

Commission pour la Libération de la Croissance Française

Atelier sur l'économie de la santé 28 Novembre 2007

Libérer le secteur de la santé pour en faire un secteur porteur d'avenir pour l'économie française

L'augmentation générale du niveau des dépenses de santé (croissance annuelle supérieure de 1,3% à celle du PIB sur les trente dernières années) est une formidable opportunité pour les entreprises du secteur (entreprises pharmaceutiques, établissements de soins publics et privés). Toutefois, la part importante des **dépenses socialisées (76% des dépenses totales)** représente un risque important pour la pérennité du système actuel de financement. Il est fondamental de dépasser l'ambiguïté actuelle qui présente la croissance de ces dépenses de santé à la fois comme une opportunité pour les entreprises du secteur et un poids insupportable pour les finances publiques. Le développement de champions français du secteur de la santé n'est pas incompatible avec une réforme structurelle du système de santé et de son financement, bien au contraire. Les pouvoirs publics doivent agir sur les deux axes, tout en gardant en ligne de mire l'impératif de maintenir la qualité des soins et l'équité d'accès.

L'Organisation Mondiale de la Santé place en effet la France en tête de son classement comparatif des systèmes de santé mondiaux. En outre, L'institut Health Consumer Power House publie chaque année une étude comparative des systèmes de santé de 29 pays européens. L'indice publié par l'institut Health Consumer Power House¹, l'Euro Health Consumer Index montre que le système de santé français est universellement reconnu pour sa qualité (1^{er} sur 29 pays du classement Euro Health Index en 2006, 3^{ème} en 2007) : l'accès large aux soins s'accompagne d'une très bonne qualité des prestations. A titre d'exemple, les files d'attente sont limitées en comparaison d'autres pays européen (en particulier Espagne et Royaume-Uni). Toutefois le système rencontre actuellement des difficultés :

- Il est confronté au double défi de l'accroissement des attentes des patients et des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics (impact des 35 heures sur la disponibilité du personnel, frustration du personnel et explosion des heures supplémentaires, demande croissante de maintien à domicile pour les personnes dépendantes).
- La dernière enquête Euro Health Index révèle des déficiences pour les délais de mise sur le marché de nouveaux médicaments, la diffusion du dossier électronique et de l'accès à l'information sur les soins 24/7.

Au-delà de ces défis, les pouvoirs publics doivent donc s'organiser pour permettre aux acteurs français du secteur de capter le potentiel de croissance. Pour atteindre cet objectif, tout en optimisant la qualité de service rendue aux usagers, la France dispose de nombreux atouts (qualité des infrastructures, de la formation des médecins). Toutefois, pour aller plus loin et devenir un leader du secteur de la santé (en termes d'innovation, de qualité de service, d'attractivité pour les investissements étrangers), les pouvoirs publics doivent non seulement initier une réforme en profondeur du système de soins et de son financement mais également s'engager dans un plan volontariste de soutien.

¹ Cet institut européen d'information sur les soins de santé (basé à Stockholm) publie chaque année une étude comparative des systèmes de santé de 29 pays européens

1. Promouvoir une politique sectorielle volontariste pour faire de la santé un moteur de la croissance

En termes de part des dépenses de santé dans le PIB, la France figure dans le peloton de tête des pays de l'OCDE (4^{ème} avec 0,5% contre 15,3% aux Etats-Unis). Nous l'avons vu, la croissance de ces dépenses est élevée. Cette tendance se poursuivra, accompagnant ainsi celle ces industries de la santé. A titre d'exemple, la croissance estimée du secteur de la pharmacie de 2007 à 2020 est de 4,2% par an en France. La croissance mondiale n'est pas en reste et devrait même dépasser la croissance nationale (4,4% pour la pharmacie). Le secteur de la santé est donc un puissant facteur de croissance en France et dans le monde pour les entreprises françaises du secteur. Une définition large du secteur de la santé comprend les activités suivantes :

- Pharmacie et bio-pharmacie [*taux de croissance française et monde à préciser pour chaque secteur + position de l'industrie française dans le monde*]
- Soins médicaux
- Equipements médicaux
- Agroalimentaire
- Domotique et robotique
- Autres services [à préciser]

Les pouvoirs publics doivent considérer la santé comme un secteur porteur pour la croissance. Cette note propose en annexe un plan d'action spécifique (annexe 1). D'autres mesures sont détaillées ci-dessous.

➔ Mesures proposées

Mesure 1 : lancer 2-3 grands programmes à dimension scientifique et industrielle avec une nette portée européenne (ex : Plan Alzheimer)

La proposition du rapport Ménard de lancer un grand plan de recherche sur la maladie d'Alzheimer doté d'un financement annuel de 60 millions d'euros. Le gouvernement pourrait se poser la question de mutualiser les moyens et de coordonner ces recherches avec d'autres pays européens.

Mesure 2 : augmenter les financements pour les fondations de recherche privée

Mesure 3 : développer les secteurs de l'aide à la dépendance du 4^{ème} âge

Les projections à l'horizon 2040 montrent un quadruplement de la taille de la population du 4^{ème} âge, actuellement de 1 million de personnes. Un tiers de cette population est considérée comme dépendante. Les structures d'accueil évoluent, la maison de retraite traditionnelle s'effaçant au profit d'établissements médicalisés et équipés pour l'accompagnement de la fin de vie et le traitement d'affections lourdes (Alzheimer). 60 à 70% des entrants sont des patients atteints de cette pathologie. En parallèle, le traitement à domicile de la dépendance s'accélère, créant des besoins de nouveaux métiers et technologies adaptées.

Afficher une politique prenant en compte le vieillissement est trop souvent considéré comme synonyme de déclin économique, de perte de vitesse, de léthargie. Il est fondamental de mettre en avant le potentiel de croissance économique que représente la demande liée au 4^{ème} âge et la portée solidaire d'une telle politique.

- **Adapter le parc immobilier et le système de transport public au 4^{ème} âge** : près de 70% des personnes très dépendantes déclarent vouloir continuer à vivre chez elles. Cette volonté doit par conséquent être prise en compte dans les politiques publiques de logement. Pour permettre le maintien à domicile, les logements doivent être aménagés (domotique, architecture et aménagement spécifiques des logements). De plus, l'adaptation de l'habitat existant permettrait également de

pallier la répartition inégale des Etablissements pour Personnes Âgées dépendantes sur le territoire (pénurie dans la plupart des centres urbains). Les pouvoirs publics devraient lancer une campagne de mobilisation des professionnels concernés (architectes, artisans, bailleurs) et développer des labels, comme le label Habitat Senior Services, actuellement en phase d'expérimentation par le réseau de bailleurs sociaux DELPHIS.

- Encourager le développement de technologies innovantes permettant le maintien ou le retour à domicile : en complément de sa politique de logements adaptés, les pouvoirs publics devraient encourager les projets identifiant des solutions innovantes permettant le retour et le maintien à domicile (conception et expérimentation d'assistants robotiques et d'équipements domotiques, développement de logiciels spécifiques). Ces technologies permettraient de mettre en place des plateformes d'accompagnement mobile (voir annexe 2).

Mesure 4 : renforcer les organismes de valorisation de la recherche, en faisant de celle-ci un métier à part entière

La valorisation de la recherche pâtit d'un manque de reconnaissance. Les chercheurs sont peu sensibilisés à la valorisation de leurs travaux. En outre l'accompagnement de celle-ci est déficient : les unités de valorisation manquent de compétences juridiques, de gestion et connaissent peu le monde industriel. Pour la renforcer, les pouvoirs publics devraient :

- Recruter des professionnels qualifiés (compétences juridiques, de gestion, connaissance du monde industriel)
- Regrouper les unités de valorisation afin d'atteindre une masse critiques de laboratoires/chercheurs par unité
- Clarifier les bénéfices (royalties) pour les inventeurs et les institutions ayant contribué au développement d'innovations
- Simplifier les conditions d'utilisation et de test d'innovation pour les industriels (licence)
- Intéresser significativement les chercheurs publics aux retombées financières de leurs découvertes (50% leur revenant directement).
- Assouplir les modalités de mise en œuvre du principe de précaution dans ces secteurs.
- Faire évoluer la fiscalité des « business angels » pour encourager les contribuables fortunés à abonder les fonds d'amorçage notamment dans les biotechnologies.

Mesure 5 : Améliorer l'attractivité du site France pour le développement des tests cliniques

Le développement de la recherche clinique est un enjeu fondamental pour les sciences du vivant et la vitalité du système de santé.

Les activités de recherche clinique, notamment de pharmacologie clinique, ont d'abord un impact en termes d'emplois et d'investissement dans les services hospitaliers et les structures sanitaires qui participent aux recherches biomédicales.

De plus, les essais cliniques accélèrent l'accès des patients aux traitements médicaux innovants, ceux-ci étant disponibles parfois plusieurs années avant leur validation définitive. De plus, les essais cliniques permettent une assimilation rapide des évolutions thérapeutiques et techniques par les équipes soignantes et de recherche. Les essais cliniques initient un cercle vertueux d'innovation.

Les pouvoirs publics devraient constituer des centres d'excellence pour la recherche clinique, sur la base des Centres Hospitaliers Universitaires reconnus pour la qualité de leur personnel et développer les formations aux méthodologies de la recherche clinique.

Cette note serait incomplète si elle omettait cette évidence : une population en bonne santé est un facteur majeur de croissance (réduction des jours d'absence). La question de l'accès de tous à la santé est donc fondamentale, tout comme l'est celle de son

financement. Comment donc définir le panier de soins optimal pour atteindre cet objectif ambitieux et adapter le financement d'une couverture universelle qui renforce l'équité de notre système ?

2. Définir un panier de soins et assurer une couverture universelle de ce panier

La définition du panier de soins est la première étape d'une réforme globale du système de santé : la question posée est de déterminer l'offre de soins qui relève de la solidarité nationale et celle qui constitue des dépenses assurantielles.

La prise en charge collective des dépenses de santé, stable depuis 20 ans, est élevée : le reste à charge n'est que de 9% des dépenses, soit l'un des taux les plus faibles des pays développés (20% en Espagne ou en Italie, 15% aux Etats-Unis ou au Canada). Toutefois, ramené en part du revenu disponible, les disparités entre citoyens aisés et modestes est importante : 1,5% pour les premiers contre près de 6% pour les ménages dont les revenus les placent juste au-dessus du seuil de la Couverture Maladie Universelle. Pour autant, doit-on remettre en cause le principe fondamental de la Sécurité Sociale d'égalité devant la solidarité nationale pour réduire l'inégalité constatée devant le reste à charge ?

➔ Mesures proposées

Mesure 6 : définir un panier de soins auxquels pris en charge par la solidarité nationale

C'est le rôle des pouvoirs publics de définir ce panier de soins, qui devra être mis à jour régulièrement. Ils doivent également se prononcer sur le périmètre des bénéficiaires (actuellement toutes les personnes résidentes en France et en situation régulière, c'est-à-dire français ou étranger possédant un permis de séjour).

Mesure 7 : assurer une couverture universelle du panier de biens

Le risque maladie est bien distribué et pourrait donc aisément être assuré par des compagnies privées, soumises au même impératif de couverture du panier de soins que l'Assurance Maladie publique. La participation de ces assureurs privés pourrait permettre de faire circuler des bonnes pratiques de gestion ainsi que des approches innovantes de gestion des risques. La Nouvelle-Zélande a mis en place un système reposant sur ce principe de libre concurrence entre institutions publiques et privées dans la couverture d'un panier de soins universel.

La réforme néo-zélandaise du système d'assurance-maladie

L'assurance-santé est **obligatoire** pour tous les citoyens. Chacun est **responsable** de souscrire un contrat auprès de l'assurance de son choix, parmi les cinq sociétés concurrentes issues de la privatisation de l'ancien système d'assurance publique. Les tarifs sont **libres**, **déterminés par les lois du marché**, et **différenciés** selon les catégories de risque identifiés pour chaque assuré. Le financement en est assuré par l'attribution de crédits d'impôt ou de coupons pour les plus modestes.

En amont, chaque compagnie d'assurance sélectionne des fournisseurs de soins (médecins et hôpitaux) et peut demander une seconde opinion avant de valider un traitement proposé.

Les coûts de fonctionnement du système assurantiel ont diminué considérablement (près de 40%). De plus, la concurrence a incité les compagnies d'assurance à développer des actions de prévention. Toutefois, l'exemple américain est plus mitigé (analyse à approfondir).

[A CREUSER : éventuellement avec la proposition de l'Institut Montaigne]

3. Améliorer l'efficacité du système de soins

➔ Mesures proposées

Mesure 8 : développer la régionalisation de l'organisation et de la planification de l'offre de soins pour optimiser sa répartition sur le territoire

L'offre de soins est mal adaptée à l'évolution des besoins. On note en particulier de fortes disparités régionales et par spécialités des professionnels.

La densité de médecins et des autres professions de santé est forte entre territoires (forte densité médicale en Île-de-France et dans le Sud de la France : écart de 1 à 3 entre le département du Pas-de-Calais et les Alpes Maritimes ou entre l'Eure et Paris). Pour les spécialistes, le clivage entre départements ayant un siège de CHU et les autres est important. Par ailleurs, 40% des postes de médecine générale en sont pas pourvus (2005), alors que la réforme du médecin traitant en fait un élément pivot de la gestion du parcours de soins.

- Instaurer une différenciation du remboursement en fonction de la zone géographique : **[A APPROFONDIR]**
- Faire évoluer les **numerus clausus** pour répondre à la demande, sur la base d'une analyse prospective tenant comptes de l'évolution démographique (croissance/déplacements de la population, départs à la retraite) et des pathologies : ce travail est fondamental pour éviter une pénurie de médecins, à la fois sur le plan territorial et par spécialité. En considérant la durée de formation d'un médecin, cette mesure ne portera pas ses fruits avant une dizaine d'années
- Renforcer le rôle des **ARS** dans la planification et l'organisation de l'offre de soins : le niveau pertinent pour cela est la région. La politique de santé doit être régionale.

Mesure 9 : déléguer certains actes médicaux simples à d'autres fonctions médicales et accroître leur nombre

Sur la base de la délégation de tâches des médecins vers d'autres professionnels de santé mise en œuvre à l'étranger, les pouvoirs publics pourraient évaluer la faisabilité de cette mesure en France (en fonction du nombre de professionnels de santé). En cas de pénurie, ils pourraient avoir recours à une immigration « qualifiante » (formation en France de professionnels étrangers). Le gouvernement Jospin avait mis en place une mesure similaire pour les infirmières : sur 10 000 infirmières espagnoles venues en France, environ la moitié est restée en France.

Mesure 10 : rééquilibrer le rapport entre la médecine de ville et l'hôpital

On constate une forte augmentation du nombre de consultations aux urgences (environ 3,5% par an en moyenne de 1996 à 2006). Toutefois, seuls 20% des patients sont hospitalisés suite à leur passage aux urgences. Ce constat accrédite la thèse d'une substitution du passage aux urgences à la médecine de ville. Celle-ci a un coût car elle mobilise des ressources hospitalières coûteuses, augmentent le temps d'attente et encourage l'augmentation des dépenses des services d'urgence (plan « urgences » de 489 millions d'euros sur la période 2003-2007), sans que celle-ci fasse l'objet d'une concertation stratégique. Cette augmentation est plus subie que planifiée.

Par ailleurs, la France est l'avant-dernier pays de l'OCDE en matière de chirurgie ambulatoire, qui présente pourtant trois intérêts majeurs :

- Sanitaire : réduction de la probabilité d'infections nosocomiales

- Qualitatif : amélioration du confort du patient
- Organisationnel et économique : coût moindre pour la collectivité

Pour rééquilibrer le rapport entre l'hôpital et la médecine de ville d'une part, et la chirurgie ambulatoire de l'autre, l'atelier pourrait proposer les mesures suivantes :

- **Mettre en place une carte globale de l'accès aux soins (médecine de ville + hôpital)** : cette réforme pourrait s'appuyer sur les Autorités Régionales de Santé, sur la base de principes suivants :
 - Equilibrage de la taille des structures hospitalières
 - Alignement de l'offre locale sur les besoins
 - Basculement hospitalier vers l'ambulatoire et la médecine de ville
 - Spécialisation des hôpitaux

La mise en place d'une carte globale de l'accès aux soins permettrait, en élargissant l'accès à l'information pour les patients, d'améliorer l'équilibre entre médecine de ville et hôpitaux.

- **Adapter les tarifs de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la T2A (sur la T2A, voir annexe 2)**

Mesure 11 : mettre en place un système transparent et public d'évaluation des soins

- **Mettre en place un système transparent et facilement accessible de comparaison de la performance des hôpitaux** : LA mise en place d'un système accessible permettant la comparaison des hôpitaux sur une base objective (indicateurs de coûts, de temps d'attente) sera un outil efficace d'aide à la décision des consommateurs.

Comparaison des établissements : l'exemple norvégien

La Norvège a mis en place un système d'évaluation transparente des hôpitaux. Afin de déterminer le choix d'un hôpital, les futurs patients peuvent appeler un numéro vert ou consulter un site internet comparant les établissements sur la base de critères de temps d'attente et de qualité des soins. Ils peuvent ensuite réserver un traitement en ligne, la loi garantissant un traitement dans un délai donné. Le choix d'un établissement a été mis en place en 2001.

- **Etendre ce dispositif à l'ensemble du système de soins** : la mesure de la performance de la médecine de ville est autrement plus complexe en l'absence d'outil d'information fiable et étendu. La mise en place du Dossier médical personnalisé devrait à terme (après une période minimale qui permettra d'avoir du recul sur l'impact des thérapies recommandées par les praticiens) permettre la mise en place d'un tel système d'évaluation.

Mesure 12 : réformer la gouvernance de l'hôpital

Pour instaurer un cycle vertueux de la performance, il est fondamental d'accroître la responsabilité des directeurs d'hôpitaux et de leur donner les moyens d'exercer cette responsabilité. L'atelier pourrait 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. En outre, celui-ci devra bénéficier d'une formation approfondie à la gestion et favorisant le partage d'expériences étrangères réussies. L'ENSP de Rennes n'aurait plus le monopole de telles formations.

Les hôpitaux pourraient adopter le statut d'entreprise privée à but non lucratif.

En parallèle, et afin de mettre la gestion des hôpitaux publics sous pression, les tarifs des établissements devraient converger vers ceux des établissements les plus efficaces (et non vers la moyenne des établissements). Dans un deuxième temps, les tarifs de l'hôpital

public devraient converger vers ceux du privé. Pour accélérer cette mutation, les écarts de coûts entre structures publiques et privées devraient être publiés et pris en compte dans le cadre d'une stratégie pluriannuelle de convergence (voir annexes 4 et 5 pour la comparaison hôpital public/privé).

Mesure : lancer un plan d'amélioration opérationnelle de l'hôpital

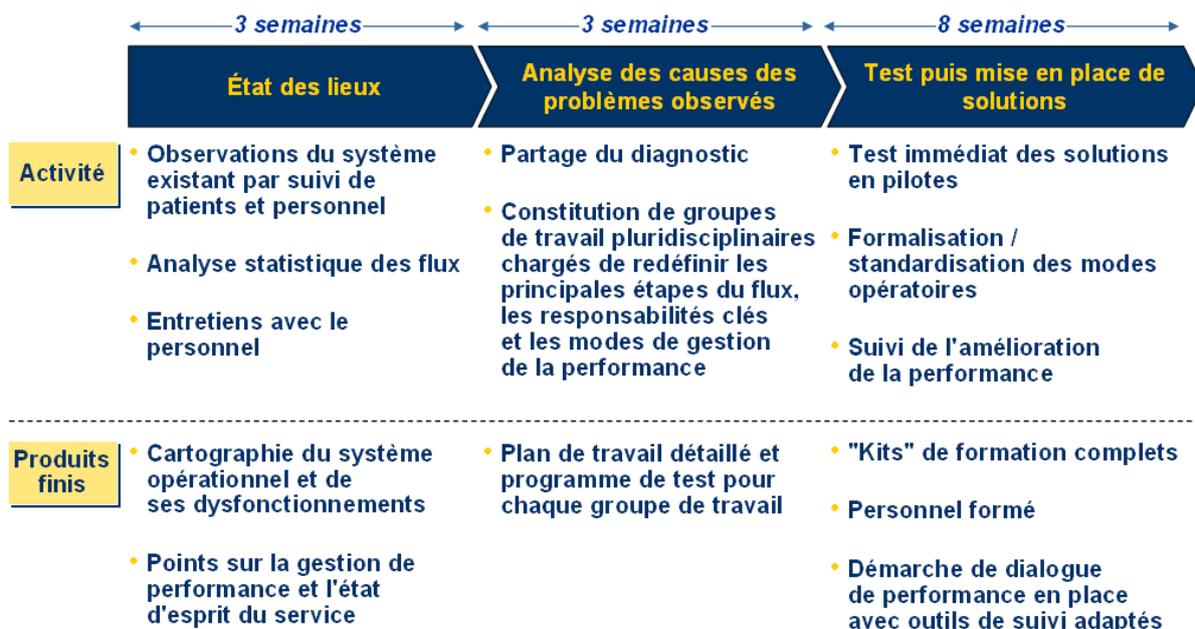
Les pouvoirs publics pourraient à ce titre s'inspirer de l'expérience menée par l'APHP à l'hôpital Beaujon. Ce type de programmes permet d'atteindre des résultats significatifs en termes de qualité de service et de coûts (réduction du temps d'attente aux urgences de 35%). Le soutien actif des pouvoirs publics à ces programmes est le corollaire de la fixation d'objectif d'amélioration de la performance (réduction du temps d'attente, réduction des coûts de traitement, amélioration de la satisfaction des patients et des résultats cliniques). Si ces initiatives sont encore rares en France, ils sont relativement courants au Royaume-Uni. Toutefois, les recommandations de l'audit de l'IGF-IGAS sur les « ARH et le pilotage de la performance et de l'efficacité hospitalière » montrent l'intérêt croissant des pouvoirs publics pour ce type de programme.

Exemple de programme de transformation opérationnelle dans un hôpital parisien

En 2005, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP) a lancé un programme de transformation opérationnelle « lean » dans le service des urgences de l'hôpital Beaujon. L'objectif était d'améliorer la qualité de service, la satisfaction des patients (principalement par la réduction du temps de passage moyen) et les conditions de travail à effectifs et moyens constants. L'APHP s'est inspiré de l'exemple du Royaume-Uni, où le National Health Service avait appliqué ces techniques de transformation utilisées ordinairement dans l'industrie à des services des urgences.

Une « équipe de transformation » a été mise en place, associant employés de l'hôpital et experts externes à l'hôpital choisis par l'APHP (McKinsey). Le programme a duré quatorze semaines suivant le séquençement décrit dans la **figure 1**.

Figure 1 : séquençement du programme



- **Simplifier et clarifier les procédures.** Le parcours des patients a été repensé, les procédures d'accueil ont été standardisées et les ressources ont été allouées au plus près des besoins. En outre, un système de prévision de la demande de soins a été mis en place afin de diminuer la variabilité de la charge de travail, au sein des Urgences comme dans les services proches (laboratoires, radiologie ...).
- **Redéfinir le rôle des acteurs clé du service.** Une personne (médecin ou infirmier) est maintenant responsable de chaque étape de la prise en charge du patient.
- **Mettre en place un dispositif de gestion de la performance.** Les indicateurs ont été définis conjointement avec leurs utilisateurs et un système de suivi quotidien a été instauré.
- **Faire évoluer l'environnement de travail.** Les équipes des urgences ont travaillé conjointement avec les équipes de support technique pour améliorer la disponibilité des outils et l'utilisation des espaces.

Les résultats observés montrent une amélioration de la satisfaction de toutes les parties prenantes :

- **Service aux patients :** le programme a permis, six mois après son lancement, de réduire de 35% le temps d'attente dans le Service d'Accueil des Urgences et de 63% le temps de séjour moyen en Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD). En outre, les progrès accomplis ont été pérennisés.
- **Conditions de travail des employés :** l'absentéisme a diminué et les enquêtes conduites auprès du personnel montrent une amélioration de leur satisfaction
- **Efficience économique :** la réduction du temps de séjour moyen en ZSTCD a permis au service des Urgences d'augmenter de ~30% les ressources de cette unité (dans le cadre de la tarification à l'activité) à structure constante.

Cette expérience permet de comprendre les facteurs clés de succès d'un tel programme :

- **Impliquer et former le personnel dès la phase initiale d'observation et de diagnostic.** L'équipe de transformation s'est attachée à comprendre les attentes du personnel médical et du personnel administratif, pour faire d'eux des acteurs du changement.
- **Concentrer les actions sur un nombre limité de problèmes** (mais qui sont responsables de la majorité de l'engorgement) et réaliser un questionnement systématique des causes profondes de ces problèmes, en recherchant le « pourquoi » plutôt que le « qui ».

- **Passer rapidement à une phase de tests**, et ne pas hésiter à essayer plusieurs solutions pour trouver celle qui convient le mieux.
- **Sensibiliser et associer les équipes locales à la logique de gestion de la performance**, ainsi qu'à l'importance d'une démarche de progrès continu.

L'APHP étudie actuellement les modalités de déploiement de ce programme dans d'autres hôpitaux sous sa responsabilité. La méthodologie utilisée peut également s'appliquer aux autres services d'un hôpital ; elle a été testée avec succès dans de multiples environnements (publics et privés, en Europe ou sur d'autres continents) en blocs opératoires, plateaux techniques ou encore services d'hospitalisation.

Mesure 13 : accroître la responsabilité des patients à travers la promotion de la prévention

- **Améliorer le financement public de la prévention** : la prévention est actuellement une priorité secondaire dans le système français. Moins de la moitié des personnes interrogées ont réalisé un dépistage au cours des cinq dernières années et seuls 23% l'ont fait à leur propre initiative. Toutefois, la perception de la médecine préventive évolue : une enquête récente de l'institut CSA montre que 60% des Français sont intéressés par la mise en place d'un programme de surveillance tout au long de la vie. Toutefois, seuls 18% sont prêts à financer eux-mêmes ce programme. L'exploitation du potentiel de développement de la médecine préventive devrait donc s'appuyer sur un financement en grande partie public.
- **Lancer des campagnes de communication axées sur la prévention** : pour compléter l'effort de financement de la prévention, les pouvoirs publics devraient accélérer la promotion de comportements sains à travers des campagnes de communication ciblées (pratique sportive, régime alimentaire : consommation de fruits à l'école, tabagisme). Pour augmenter leur efficacité, ces campagnes devraient être ciblées sur les groupes à risque. Cette mission pourrait être confiée aux médecins traitants et infirmières à domicile.
- **Mettre en place une taxe nutritionnelle sur les produits à fort contenu calorique** : ce projet est actuellement en discussion à la direction du Budget. Une TVA différentielle pourrait être une option à considérer. Pour la compléter, il conviendrait réciproquement d'encourager la consommation de produits de qualité en créant une TVA préférentielle afin de rendre ces produits accessibles au plus grand nombre.
- **Financer directement les frais de cantine scolaire des élèves issus de milieux défavorisés** : garantir le financement des frais de cantine scolaire des élèves de milieux défavorisés en redirigeant vers les élèves les aides auparavant distribuées directement aux parents.
- **Encourager les comportements de consommation responsables** : la mise en place de franchise initiée par le gouvernement devrait responsabiliser davantage les consommateurs dans leurs décisions de consommation (suite à une réforme similaire en Allemagne, le nombre de cas ambulatoires par an a diminué de 49 millions). La maîtrise des dépenses passent également par l'éducation des patients-consommateurs, en mettant en avant l'enjeu social de la dette de la Sécurité Sociale (prise de conscience du financement des consultations médicales d'aujourd'hui par les cotisations sociales sur le travail de nos petits enfants).
- **Plafonner les remboursements pour les fournisseurs de soins et de services les plus coûteux** : Une telle mesure inciterait les établissements à améliorer leur performance et les gros prescripteurs à contrôler leur activité.

Mesure 14 : optimiser le régime actuel de prise en charge des Affections de Longue Durée

Les dépenses des patients en ALD représentent 60% des dépenses totales de santé. Cette proportion a fortement augmenté depuis quinze ans (50% en 1992). A conditions de prise en charge inchangées, elle continuera d'augmenter, portée par les évolutions structurelles de notre pyramide des âges et celles des pathologies (augmentation des pathologies liées à la prise de poids, de la prévalence du diabète) et pourrait atteindre 70% en 2015.

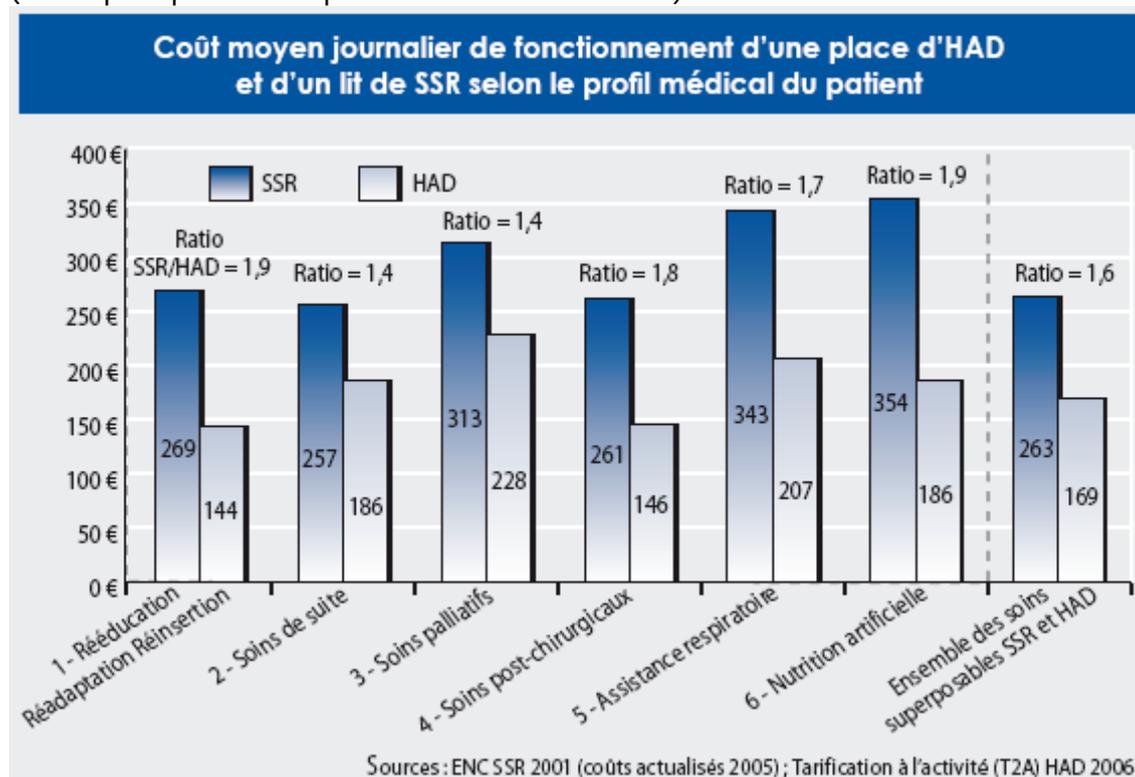
Compte-tenu de leur poids dans les dépenses de santé, la réforme de la prise en charge des AFD est donc un enjeu majeur. Quatre pistes de travail pourraient être envisagés :

- Définir plus strictement les critères médicaux d'admission en ALD
- Appliquer un taux réduit de ticket modérateur pour les assurés exonérés
- Rembourser à 25% les médicaments à vignette bleue lorsqu'ils sont en rapport avec la maladie exonérante
- Exonérer totalement le transport sanitaire uniquement si la situation de l'assuré l'impose

Les propositions du rapport Briet-Fragonard sur la mise en place d'un bouclier sanitaire feront l'objet d'une large concertation des acteurs du secteur au premier semestre 2008. Le scénario privilégié par le rapport est celui d'un bouclier modulé selon les revenus. Ce dispositif aurait un impact positif pour 30% des assurés souffrant d'un ALD et les ménages modestes non couverts par la CMU.

Mesure 15 : promouvoir l'Hospitalisation à Domicile (HAD), en particulier pour les patients atteints d'Affections de Longue Durée

Les prestations les plus souvent proposées en HAD concernent la rééducation orthopédique ou neurologique et les soins de suite ou post-chirurgicaux. Pour la plupart des soins proposés, le coût de l'Hospitalisation à Domicile est moins élevé que l'accueil en structure hospitalière classique, comme le montre l'exemples des Soins de Suite et Réadaptation (SSR - qui représentent près de 60% des cas d'HAD).



L'augmentation de la capacité d'accueil en HAD suppose une réorganisation de l'offre de soins locale et une coopération accrue entre médecins généralistes, spécialistes et infirmier(e)s. Le gouvernement soutient le développement de l'HAD et a défini un objectif

de 10 000 places à l'horizon 2010. L'investissement moyen est estimé à 16 000 euros par place, soit un budget total d'environ 160 millions d'euros pour ce plan de développement.

Gestion des Affections de Longue Durée - exemple du système anglais

Les patients de la région de North Bradford ont été répartis en groupes de risques (par exemple diabète, problèmes respiratoires, visites à l'hôpital fréquentes). Les médecins généralistes de la région ont été regroupés en unités de soins primaires comptant jusqu'à dix médecins avec deux médecins formés sur une maladie donnée. Ces unités travaillent en réseau avec des spécialistes locaux et un support infirmier disponible 24h/24 et 7 jours/7. Chaque patient est affecté exclusivement à un généraliste ou un(e) infirmier(e) exerçant au centre de soins primaires. La mise en place de ce système a permis de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations (-25% d'admission aux urgences pour les patients atteints de diabète, réduction de 45% de la durée moyenne d'hospitalisation).

Annexe 1 : leviers de politique sectorielle pour le secteur de la santé

Secteur	Taux de croissance mondiale 2007-2020	Leviers de politique sectorielle				
		Règlementation	Système éducatif	Infrastructures / Mesures de place	Commande publique	Clusters/Recherche
Santé - Pharmacie et équipements médicaux	Pharmacie : 4,4%	<i>Afficher une ambition claire et définir un plan d'action cohérent</i>				
		Accroître la visibilité à 2-5 ans sur les réglementations et la fiscalité (par ex. réglementation sur les OGM, financement des déficits de la Sécurité Sociale, importations parallèles)			Affirmer et communiquer clairement sur la priorité stratégique pour la France et l'Europe de développer une industrie pharmaceutique et d'équipements médicaux à forte valeur ajoutée	
		Renforcer l'attractivité du site France pour les sièges sociaux mondiaux et européens et pour les centres de R&D			Etablir des méthodologies transparentes et objectives d'évaluation de la valeur ajoutée des médicaments et thérapies nouvelles et de prise de décisions sur les prix et remboursements	
		<i>Dynamiser la recherche scientifique et l'innovation produit et service</i>				
		Favoriser les approbations conditionnelles de médicaments et thérapies nouvelles	Renforcer ou créer des mécanismes encourageant les jeunes chercheurs à rejoindre ou interagir avec les entreprises (au niveau du doctorat et du post-doctorat)	Focaliser les organismes publics de R&D sur 1/ les chercheurs conduisant des recherches de niveau mondial et 2/ la valorisation de la propriété intellectuelle développée	Augmenter l'ambition des organismes publics ou parapublics de financement (ANVAR) et accroître significativement la taille des tickets de financement	Focaliser les ressources de organismes publics sur un plus petit nombre de laboratoires et scientifiques
		Promouvoir le modèle européen de protection des données pour l'étendre au niveau mondial				Revaloriser les rémunérations des meilleurs scientifiques de la fonction publique
		Renforcer les mesures fiscales favorisant la constitution de groupes français ou européens significatifs dans le secteur				

Secteur	Taux de croissance mondiale 2007-2020	Leviers de politique sectorielle				
		Règlementation	Système éducatif	Infrastructures / Mesures de place	Commande publique	Clusters/Recherche
		<i>Favoriser l'émergence d'acteurs de taille mondiale</i>				
		Harmoniser les réglementations au niveau européen		Stimuler la demande à travers la commande publique de défense	Positionner la commande publique dans un cadre européen	
				Favoriser l'émergence de 4-7 grandes fondations avec moyens et ambitions significatives (type AFM, ARC)	Lancer 2-3 grands programmes à dimension scientifique et industrielle, avec une nette dimension européenne, des moyens conséquents et une visibilité à 5-7 ans (par ex. prévention Alzheimer)	
				Favoriser l'émergence de 4-5 nouveaux champions industriels européens avec forte implication française, de taille mondiale (>10 MM d'euros de vente) dans la pharma et les secteurs connexes (équipement médicaux, génériques, nouvelles technologies du vivant)		Consolider les organismes publics impliqués dans la recherche
		<i>Améliorer l'efficacité du système et libérer des marges de manœuvre budgétaires, managériales et politiques</i>				
		Rendre cohérents et améliorer la fongibilité des statuts du CNRS, INSERM, Universités et autres acteurs clés de la R&D publique	Réviser la politique de quotas pour les personnels médicaux	Réformer l'hôpital (simplification et accélération de la mise en œuvre de la T2A, amélioration de l'efficacité opérationnelle) et restructurer l'offre de soins (spécialiser et fusionner les hôpitaux), pilotée par les Autorités régionales d'hospitalisation	Renforcer écart de prix et remboursement entre médicaments et sponsors industriels en fonction de la valeur ajoutée (<i>à approfondir</i>)	Réformer CNRS, INSERM, INRA et les autres principaux organismes de R&D publique pour i) concentrer les efforts et ressources, ii) améliorer les échanges au sein de ces organismes et avec l'extérieur, iii) considérablement stimuler la valorisation de la propriété intellectuelle générée

Secteur	Taux de croissance mondiale 2007-2020	Leviers de politique sectorielle				
		Règlementation	Système éducatif	Infrastructures / Mesures de place	Commande publique	Clusters/Recherche
		Simplifier et rationaliser les agences réglementaires, et leur donner un rôle de conseil, en plus de leur rôle de contrôle	Adapter les règles d'installation de médecine libérale	Favoriser l'hospitalisation à domicile	Clarifier et respecter les engagements de la politique de remboursement de la Sécurité Sociale	
		Harmoniser la tarification des actes hospitaliers entre les secteurs public et privé		Éliminer les freins à l'émergence de distributeurs plus performants (y c pharmacies)		
<i>Ouvrir le secteur sur le monde et mettre la France au cœur d'un réseau Européen voire mondial afin d'accélérer la prise de conscience des enjeux et des solutions adoptées par les pays et institutions concurrents, attirer les innovations et talents mondiaux, et accroître l'influence des acteurs français à l'international</i>						
		Intégrer les méthodologies et responsables des agences françaises avec celles et ceux des agences équivalentes au niveau européen, puis, dans certains cas, mondial	Renforcer les passerelles public / privé, France / Europe. Par exemple, conditionner les embauches et promotions dans les institutions publiques à, entre autre, des expériences réussies hors de la filière (à l'étranger ou en entreprise)			Faire revenir en France 1000 (5000?) scientifiques des sciences de la vie ou sciences connexes, reconnus et exerçant à l'étranger depuis plusieurs années, à tous les niveaux de séniorité, dans les universités, centres et organismes de recherche, institutions et partenariats public-privés
						Lancer un programme d'attraction des meilleurs scientifiques mondiaux dans la sphère France

Annexe 2 : les plateformes d'accompagnement mobile

Cinq besoins essentiels ont été identifiés :

- La détection des personnes âgées en difficulté
- La veille pour les personnes déjà suivies
- La gestion des situations de crise
- La coordination permanente des différents intervenants
- L'insertion des personnes âgées dans la vie locale

Pour répondre à ces besoins, un système original est en cours d'expérimentation : le système d'accompagnement mobile, offrant un bouquet de services accessibles 24h/24 et 7j/7 à partir d'un numéro unique :

- Détection des personnes en difficulté, effectuée par les facteurs, dans le cadre d'un partenariat avec la Poste
- Veille et suivi des personnes identifiées : également assurée par les facteurs, qui s'assurent que les différents intervenants autour de la personne âgée ont bien pu effectuer leur travail. Le voisinage peut aussi être sollicité dans ce but
- Gestion des situations de crise : prise en charge par une unité mobile, dans le cadre d'un partenariat avec EDF qui intervient 24h/24 au domicile de la personne âgée et coordonne la mise en œuvre des différentes prestations et services requis
- Participation à la vie locale : propositions d'activités à domicile ou à l'extérieur aux personnes âgées

Annexe 3 : mécanismes de contrôle des effets de la Tarification à l'Activité (TAA)

Si elle entraîne initialement une augmentation des dépenses, la TAA permet à terme d'optimiser les dépenses de soins, en améliorant la transparence en termes de qualité et de coûts, et augmente la productivité globale du système en réduisant la Durée Moyenne de Séjour (à qualité de traitement égale).

Afin de profiter au maximum des effets positifs de la TAA et d'en limiter les effets négatifs, les pouvoirs publics devraient avoir à l'esprit les principes suivants :

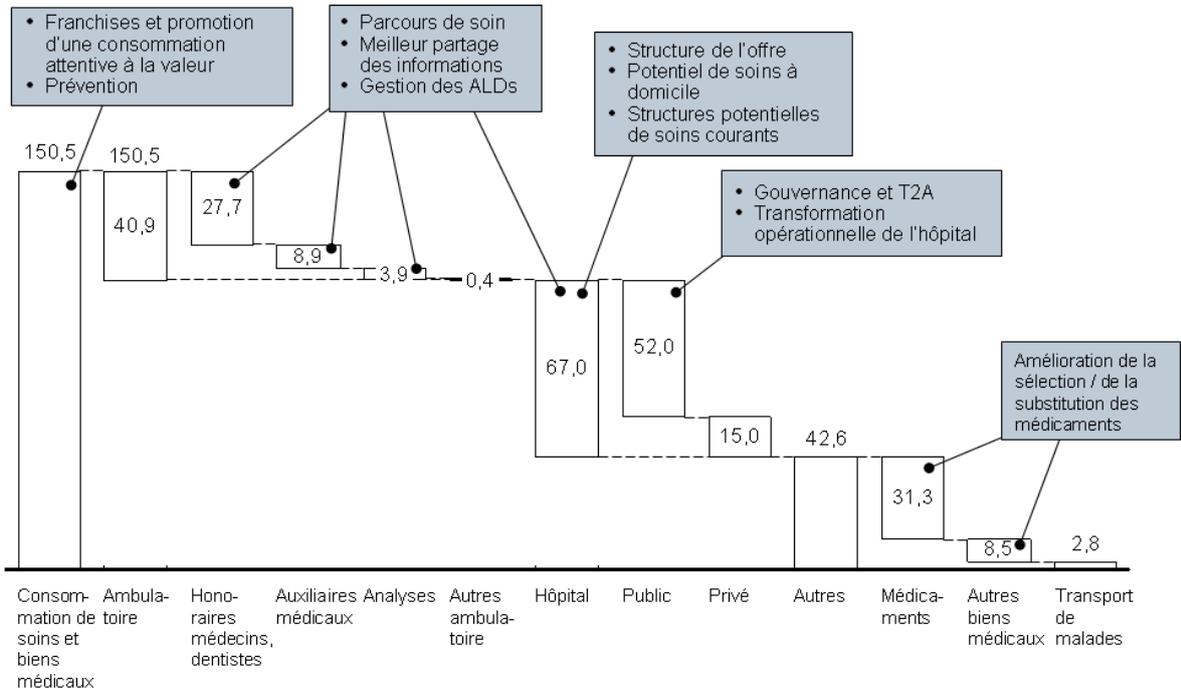
- Contrôler les excès d'offre : au-delà d'un certain volume de soins délivrés par un établissement, le remboursement des soins pourrait être limité.
- Prendre en compte la qualité des soins et services en créant des mécanismes d'incitation financière pour améliorer la qualité des soins.
- Limiter les distorsions d'offre liées au rôle de prix joué par la TAA. La TAA n'est pas déterminée par le marché mais déterminée de manière centralisée. En jouant un rôle de prix de référence, elle peut créer des distorsions de l'offre de soins, en accroissant celle des soins les plus rentables au détriment d'autres soins et services pourtant indispensables à la patientèle. Les tarifs devraient donc être révisés à intervalles réguliers afin de corriger d'éventuelles distorsions.
- Reconnaître les limites de la TAA : elle ne devrait pas s'appliquer aux activités de recherche ainsi qu'aux actes pratiqués par les services d'urgences.
- Améliorer les processus de saisie des actes et de collecte des coûts afin de limiter le temps consacré par les médecins à cette activité peu créatrice de valeur pour les patients.
- Mettre en place des mécanismes mixtes associant Tarification à l'Activité et honoraires forfaitaires.

Annexe 3 : décomposition de la consommation française de biens et services médicaux

Un impact significatif pourrait être obtenu sur la dépense de Santé en actionnant l'ensemble des leviers disponibles

ANNEXE
TRES SIMPLIFIE

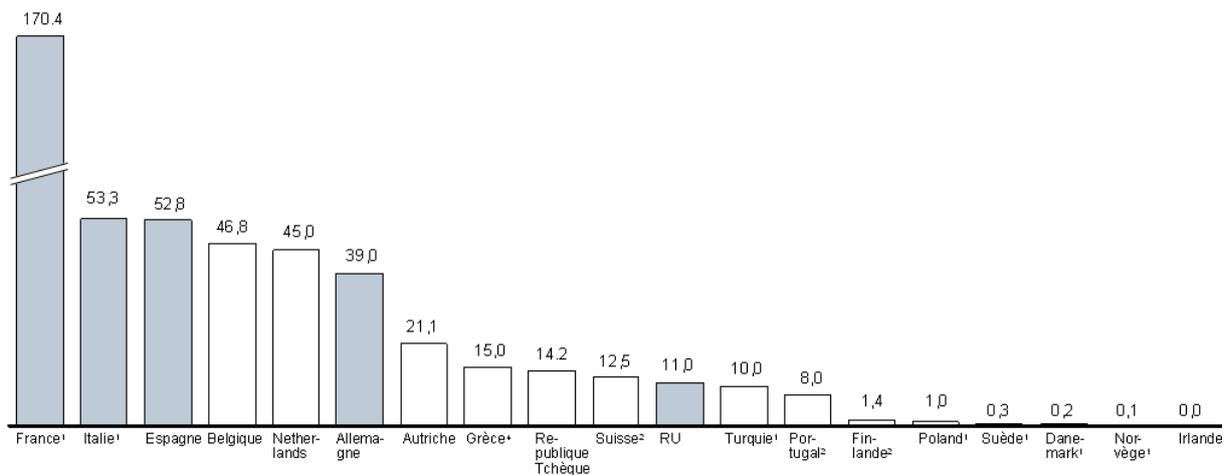
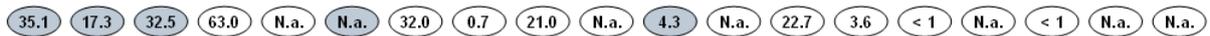
Consommation de soins et biens médicaux, milliards d'€, 2005



est très inégale entre pays

2000 ; '000 lits

○ % du privé



- 1) 1999
- 2) 1998
- 3) 1996
- 4) 1995

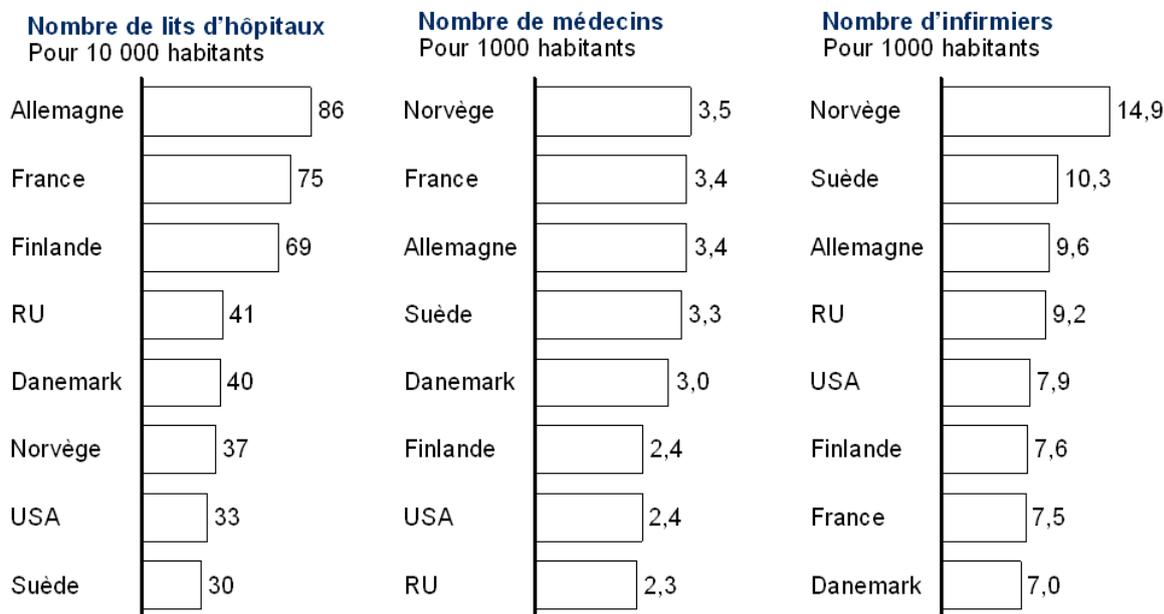
Source: Espicom, McKinsey

Des disparités importantes existent en termes de coût et de productivité en France— Exemples de différence public-privé

Activités	Public ou PNL		Privé		Pourcentage du coût médical dans le tarif (%)	Différence de tarif public / privé (%)	Nombre de cas totaux
	Pourcentage d'activité (%)	Tarif €	Pourcentage d'activité (%)	Tarif* €			
• Diagnostic endoscopie	19	784	81	563	33	28	1 178 533
• Accouchement sans complication	67	2,168	33	2,108	32	3	547 032
• Gastroentérite	58	1,605	42	908	30	43	91 671
• Cholécystectomie	44	3,464	56	2,290	31	34	77 693
• Arthroscopie	24	2,008	76	1,602	47	20	55 318
• Opération du genou	30	3,504	70	2,516	29	28	49 444
• Opération de la hanche et du fémur	77	6,262	33	4,090	29	35	37 854
• Accouchement avec complications	79	3,404	21	2,933	39	14	27 055
• Bronchites et asthme	86	1,903	14	1,305	44	31	11 742
• Artériosclérose coronarienne	80	2,077	20	1,148	33	45	11 406
• Pontage aorto-coronarien	62	8,349	38	11,735	33	-41	5 474
• Remplacement de valve cardiaque	68	8,628	32	11,274	33	-31	3 004

Comparaison de l'offre de soins

2003 / 2004



Annexe 7 : comparaison des coûts d'intervention

Comparaison des coûts d'intervention

Coût par activité ; 2003 ; EUR

