

A. Faire de la santé un moteur de croissance

(proposition de M. Claude Bébéar)

La croissance des dépenses de santé est inéluctable. Aujourd'hui 10% du PIB, demain 15%. Cette croissance est perçue comme un problème, alors qu'il s'agit d'une opportunité. Les dépenses de santé par leur nature polymorphe sont source de richesse et moteur de croissance :

- Services (soins à domicile, transports, cabinets médicaux, cliniques, hôpitaux, paramédicaux, centres de remise en forme, maisons de retraite médicalisées, mutuelles, assurances, ...)
- Agroalimentaire
- Instrumentation, imagerie et robotique médicale
- Industrie pharmaceutique
- Biotechnologies

Propositions

1. Libérer les dépenses de santé

La santé ne se limite pas à l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette dernière ne couvre déjà qu'une fraction des dépenses de santé (environ 75%), sa part relative diminuera d'où l'importance qu'elle se consacre à l'essentiel, qu'elle soit bien gérée, respectueuse du principe de solidarité et que son financement ne pénalise pas notre compétitivité. Une part de plus en plus importante des dépenses de santé relèveront de l'initiative individuelle. La part des dépenses de téléphonie, d'internet, de TV câble a crû dans les budgets des ménages et contribue à notre croissance. Pourquoi n'en serait-il pas de même avec les dépenses de santé ?

2. Capter une partie du marché international de la santé

- Faire évoluer l'organisation de nos centres hospitaliers les plus performants, pour les doter au-delà de plateaux techniques, d'un pôle international, avec hôtel intégré et facturations forfaitaires par pathologie (transport + soins + hébergement accompagnant ...).
- Repenser la formation et l'exercice des professionnels de santé (médecin, infirmière, paramédicaux) pour rendre ces professions attractives et améliorer leur productivité.

3. Promouvoir la recherche pharmaceutique et biomédicale et sa valorisation pour susciter l'émergence de nouveaux acteurs nationaux dans une économie de la santé mondialisée

- 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.

B. Réformer le système de santé

Le système de santé français est universellement reconnu pour sa qualité (1^{er} sur 29 pays du classement Euro Health Index en 2006). L'accès large aux soins s'accompagne d'une très bonne qualité des prestations. Les files d'attente sont limitées en comparaison d'autres pays européens (en particulier Espagne et Royaume-Uni). Toutefois, la pérennité de cette situation est actuellement discutée :

- Les coûts progressent plus vite que la richesse nationale.
- Le système 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).
- L'enquête Euro Health Index de 2007 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. La France a ainsi perdu sa place de leader des systèmes de santé européens.

Les mesures mises en œuvre jusqu'à présent ont cherché à remédier aux problèmes les plus urgents. Donner à la France un système de santé performant nécessite d'adopter une approche holistique de la transformation.

Celle-ci pourrait s'articuler autour des cinq axes suivants :

- Accroître la prévention
- Redéfinir les modalités du financement de l'accès aux soins
- Promouvoir une consommation attentive à la valeur
- Optimiser la structure et l'organisation de l'offre de soins
- Améliorer la performance de l'offre de soins et de services (qualité/coûts)

Axe n°1 : accroître la prévention

Propositions

1. 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.

2. 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, tabagisme)

3. Faire entrer certains produits alimentaires de qualité dans le secteur de la santé

Pour accompagner cette communication, certains produits alimentaires de qualité pourraient entrer dans le domaine de la santé pour leur distribution et leur taxation. Cette mesure pourrait également permettre le développement d'un secteur d'exportation.

Principes généraux

- Le système de financement doit garantir que les règles de financement, la conception des prestations et les critères d'éligibilité aboutissent à un transfert de richesses approprié.
- Il doit également définir le panier des soins et services couverts par la collectivité.
- Il appartient à la collectivité-ci d'assurer à tous les citoyens la couverture des risques définis dans le panier.

Propositions

1. Mettre en place la gratuité des soins dispensés à l'hôpital

La Commission souhaite examiner l'opportunité de proposer la gratuité pour les soins dispensés à l'hôpital. L'hôpital est en effet une économie d'offre plutôt que de demande: le ticket modérateur (proche de 20%) n'a donc que peu d'effet limitatif de la demande. De plus, les dépenses sont concentrées sur un nombre réduit d'actes (5% des actes représentent 60% des dépenses). La régulation des flux se fait au niveau du médecin qui oriente le patient, et non à travers des désincitations financières.

3. Mener une réforme d'ensemble de l'assurance maladie

La Commission pourrait également examiner la proposition de restructuration de l'assurance maladie :

- **Réaffirmer le principe d'une Assurance Maladie Universelle** : le panier de soins est déterminé par les pouvoirs publics et sa composition est révisée régulièrement en fonction de l'évolution démographique et des pratiques cliniques. Les actes compris dans ce panier sont remboursés s'ils sont réalisés par un prescripteur agréé et si le protocole thérapeutique est respecté. Toutes les personnes résidentes en France et en situation régulière sont couvertes par l'Assurance Maladie Universelle.
- **Créer de nouveaux organismes de remboursement concurrentiels**
Chaque individu a l'obligation de souscrire un contrat auprès d'une Institution d'Assurance Santé de son choix (caisse d'assurance maladie, mutuelle, compagnie d'assurance). Ces Institutions d'Assurance Santé doivent répondre à un cahier des charges défini par l'Etat, sont soumis à concurrence et pratiquent des tarifs libres. Elles accréditent les professionnels de santé, en tenant compte de la répartition géographique de leurs assurés et de la qualité des soins et services fournis. En supplément de leur offre d'Assurance Maladie Universelle, elles peuvent proposer des offres d'assurance santé supplémentaires. L'enquête CSA révèle une acceptation croissante de la privatisation du financement des soins (47% des Français pensent que l'augmentation des dépenses de santé doit être financée par un supplément au cas par cas).
- **Réorganiser le financement de l'assurance maladie autour de cotisations directes des assurés et d'un impôt de la solidarité**
Le financement des dépenses d'assurance maladie pourrait être assuré par une combinaison de cotisation d'assurance et d'impôt de solidarité, la répartition du financement devant être tranchée par le pouvoir politique. Les employeurs verseraient à leurs employés la part salariale et patronal consacrée à la santé. Ces derniers paieraient eux-mêmes directement leurs cotisations d'assurance santé. Celles-ci seraient d'un ordre de grandeur équivalent et pourraient représenter 18% du salaire moyen. Une aide personnalisée devrait être mise en place pour les bas

revenus. Les recettes de l'impôt de solidarité (qui pourrait être la C.S.G. ou un impôt supplémentaire) pourrait financer cette Aide Personnalisée Santé. Il pourrait également financer les dépenses des Institutions d'Assurance Santé au-delà d'un seuil maximal de dépenses santé par individu (à définir), comme par exemple les sur-dépenses entraînées par les Affections de Longue durée. Une partie de ces recettes pourrait également être affectée à des actions de prévention. Le montant de cet impôt pourrait varier en fonction des résultats de l'année précédente.

Axe n° 3 : promouvoir une consommation attentive à la valeur

1. Encourager les comportements de consommation responsables

Les pouvoirs publics devraient encourager la responsabilisation des consommateurs dans leurs décisions de consommation, par exemple à travers la mise en place de franchise. 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). (page sur la dette de la sécurité sociale)

2. 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.

3. Plafonner les remboursements pour les fournisseurs de soins et de services les plus coûteux

Une telle mesure inciterait les établissements à améliorer leur performance.

Axe n° 4 : optimiser la structure et l'organisation de l'offre de soins

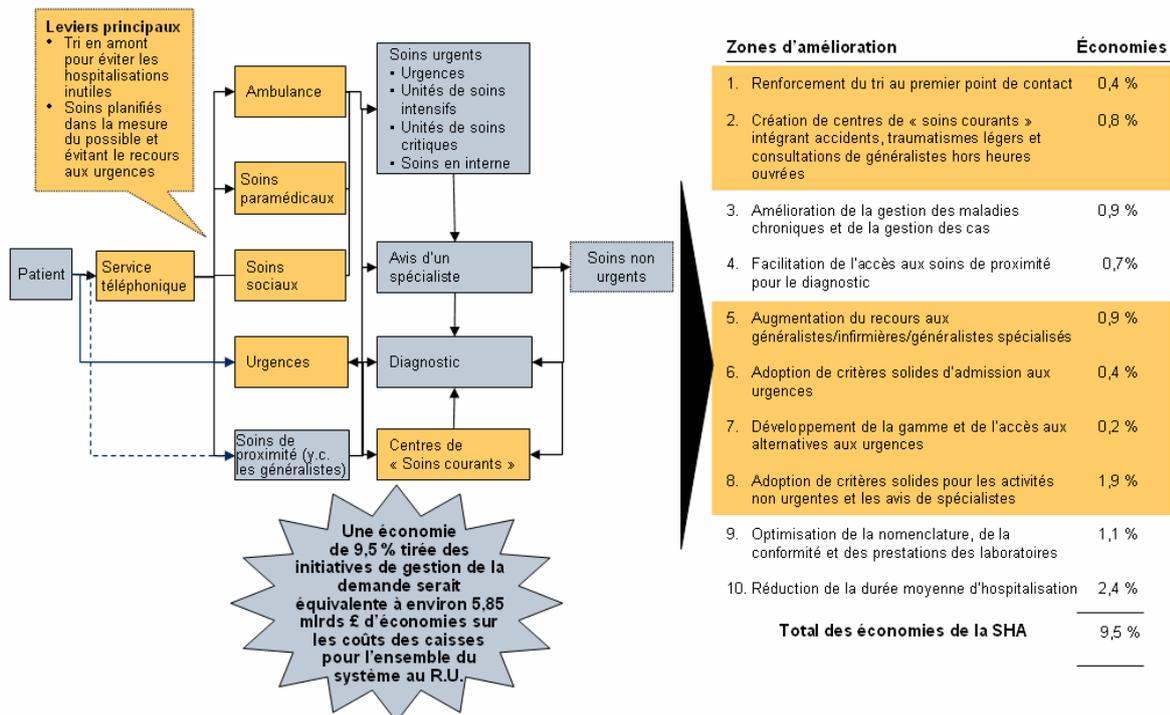
Propositions

1. Anticiper les besoins de soins et de services sur la base des changements démographiques, du profil des maladies et de l'évolution des pratiques cliniques

Les pouvoirs publics pourraient ainsi identifier les besoins de capacité de traitement supplémentaire et accompagner la mise en place de partenariats public-privé pour la création de nouvelles unités de soins.

2. Développer des parcours de soins optimaux afin de réduire les coûts de traitement des patients (l'exemple anglais montre que ce levier permet d'atteindre une réduction des coûts de l'ordre de 10%).

Une étude de l'autorité de stratégie sanitaire britannique a évalué à 9,5% la réduction possible des coûts en revoyant le parcours de soins



Source : données internes Strategic Health Authority

3. Promouvoir un suivi à distance des patients atteints d'Affections de Longue Durée

Ce système suppose une réorganisation de l'offre de soins locales et une coopération accrue entre médecins généralistes, spécialistes et infirmier(e)s.

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).

4. Faire évoluer la structure de l'offre de soins pour répondre aux nouveaux besoins

Cette réforme pourrait s'appuyer sur les Autorités Régionales d'Hospitalisation, 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
- Spécialisation des hôpitaux
- Mise en place de système de soins intégrés

Propositions

1. Mettre en place des mécanismes de contrôle des effets de la Tarification à l'Activité (TAA)

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.

2. Accroître la concurrence entre établissements de soins

La Commission pourrait également s'interroger sur la levée des obstacles à la concurrence et les conditions de mise en œuvre de celle-ci, compte-tenu des spécificités de l'offre de soins

3. Faire évoluer la gouvernance de l'hôpital vers plus d'autonomie et de responsabilité

C'est une condition nécessaire à l'instauration d'un cycle vertueux de la performance. 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) devrait s'accompagner d'un soutien des pouvoirs publics à des programmes de transformation opérationnelle de l'hôpital.

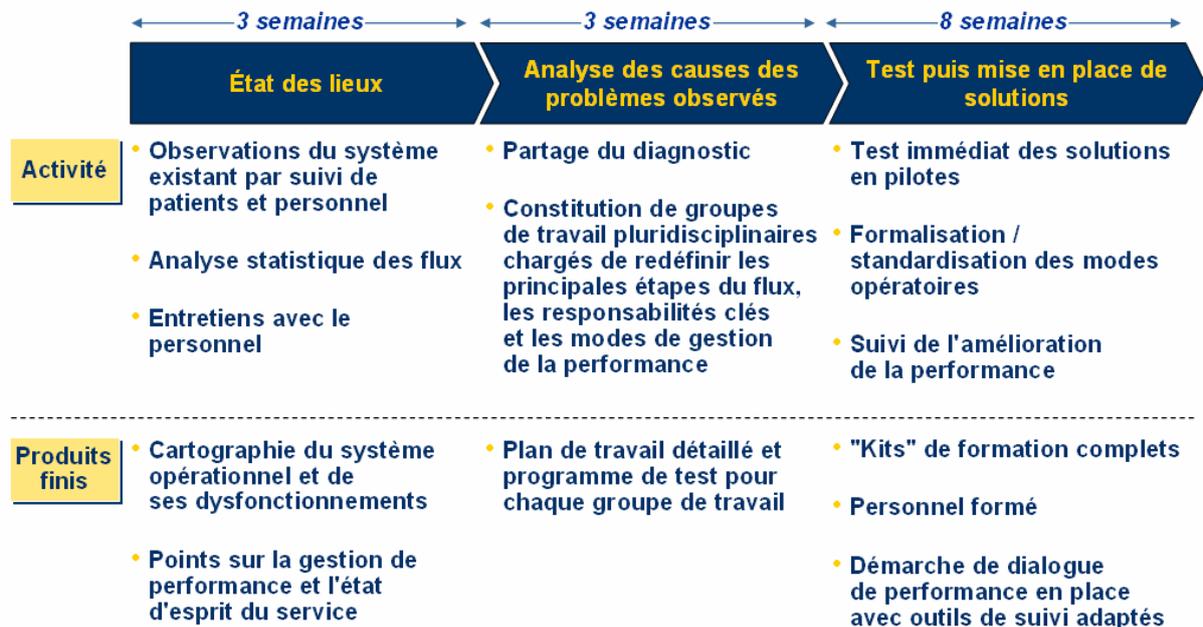
4. Lancer un grand programme d'amélioration opérationnelle de l'hôpital

Les pouvoirs publics pourraient à ce titre s'inspirer de l'expérience menée par l'APHP à l'hôpital Beaujon (voir en annexe).

Annexe 1 : 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



Quatre axes de travail ont été identifiés :

- **Simplifier et clarifier les procédures.** Le parcours des patients a été redessiné, 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.

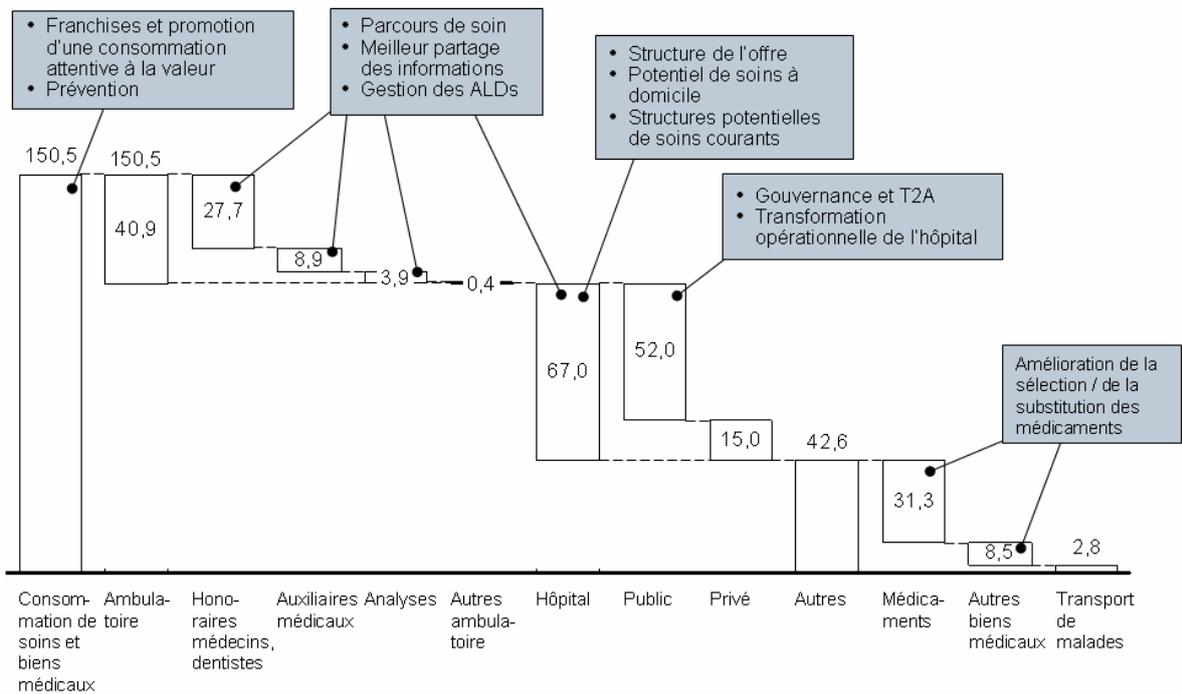
L'APHP étudie actuellement les modalités de déploiement de ce programme dans d'autres hôpitaux sous sa responsabilité. La méthodologie utilisée peut également s'appliquer aux autres services d'un hôpital ; elle a été testée avec succès dans de multiples environnements (publics et privés, en Europe ou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

Annexe 2 : 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



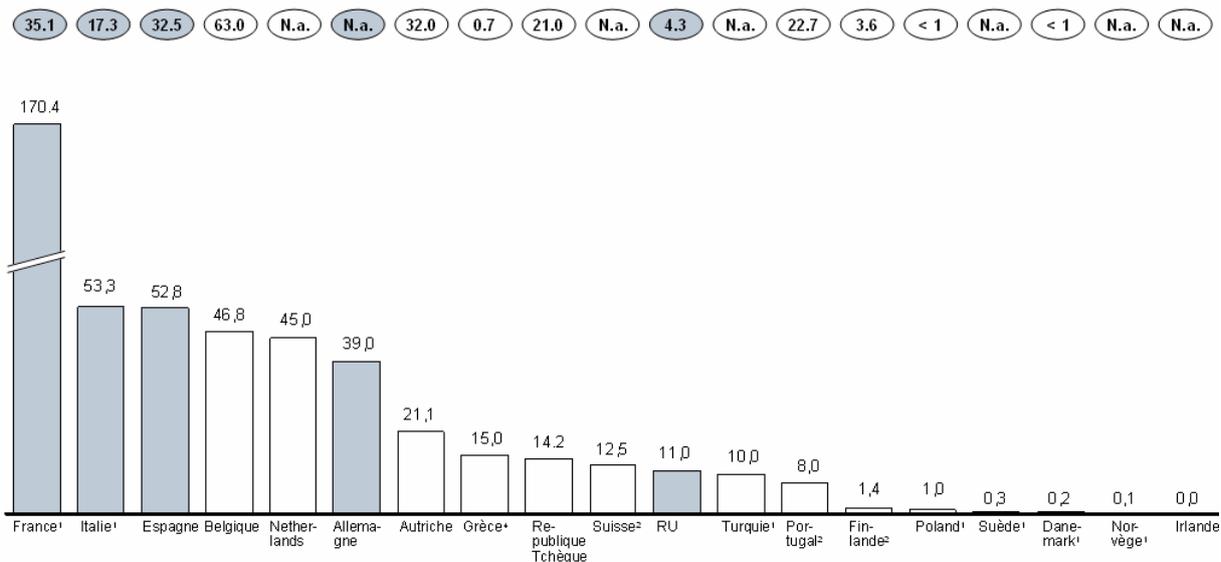
Source : DREES, Comptes sociaux 2005

Annexe 3 : part du secteur privé dans l'offre de soins hospitaliers

La pénétration du privé dans l'offre de soins hospitaliers est très inégale entre pays

2000 ; '000 lits

○ % du privé



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

Source: Espicom, McKinsey

Annexe 4 : comparaison de coût de certaines prestations entre les secteurs public et privé

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

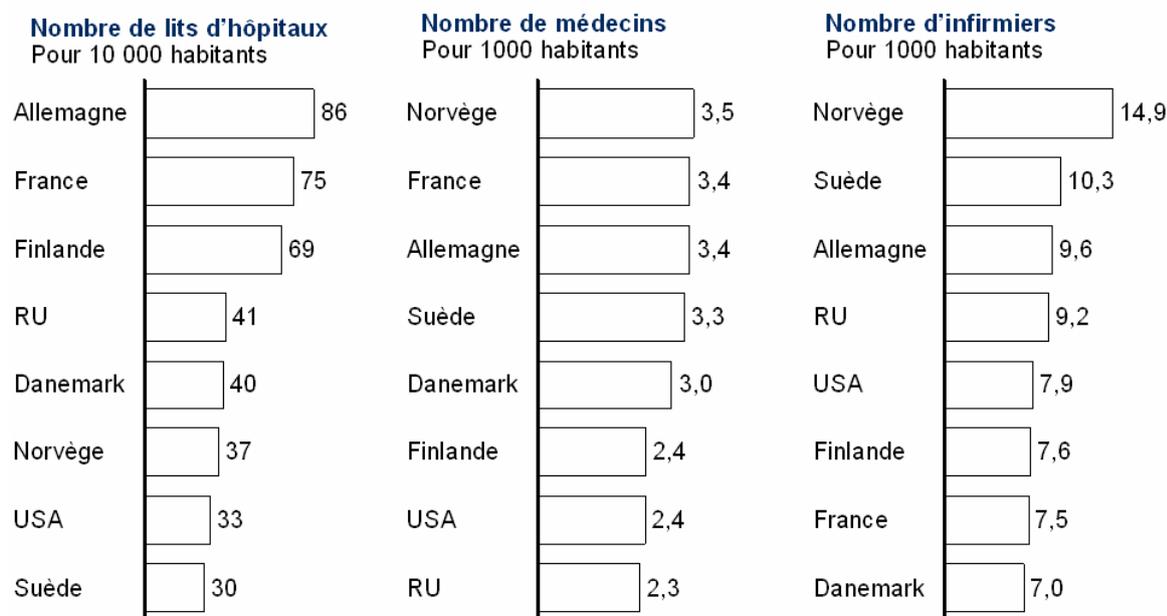
* Somme du tarif clinique privée et du coût moyen du médecin ou chirurgien

Source : Annexe 1B du PLFSS 2006, SCS, ATIH

Annexe 5 : comparaison de l'offre de soins

Comparaison de l'offre de soins

2003 / 2004



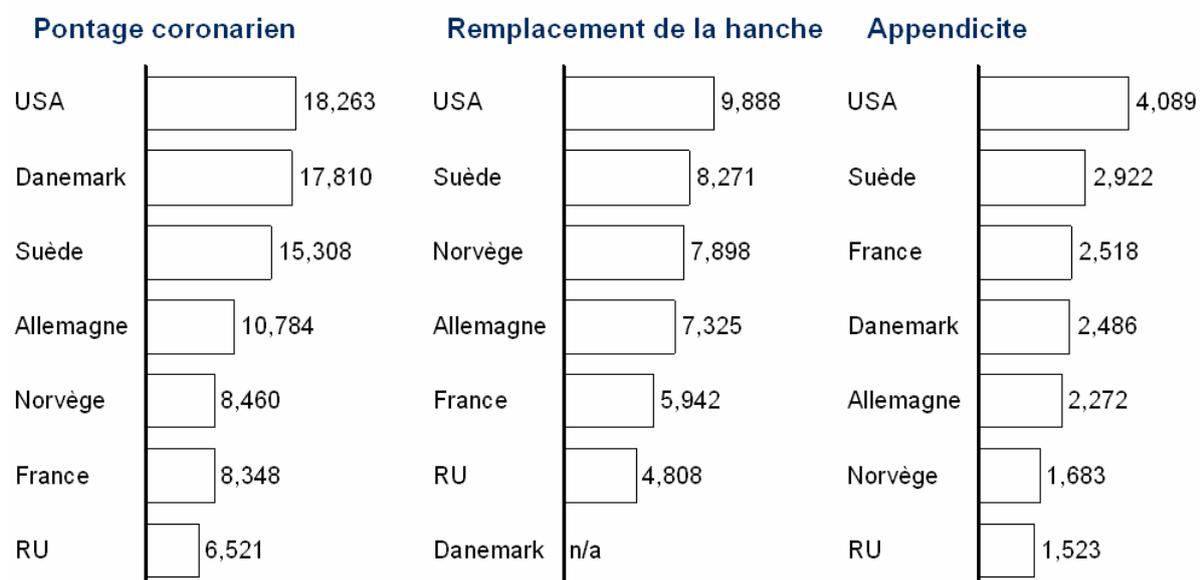
Note: Informations de la dernière année disponible pour chaque pays

Source: OMS; OCDE Health Data 2006

Annexe 6 : comparaison des coûts d'intervention

Comparaison des coûts d'intervention

Coût par activité ; 2003 ; EUR



Note: Informations de la dernière année disponible pour chaque pays
Source: OMS; OCDE Health Data 2006