37 Md€<sup>8</sup>. Grâce à l'ensemble des actions de prévention, la consommation de tabac en France a pu être divisée par deux.

De manière plus générale, l'encouragement à l'adoption de modes de vie plus responsables reste encore insuffisante. Les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, jusqu'à 80 % des cas de maladies coronariennes, 90 % des diabètes de type 2 et un tiers des cancers peuvent être évités en augmentant l'activité physique, en ayant une alimentation plus équilibrée et en arrêtant de fumer. Les enquêtes épidémiologiques mettent de plus en plus en avant l'environnement et surtout les styles de vie comme facteurs déterminants (plus de 60 %) de l'état de santé<sup>9</sup> d'une population, plus encore que la qualité des soins. Il est donc capital d'encourager les français à adopter des modes de vie plus responsables et plus sains.

<sup>8</sup> Kopp et Fenoglio, 2005

<sup>9</sup> Modèle de santé proposé par G.E. Denver « An Epidemiological Model for Health Policy Analysis », 1977

### 3. L'effort de recherche et l'industrie de la santé

La recherche a pris du retard, toute proportion gardée. L'effort de recherche médicale est croissant et a doublé en 15 ans (de 55 Md\$ en 1992 à plus de 130 Md\$ aujourd'hui). Depuis quelques années, notre pays accumule un retard important à tous les niveaux du processus d'innovation : quand les Etats-Unis y consacrent 48 Md€ (0,41% du PIB), la France n'investit que dix fois moins (5 Md€ soit 0,28% du PIB) ; les Etats-Unis déposent trois fois plus de brevets que l'ensemble de l'Europe réunie. La présence de centre de recherche médicale d'excellence constitue un facteur essentiel d'attractivité pour les industries pharmaceutiques (externalisation et partenariats avec des sociétés de biotechnologies). La recherche doit également s'appuyer sur une recherche hospitalière forte et d'excellence disposant d'une taille critique suffisante : 50% des projets de recherche hospitalière sont aujourd'hui portés par les trois premiers Centres Universitaires Hospitaliers (sur 29 CHU au total).

Enfin, l'industrie de la santé, en forte voie de consolidation, est de plus en plus exposée à la concurrence internationale, des entreprises américaines, britanniques et allemandes sur le marché du biomédicament mais également des pays émergents à bas coûts de main d'œuvre et de recherche. Ainsi, notre industrie pharmaceutique, qui reste la première d'Europe, connaît sous l'effet de la mondialisation et des délocalisations une perte de parts de marchés inquiétante (baisse de 7% à 5,0% entre 1996 et 2008) qui présente des enjeux tant économiques que stratégiques.

### B. Pistes de propositions

*Les éléments qui suivent visent à lancer le débat autour de quelques pistes de propositions fournies à titre indicatif dans le cadre du présent atelier. Ces pistes n'ont pas fait l'objet de discussions au sein de la Commission.*

#### Objectif 1     Mettre en place un système de financement pérenne, équitable et économiquement efficient

##### *1.1. Renforcer le dispositif de suivi et de pilotage de l'ONDAM*

#### Pistes de mesures :

- Déclencher la procédure d'alerte dès dépassement de 0,5% (au lieu des 0,75%) ;
- Associer le comité d'alerte à l'évaluation du réalisme de l'ONDAM dans le cadre de la préparation du PLFSS ;
- Instaurer des mécanismes de provisionnement pour risque de dépassement de l'ONDAM : Mettre en réserve une fraction des crédits budgétaires et conditionner la mise en œuvre de mesures nouvelles du PLFSS à l'exécution de l'ONDAM en cours de gestion ;

##### *1.2. Garantir le financement sans pénaliser le coût du travail*

Le financement essentiellement assis sur les revenus du travail accroît le « coin social-fiscal » et pèse de manière excessive sur le coût du travail et par conséquent la compétitivité de l'économie. Ces 20 dernières années, ce mode de financement a cependant changé en profondeur : la part des cotisations sociales assises sur les revenus du travail est passée de 90 à 60% (54% pour le risque maladie), la part de la fiscalité de 2 à 30% (43% pour le risque maladie). L'extension des prestations à l'ensemble de la population sous le seul critère de résidence et le développement de droits non contributifs, comme la Couverture maladie universelle (CMU), ont justifié cette évolution vers la fiscalisation, que l'on observe par

ailleurs dans la plupart des économies développées (dont notamment la récente réforme fiscale allemande). Les systèmes de financement les plus performants reposent sur des assiettes larges pour financer des prestations ouvertes à tous plutôt que sur les seuls salaires.

**Pistes de mesures :**

- **Rééquilibrage du financement au profit de la fiscalité directe :** fusionner l'IRPP et la CSG (transformation de la CSG qui une taxe proportionnelle en un impôt progressif) ;
- **Instauration d'une « TVA sociale »** dont les effets prévisionnels font l'objet de nombreux débats (risque inflationniste et de baisse du pouvoir d'achat selon le comportement de fixation des prix, effet positif sur la compétitivité prix et taxation des importations assimilable à une « dévaluation fiscale »...) et qui apparaît acceptable dans le cadre d'un ensemble de mesures visant à promouvoir la concurrence et la préservation du pouvoir d'achat ;
- **Fiscalité sur l'épargne** (notamment l'assurance-vie, si le régime actuel de franchise fiscale devait être remis en cause) ;

**1.3. *L'arbitrage entre logique assurantielle et logique de solidarité : l'hypothèse de la définition d'un « panier de soins »***

La définition d'un panier de soins pourrait constituer la première étape d'une réforme globale du système de santé destinée à distinguer les soins, pathologies, états faisant l'objet d'une couverture par le régime général de l'assurance-maladie, des soins, états ou classes de pathologies couverts partiellement ou à couvrir intégralement par un système d'assurance complémentaire, collectif ou individuel (mutuelle ou société d'assurance) obligatoire ou facultatif. La notion de « panier de soins » est, de fait, en vigueur dans le système de régulation actuel du système de santé : elle s'exprime dans le domaine des soins hospitaliers par les différents protocoles hospitaliers, ou dans le domaine des médicaments par la notion de service médical rendu qui justifie les différentes décisions de « déremboursement ». **Il s'agirait de rendre cette notion de « panier de soin » plus cohérente, plus transparente du point de vue de l'autorisation démocratique et financièrement plus responsabilisante pour les acteurs :**

**Pistes de mesures :**

- **Le panier de soins et ses modifications** seraient proposés et débattus, notamment dans le cadre de l'examen du PLFSS, assorti d'hypothèses de volumétrie des actes et des pathologies, le panier de soin ferait l'objet d'une évaluation financière au fondement même de la construction du projet de budget du PLFSS -volet assurance-maladie ;
- **La gestion de deux postes pourrait être transférée du régime obligatoire vers le régime complémentaire ou assurantiel :**
  - le poste « optique » (dont 5% des dépenses seulement sont prises en charge par l'assurance-maladie) : les acteurs de la prévoyance et de l'assurance nous semblent plus à même de structurer une offre optique aujourd'hui pléthorique (9000 points de vente), aux marges très élevées et sans réelle concurrence au bénéfice des consommateurs. Certains réseaux ont ainsi négocié des réductions tarifaires de 40%. L'économie pour l'assurance-maladie serait de 250 M€ dont 30 M€ de frais de gestion.
  - le poste « dentaire »<sup>10</sup> : l'enjeu pour le secteur de l'assurance est également de mieux structurer une offre pour la rendre plus transparente et concurrentielle, d'organiser un nécessaire transfert de compétences entre chirurgiens dentistes et hygiénistes dentaires au sein d'un système qui pousse actuellement les chirurgiens dentistes à se consacrer aux actes les plus lucratifs au détriment de la prévention et des soins conservateurs. Le transfert porterait sur 3,2 Md€ de dépenses.
- **Autoriser certains acteurs, comme les complémentaires-santé, à diffuser une information tarifaire nominative des professionnels de santé en utilisant l'information des bases de données dont elles disposent.**

<sup>10</sup> dont le régime obligatoire prend en charge 70% des soins, seulement 15% des prothèses et des traitements de la gencive et aucun prise en charge de l'implantologie et de l'orthodontie adulte



#### **1.4. Mettre en place un « bouclier sanitaire »**

7,5 millions de personnes ont un « reste à charge » annuel supérieur à 500 €. Les ménages sans couverture complémentaire sont relativement peu nombreux (8,5% des assurés soit 5 millions de personnes) mais fortement concentrés chez les personnes âgées (11% pour la tranche 65-79 ans et 14,8% pour les 80 ans et plus) et les ménages modestes (19,4% pour les chômeurs).

##### **Piste de mesures :**

- **Mettre en place un « bouclier sanitaire » consistant à plafonner le reste à charge en fonction du revenu afin d'améliorer la protection des ménages selon des critères plus rationnels et équitables que ceux qui prévalent actuellement.** Cette réforme est destinée à éviter les effets de seuils existant entre les titulaires de la CMU, les personnes totalement prises en charges au titre des affections de longue durée (ALD) et les non titulaires à faible revenu.

#### **Objectif 2 Une nouvelle organisation de la santé pour un système de soins plus performant**

##### **2.1. Rationaliser l'organisation centrale du ministère de la santé et renforcer le pilotage des agences sanitaires**

L'organisation centrale du système de santé publique est le résultat d'un empilement de structures créées généralement en réaction à des crises sanitaires graves. Aux côtés d'une structure ministérielle composée de trois grandes directions, gravite une trentaine de missions ou agences aux statuts et financements variés. Les agences sanitaires se sont souvent développées de manière indépendante au gré des évolutions du périmètre de la sécurité sanitaire et sans réelle coordination entre elles. Depuis 2000, les crédits gérés par les agences sanitaires ont été multipliés par 2,3 et les effectifs ont augmenté de 36%, sans contrepartie pour l'administration centrale du ministère puisque les effectifs de la Direction Générale de la Santé ont également augmenté de 30% sur cette période.

##### **Pistes de mesures :**

- **Renforcer le pilotage stratégique** par le ministère du système de santé au niveau global et à garantir une meilleure articulation avec l'action des agences. Le ministère pourrait ainsi être organisé en trois pôles : 1) un pôle chargé de la surveillance, de la vigilance et de la gestion des crises sanitaires assurant notamment la tutelle des agences sanitaires ; 2) un pôle chargé de l'offre de soins couvrant à la fois le médico-social, la médecine de ville et l'hôpital, chargé de mettre en cohérence et d'assurer l'animation des Agences Régionales de santé, qui vont être prochainement créées ; 3) un pôle plus spécifiquement chargé des solidarités.
- **Le système des sept principales agences (INVS, AFSSAPS, AFSSA, AFSSET, INERIS, IRSN et INRS)** pourrait être réorganisé autour de trois métiers (meilleure coordination et mutualisation des ressources) : la surveillance du vivant et la veille, la police sanitaire des produits et l'évaluation des risques des milieux et du travail. Pour aboutir, cette recommandation nécessite une réforme législative de grande ampleur.

## 2.2. *Etablir une carte sanitaire globale*

### Pistes de mesures :

- **S'appuyer sur les Agences régionales de santé pour mettre en place une carte globale de l'accès aux soins** (médecine de ville, hôpital, secteur médico-social) sur le fondement des principes suivants :
  1. Un équilibrage de la taille des structures hospitalières et la recherche d'une spécialisation de certaines structures (notamment des CHU) avec comme objectif de réduire la taille des structures hospitalière à moins de 3000 personnes pour en faire des entités plus facilement gérables ;
  2. L'alignement de l'offre locale sur les besoins en soins et le « basculement » d'une partie de la consommation hospitalière vers la médecine de ville,
  3. Une très forte accélération de la chirurgie ambulatoire qui pourrait être rendue plus attractive en adaptant la tarification issue de la T2A.

## 2.3. *Optimiser la répartition géographique de la médecine de ville*

Les postes de médecine générale sont insuffisamment pourvus (40% de postes non pourvus) et les perspectives augurent une diminution des effectifs alors que la réforme du médecin traitant en fait un acteur pivot de la gestion du parcours de soins. La répartition géographique est hétérogène sur le territoire et souffre d'un déséquilibre entre généralistes et spécialistes (101000 généralistes pour 107000 spécialistes soit un ratio de 49/51).

### Pistes de mesures :

- **Donner aux Agences régionales de santé la responsabilité de fixer la répartition des postes du numerus clausus à l'examen classant national**, en assurant une meilleure répartition entre médecine générale et spécialité, dans l'objectif d'atteindre un ratio généralistes/spécialistes de l'ordre de 80/20.
- **Continuer de soutenir les mesures d'aides financières et d'accompagnement à l'installation ou au maintien de médecins dans les zones déficitaires :**
  - Maintenir l'aide incitative à l'installation ou au maintien dans les zones rurales ou urbaines déficitaires ou dans les hôpitaux locaux via une taxe sur le pas de porte des médecins dans les zones à forte densité médicale qui pourrait être reversée aux médecins des zones déficitaires sous la forme d'un capital d'amorçage,
  - Poursuivre la différenciation du remboursement en fonction de la zone géographique et du mode d'organisation tel que la médecine de groupe et les maisons médicales pluri-professionnelles,
  - Développer des aides incitatives aux étudiants dans le choix de leurs disciplines en favorisant les disciplines déficitaires.

## 2.4. *Rationaliser la gouvernance des hôpitaux*

L'objectif de service médical de proximité des établissements hospitaliers atteint ses limites notamment en termes financiers mais aussi de qualité de service. D'un côté, les grands CHU ne parviennent pas à se restructurer, 95% ont présenté en 2010 un budget déficitaire qui pourrait représenter une perte cumulée de plus d'1Md€ pour cet exercice. De l'autre, les petits centres hospitaliers dont l'inévitable restructuration et regroupement des plateaux est souvent différée par les considérations locales. Dans les deux cas les établissements publics ressentent de plus en plus fortement la concurrence des cliniques privées qui gagnent en parts de marché et s'engagent dans des politiques de fusion-rapprochement pour maintenir leur compétitivité.

#### Pistes de mesures :

- Permettre aux hôpitaux publics d'opter pour un statut équivalent à celui des hôpitaux privés à but non lucratif avec pour le personnel une garantie de reprise et d'équivalence de carrière au sein de la fonction publique hospitalière. Ce statut de plus grande autonomie permettrait notamment de gérer le personnel hospitalier dans le cadre de conventions collectives (hors personnel souhaitant être maintenu dans la fonction publique hospitalière) plus souples et motivantes et de faire appel à des règles et procédures d'achat moins contraignantes que le code des marchés publics. Ce nouveau statut pourrait être adopté à titre expérimental.
- Ouvrir le recrutement des directeurs des hôpitaux publics en supprimant le monopole actuel de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) pour l'ouvrir à des cadres, entrepreneurs ou médecins des secteurs publics et privés. La formation de l'ENSP exagérément axée sur des problématiques juridiques s'avère inadaptée aux exigences managériales de transformation et de modernisation des structures hospitalières.
- Accroître la responsabilité des directeurs d'hôpitaux et leur donner les moyens d'exercer cette responsabilité. Il faut considérer une modification du fonctionnement du conseil d'administration : celui-ci pourrait être transformé en conseil de surveillance, complété par un directoire, présidé par le directeur de l'hôpital. Une telle réforme permettrait de déléguer considérablement la gestion de l'hôpital à son directeur. La question de la présidence du conseil d'administration par le maire mérite également d'être posée en ce qu'elle tend, trop souvent, à faire valoir des considérations d'ordre local freinant l'indispensable mutation et évolution des structures hospitalières à l'échelon territorial.
- Dresser un cadre et un projet pour les Centre Hospitaliers universitaires en leur accordant un statut et une personnalité juridique propres (au lieu de simples conventions), clarifiant leurs missions et leurs objectifs au regard des moyens budgétaires mis en place et procédant à une réelle simplification de l'exercice des tutelles.
- Réorganiser les grands CHU (effectifs de 3000 personnes en moyenne) en unités « gérables » disposant d'une plus grande autonomie tout en mettant en place au niveau central une entité « holding » (gestion des fonctions support).

#### **2.5. Développer l'hospitalisation à domicile (HAD)**

L'hospitalisation à domicile (HAD) répond à la volonté de rendre plus efficient le système de santé français parce qu'elle permet un retour plus rapide au domicile, ce qui est généralement souhaité par les malades, et de générer des économies significatives selon les types de soins délivrés. Il apparaît que le coût moyen journalier de fonctionnement en HAD est de 40% inférieur à celui de l'accueil en structure hospitalière classique. Sur les 28 millions de journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, 64% relèvent d'activités superposables en HAD soit un potentiel à terme de près de 1,7 Md€. En contrepartie, l'augmentation de la capacité d'accueil en HAD suppose des investissements significatifs, une réorganisation de l'offre de soins locale et une coopération accrue entre médecins généralistes, spécialistes et infirmières.

#### Pistes de mesures :

- **Tripler l'ambition du projet de création de 10 000 places de HAD à l'horizon 2010 en portant à 30 000 places l'objectif pour 2015.** Ceci générerait ainsi une économie de 1,5 Md€ par an pour les finances publiques (pour un investissement total d'environ 500 M€) ;
- **Encourager le développement de technologies innovantes permettant le maintien ou le retour à domicile** grâce à des plateformes d'accompagnement mobile, notamment par la conception et expérimentation d'assistants robotiques et d'équipements domotiques, le développement de logiciels spécifiques, ...
- **Généraliser après expérimentation le concept de *Disease Management*** pour les ALD en développant les partenariats public-privé. Ce nouveau mode d'intervention est fondé sur une interaction forte (téléphone, mail, courrier, SMS, etc.) entre l'assureur principal et le patient pour lui permettre de bénéficier d'un suivi qui n'est pas que thérapeutique mais s'adresse à l'ensemble des composantes et facteurs d'amélioration de son état de santé (hygiène de vie, alimentation, etc.).

#### **2.6. Plus de délégation, de responsabilisation et de travail en réseau entre les professionnels de santé**

#### Pistes de mesures :

- **Mettre en place une nouvelle filière d'infirmiers-cliniques** (entre le niveau infirmier et le niveau médecin) pour se voir déléguer des actes médicaux simples ;
- **Promouvoir la médecine de soins primaires de groupe en mettant en place des maisons médicales, regroupant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux,** dans l'objectif, d'une part de mieux coordonner et répartir leurs actions et d'autre part de délester les services d'urgence des hôpitaux des cas non vitaux ;
- **Développer en parallèle les accès de proximité à des services de pointe** grâce à l'utilisation de la télémédecine (télé-expertise, télé-radiologie, télé-chirurgie,...) qui permettrait de bénéficier de certaines expertises au travers de plateformes connectées en réseau ;
- **Recentrer les professionnels de santé,** en particulier les médecins généralistes, les ophtalmologistes et les dentistes, sur leur cœur de métier **en déléguant certains actes de soin ou de prévention à d'autres « professions para-médicales »** dont le niveau de qualification et d'exigence se sont pourtant accrus considérablement sans lien avec leurs responsabilités effectives. Par exemple : pour les médecins généralistes, avec les infirmières (ex : vaccins) ou avec les pharmaciens (ex : renouvellement des prescriptions de médicaments), pour la filière optique, avec les optométristes ou pour la filière dentaire, avec les hygiénistes dentaires ;
- **Dans le cadre de la libéralisation de l'exercice officinal en Europe,** faire évoluer rapidement la législation française pour se mettre en conformité avec les principes européens de dérégulation du circuit officinal : suppression des quotas, ouverture du capital des officines à des non pharmaciens, levée du monopole officinal sur l'automédication. En contrepartie, l'exercice officinal pourrait selon certaines conditions d'expériences et d'agrément se spécialiser dans l'apport de conseils et de prescriptions payantes pouvant délester la médecine de ville.

### Objectif 3     Développer une politique sanitaire durable autour de la prévention et l'encouragement à des modes de vie plus responsables

#### *3.1. Développer la prévention*

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, jusqu'à 80% des cas de maladies coronariennes, 90% des diabètes de type 2 et un tiers des cancers peuvent être évités en augmentant l'activité physique, en ayant une alimentation plus équilibrée et en arrêtant de fumer. Les enquêtes épidémiologiques mettent de plus en plus en avant l'environnement et surtout les styles de vie comme facteurs déterminants (plus de 60%) de l'état de santé d'une population, plus encore que la qualité des soins. Il est donc capital d'encourager les français à adopter des modes de vie plus responsables et plus sains.

#### Pistes de mesures :

- Conditionner certaines conditions de prises en charge au respect d'un parcours de prévention (dépistage) ;
- Encourager les comportements responsables en permettant aux assurances complémentaires santé de proposer à leurs clients des rabais si les étapes de prévention prévues, pour certaines pathologies ont été réalisées ou si leurs clients (notamment ceux de plus de 50 ans) exercent une pratique régulière et responsable du sport. Cette pratique a été mise en œuvre avec succès en Allemagne dans le cadre d'un partenariat entre les caisses d'assurance-maladie et les caisses complémentaires.
- Développer le co-financement des actions de prévention : la prévention est actuellement une priorité secondaire dans le système français. L'exploitation du potentiel de développement de la médecine préventive devrait s'appuyer sur la recherche de co-financements (assurance maladie, secteur mutualiste et assurances complémentaires, industries pharmaceutiques) et mieux exploiter le réseau de la médecine du travail dont les actions de prévention pourraient être partiellement prises en charge par l'assurance-maladie.

#### *3.2. Développer l'automédication*

Pour les pathologies bénignes et la prévention de maladies, l'automédication s'avère particulièrement efficace et économique. Pourtant, notre pays accuse un retard important en la matière : 6% des achats de médicaments contre 13% pour la moyenne européenne). Le marché des médicaments à Prescription Médicale Facultative (PMF) s'élève potentiellement 19% du chiffre d'affaires total de la vente de médicaments en France, soit 3,6Md€. 75% des médicaments dits à prescription médicale facultative (PMF) sont remboursables, ce qui représente un coût annuel pour l'assurance-maladie de 1,3 Md€. Le marché des PMF est insuffisamment concurrentiel laissant apparaître des écarts de prix de 35% mais un niveau moyen de prix supérieur de 15% à la moyenne européenne.

#### Pistes de mesures :

- **Dérembourser totalement les médicaments PMF** (ou bien massivement et de manière homogène et cohérente certaines classes thérapeutiques), tout en garantissant leurs remboursements dans les cas de prescription pour maladies graves et pour les AMLD (affections / maladies de longue durée), ce qui permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 1,3 Md€ par an pour l'Assurance Maladie. Près de la moitié des patients interrogés seraient prêts à accepter que certains médicaments ne soient pas remboursés pour des pathologies sans gravité.
- **Renforcer l'information du public et encourager la comparaison des prix à travers la création de sites d'information.** Il convient de rappeler qu'internet est devenu à 55%, après le médecin, la seconde source d'information médicale des patients. Ces initiatives pourraient être mises en œuvre dans la cadre de partenariats entre l'assurance-maladie et les mutuelles ou assureurs.
- **Autoriser la vente en libre service avec « présentation devant le comptoir »** des médicaments PMF dans les pharmacies, tout en appliquant les recommandations de l'OMS sur la nécessité d'adaptation des spécialités liées aux médicaments PMF à un usage hors contexte médical (en termes de conditionnement, de notice patient, ...). La possibilité d'acquérir les médicaments de PMF en libre service est de nature à augmenter les ventes. Le cas échéant, autoriser la commercialisation des médicaments PMF dans tout commerce sous réserve de la présence d'un pharmacien.

#### Objectif 4      Renforcer la compétitivité et l'attractivité des industries de la santé

##### *4.1.      Restaurer les conditions de la compétitivité de l'industrie pharmaceutique*

Depuis 1995, la France occupe la première place des producteurs européens de médicaments (53 Md€ de chiffre d'affaire en 2009) et reste un exportateur puissant (21 Md€ en 2009). L'industrie pharmaceutique française, qui représente un peu plus de 1% du PIB, bénéficie d'une forte croissance de la demande (7% en moyenne annuelle depuis 2000). Cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir, ce qui fera de ce secteur un vecteur fort pour la croissance. Dans un contexte de mondialisation et de concurrence exercée par les économies émergentes, l'industrie pharmaceutique française a connu de tous les grands pays producteurs la plus forte baisse de part de marchés (de 7% à 4 % entre 1996 et 2008).

##### *4.2.      Mieux coordonner les efforts de recherche et améliorer le développement des essais cliniques*

L'effort de recherche médicale est croissant et a doublé en 15 ans (de 55 Md\$ en 1992 à plus de 130 Md\$ en 2009). Depuis quelques années, notre pays accumule un retard important à tous les niveaux du processus d'innovation : quand les Etats-Unis y consacrent 48 Md€ (0,41% du PIB), la France n'investit que dix fois moins (5 Md€ soit 0,28% du PIB) ; les Etats-Unis déposent trois fois plus de brevets que l'ensemble de l'Europe réunie. La présence de centre de recherche médicale d'excellence constitue un facteur essentiel d'attractivité pour les industries pharmaceutiques (externalisation et partenariats avec des sociétés de biotechnologies). La recherche doit également s'appuyer sur une recherche hospitalière forte et d'excellence disposant d'une taille critique suffisante : 50% des projets de recherche hospitalière sont aujourd'hui portés par les trois premiers Centres Universitaires Hospitaliers (sur 29 CHU au total).

Le développement de la recherche clinique constitue une étape obligatoire à la mise sur le marché d'un nouveau médicament. La France qui reste relativement bien positionnée avec 8 % des patients recrutés dans le monde, derrière l'Allemagne (9%) et les Etats-Unis (16%) doit faire face à la concurrence croissante notamment de l'Asie (4%) et de l'Amérique Latine (6%).

### Pistes de mesures :

- **Créer un Agence européenne de la recherche médicale**, en complément des moyens actuellement consacrés par les pays européens.
- **Améliorer la coopération public-privé** en s'inspirant notamment du succès de l'institut national du cancer. Il a notamment permis l'émergence de petites sociétés dans le cancer dont les perspectives d'avenir sont prometteuses.
- **Intégrer à la formation des médecins un volet centré sur la gestion d'activité et la création d'entreprise pour développer l'esprit d'entreprise chez les médecins** ; ceci pourrait prendre la forme de cours de finance et de marketing associés à un projet de création d'entreprise.
- **Concentrer les efforts de recherche sur 15 premiers CHU** dans une logique de spécialisation et de concentration des équipes de recherche ; concernant les autres CHU, il faut donner tous pouvoirs aux ARS pour les réorganiser afin de les adapter aux enjeux régionaux.
- **Soutenir le développement de financements privés pour la recherche hospitalière**. Les partenariats avec des industriels existent, notamment sous la forme d'associations à but scientifique et médical. Pour venir en aide aux médecins, il est nécessaire de leur apporter des conseils sur les mécanismes juridiques et financiers, notamment relatifs à l'exploitation des brevets.
- **Améliorer l'attractivité de la France pour le développement des essais cliniques** :
  - En soutenant l'action du Centre National de Gestion des Essais des Produits de Santé récemment créé afin de structurer l'organisation de la recherche clinique et « recruter plus, vite et mieux » ;
  - En veillant à ce que les délais d'autorisation, notamment dans les hôpitaux, concilient l'exigence d'un examen rigoureux des dossiers et l'efficacité administrative ;
  - En développant les formations aux méthodologies de la recherche clinique notamment dans les centres d'excellence pour la recherche clinique que sont les CHU.