



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉNOLOGIE  
ET DE PATHOLOGIE  
MAMMAIRE



AVIGNON  
7 Novembre 2018

# Enjeux économiques, présents et futurs du parcours de soins

Jean-Jacques Zambrowski *MD, PhD*

université  
PARIS-SACLAY

Service de Médecine Interne – CHU Bichat

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

SFT   
ELEMED  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TÉLÉMÉDECINE

# Liens d'intérêts

Art. L. 1453-1. CSP

*C : consultant*  
*I : intervenant*

**Com<sup>on</sup>. Européenne** (DG Sanco, DG Industrie)

**Ministère de la santé** (DGOS, DSS)

**Assemblée Nationale** (Commission Aff. Soc)

**ANAP**

**UNCAM**

**FHF**

**FHP**

**AP – HP**

**Université Paris Descartes**

**Université Paris Sud**

**Université Pierre et Marie Curie**

**Institut d'Etudes Politiques de Paris**

**EHESP**

**Abbott** C

**Arrow** C, I

**AstraZeneca** I

**BMS** C, I

**Gilead** C, I

**GSK** I

**Janssen** C, I

**Lilly** I

**Roche** C, I

**Novartis** C, I

**Pfizer** I

**Pierre Fabre** C, I

**Sanofi** I

**Takeda** I

**Teva-Cephalon** C, I

**Vifor** C, I

# Le cancer du sein ne tue (presque) plus...

- En 2017, près de 60 000 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en France.
  - Il a encore été responsable de 12 000 décès, mais le taux de mortalité qui y est associé a diminué en 15 ans.
    - ◆ par un meilleur dépistage
    - ◆ par le développement de thérapies toujours plus efficaces.
- Actuellement, plus de 87 % des patientes sont en vie 5 ans après le diagnostic.
- Le cancer du sein est donc devenu **une maladie chronique** dont la prise en charge peut et doit être poursuivie **durant des années**,
  - faisant appel à **différents professionnels, exerçant en différents lieux**
  - dont les interventions se succèdent en un réel **parcours de soins**.

# Economie : la juste utilisation des ressources

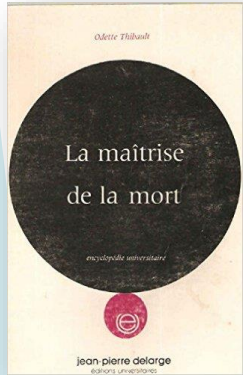


# Economie : la juste utilisation des ressources

## Un véritable réseau communicant, interactif, centré sur la patiente



# Un questionnement légitime, depuis longtemps déjà .



- *Les techniques médicales deviennent de plus en plus coûteuses à mesure qu'elles se perfectionnent.*
- *La demande augmentant parallèlement au coût des techniques, ces deux facteurs additionnés grèvent lourdement le budget de l'État.*
- *Plus le droit de l'individu à la vie et à la santé coûtera cher, plus il se heurtera à des impératifs économiques de la part de la collectivité, dont les ressources ne sont pas inépuisables, et qui devra choisir entre diverses options et établir des priorités.*

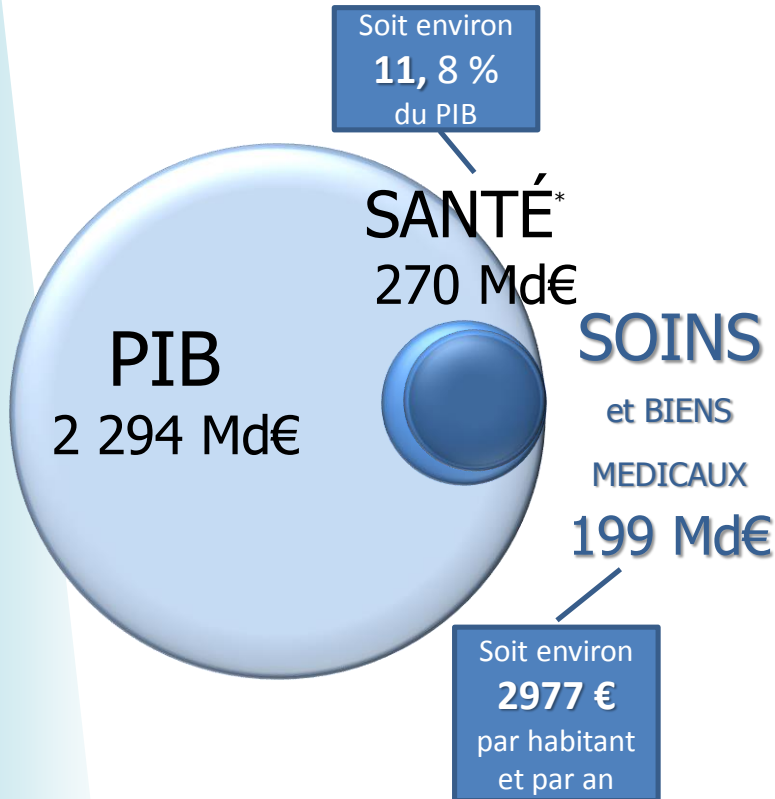
Odette Thibault, *Maîtrise de la mort*, Paris, Éditions Universitaires, 1975

# **Le coût de la santé en France**

## **Les comptes de l'Assurance maladie**

# Dépenses de santé en France : plus de 270 Md€ / an

Valeurs  
2017

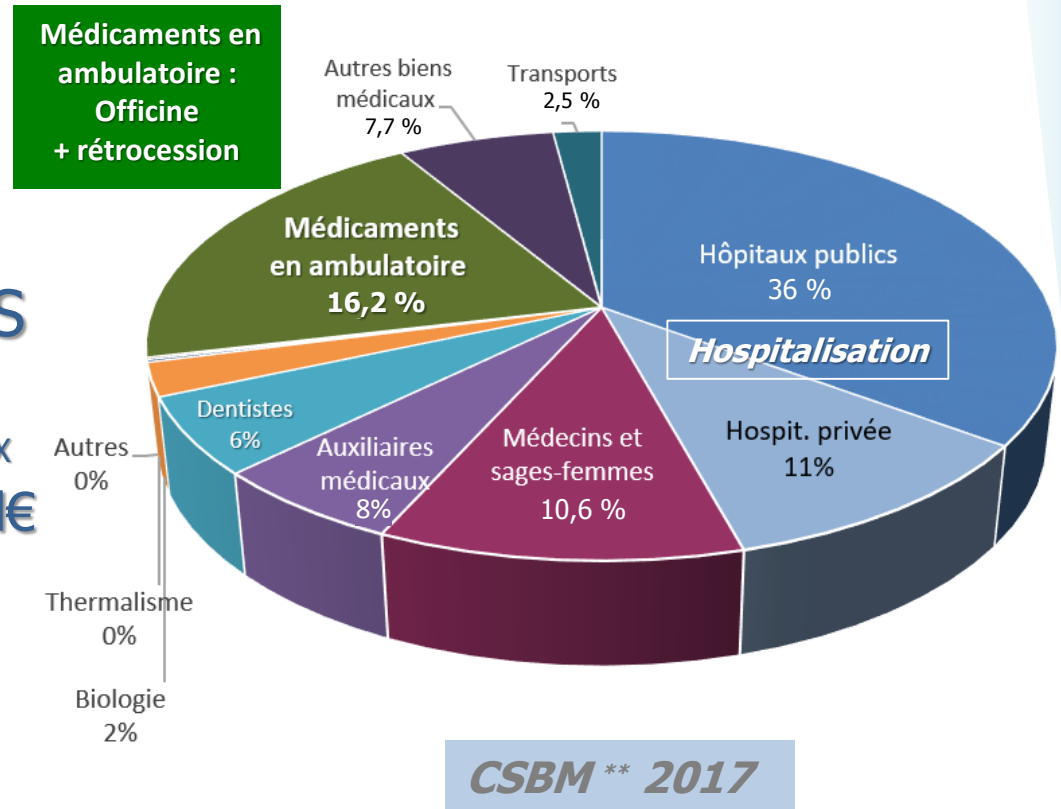
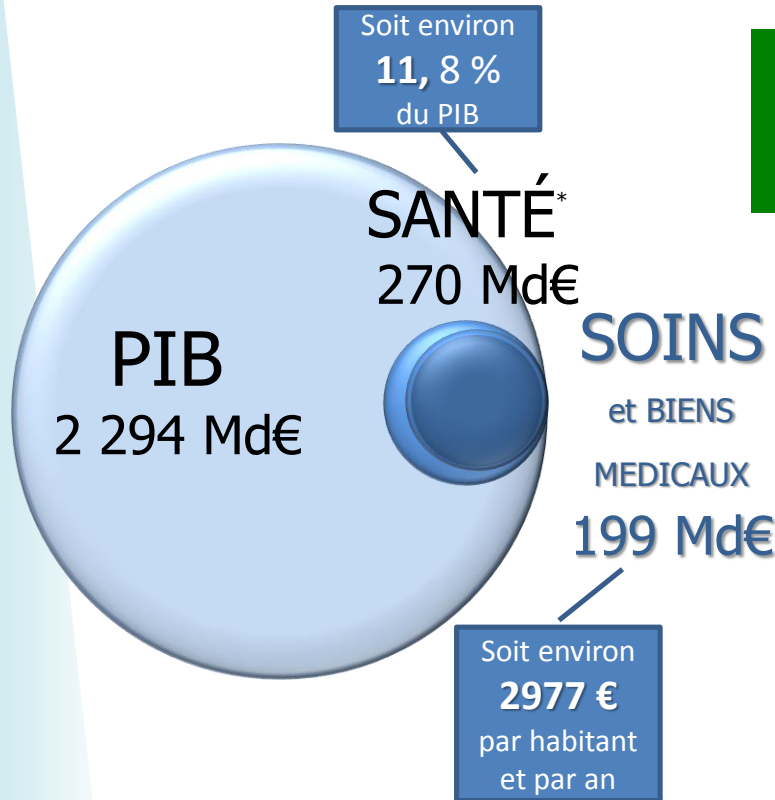


- \* : DCS = **D**épenses **c**ourantes de **s**anté
- \*\* : CSBM : **C**onsumation de **S**oins et **B**iens **M**édicaux



# Dépenses de santé en France : plus de 270 Md€ / an

Valeurs  
2017



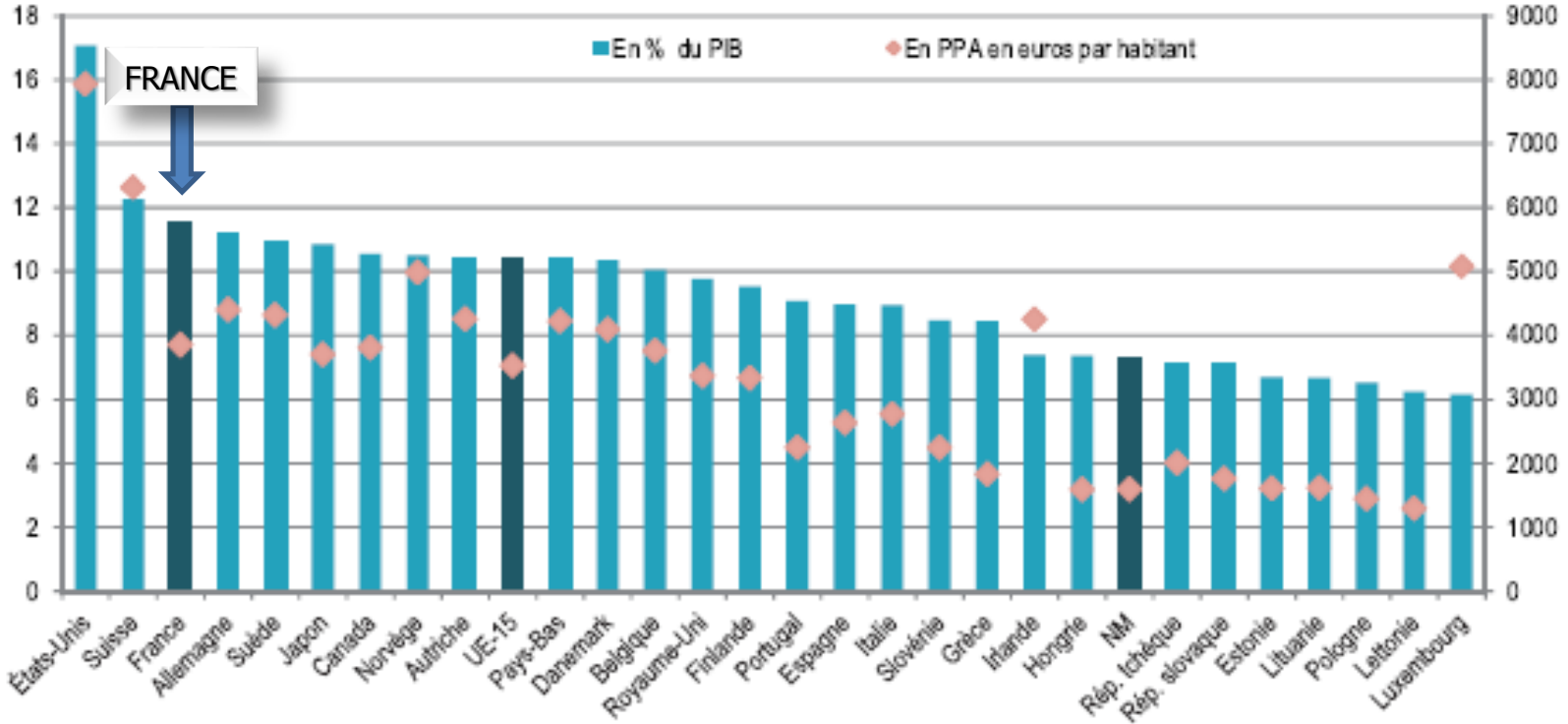
- \* : DCS = **D**épenses **c**ourantes de **s**anté
- \*\* : CSBM : **C**onsumation de **S**oins et **B**iens **M**édicaux

Source : Drees – Les dépenses de santé en 2017– Octobre 2018

# France : un effort notable en faveur de la santé

## Dépense courante de santé au sens international en 2016

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)

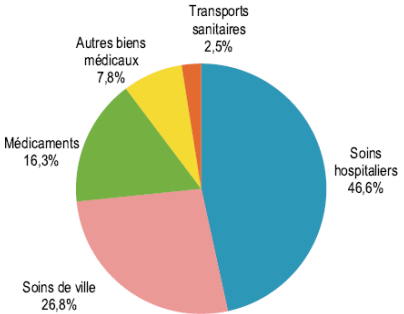


Source : Drees – Les dépenses de santé en 2017 – Octobre 2018

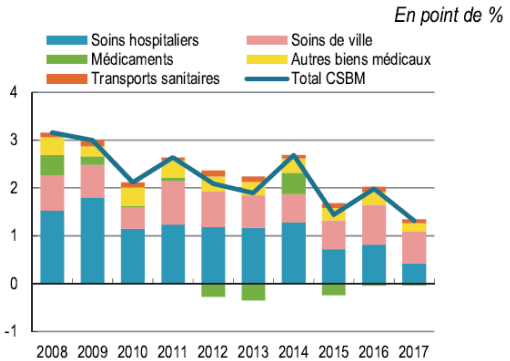
# Consommation de Soins et Biens Médicaux ≈ 200 Md€

	2016	2017
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>92 002</b>	<b>92 848</b>
Secteur public	70 864	71 463
Secteur privé	21 138	21 386
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>104 760</b>	<b>106 498</b>
<b>– Soins de ville*</b>	<b>52 132</b>	<b>53 430</b>
Soins de médecins et de sages-femmes	20 569	21 120
Soins d'auxiliaires médicaux	14 974	15 497
Soins dentaires	11 079	11 282
Laboratoires d'analyses	4 413	4 465
Cures thermales	408	414
Contrats et autres soins	688	651
<b>– Médicaments</b>	<b>32 662</b>	<b>32 592</b>
<b>– Autres biens médicaux**</b>	<b>15 160</b>	<b>15 504</b>
<b>– Transports sanitaires</b>	<b>4 806</b>	<b>4 972</b>
<b>Ensemble</b>	<b>196 762</b>	<b>199 346</b>
<b>CSBM en % du PIB</b>	<b>8,8</b>	<b>8,7</b>
<b>CSBM en % de la consommation effective des ménages</b>	<b>12,6</b>	<b>12,5</b>
Évolution de la Valeur	2,0	1,3
CSBM (en %) Prix	-0,9	-0,1
CSBM (en %) Volume	2,9	1,4

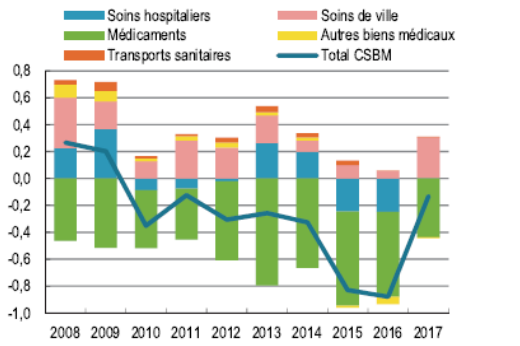
Structure de la CSBM



Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



Contributions à la croissance en prix de la CSBM



\* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

\*\* Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements.

# La Sécurité Sociale finance plus des 3/4 des dépenses de santé

## Financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale

En millions d'euros

	2017	% de la dépense 2017
<b>Ensemble</b>	<b>155 132</b>	<b>77,8</b>
<i>évolution</i>	<i>1,7%</i>	
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>85 091</b>	<b>42,7</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>34 795</b>	<b>17,5</b>
Soins de médecins et de sages-femmes (a)	14 721	7,4
Soins d'auxiliaires médicaux (a)	12 544	6,3
Soins dentaires	3 743	1,9
Contrats et autres soins	651	0,3
Laboratoires d'analyses	3 136	1,6
<b>Transports sanitaires</b>	<b>4 627</b>	<b>2,3</b>
<b>Médicaments</b>	<b>23 704</b>	<b>11,9</b>
<b>Autres biens médicaux</b>	<b>6 915</b>	<b>3,5</b>
Optique	240	0,1
Autres	6 676	3,3
<b>Montant total de la CSBM</b>	<b>199 346</b>	

	En % 2017
<b>Ensemble</b>	<b>77,8</b>
Soins hospitaliers	91,6
Soins de ville	65,1
Transports sanitaires	93,1
Médicaments	72,7
Autres biens médicaux (y compris optique)	44,6

(a) : y compris cures thermales

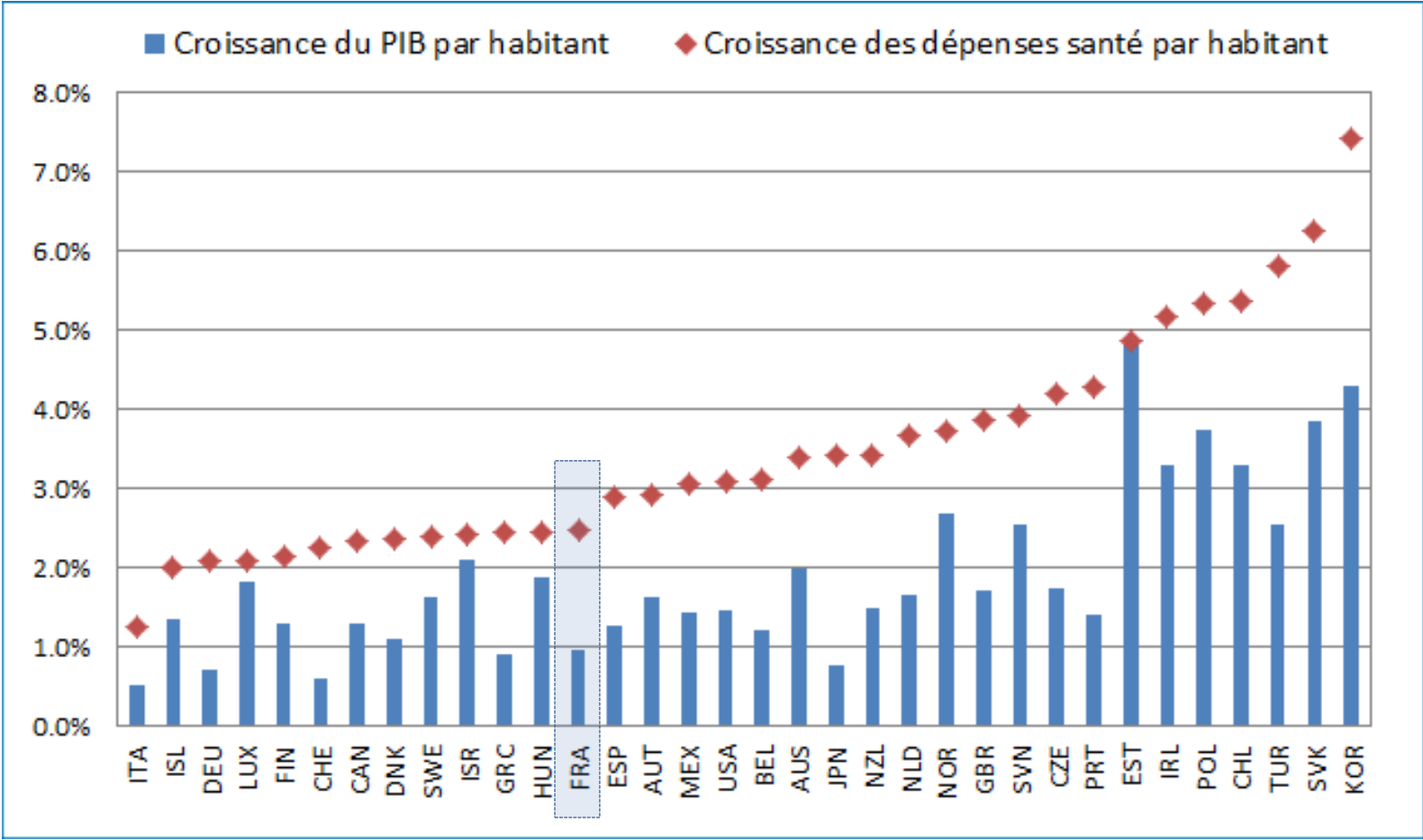
# La Sécurité Sociale finance plus des 3/4 des dépenses de santé

En milliards d'euros

	2017	dont Sécurité sociale au sens des comptes de la santé (1)
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>92,8</b>	<b>85,1</b>
Secteur public (2)	71,5	66,2
Secteur privé	21,4	19,5
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>106,5</b>	<b>72,2</b>
Soins de ville	53,4	35,8
Médicaments	32,6	24,1
Autres biens médicaux	15,5	7,0
Transports de malades	5,0	4,7
<b>CSBM</b>	<b>199,3</b>	<b>157,3</b>
<b>Soins de longue durée</b>	<b>22,3</b>	<b>22,3</b>
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	9,3	9,3
Soins aux pers. handicapées en étab.	11,3	11,3
<b>Indemnités journalières (3)</b>	<b>14,5</b>	<b>14,5</b>
<b>Autres dépenses de santé</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>
<b>Prévention institutionnelle</b>	<b>6,0</b>	<b>0,8</b>
<b>Dépenses en faveur du système de soins</b>	<b>12,5</b>	<b>1,7</b>
Subventions au système de soins nettes des remises	1,5	1,5
Recherche médicale et pharmaceutique	8,7	0,0
Formation des professionnels de santé	2,3	0,2
<b>Coût de gestion de la santé</b>	<b>15,8</b>	<b>7,7</b>
<b>Dépense courante de santé (DCS)</b>	<b>271,1</b>	<b>204,8</b>

# Croissance des dépenses de santé > Croissance économique

Taux moyen de croissance des dépenses de santé et du PIB par habitant, 1990 - 2012



PIB : Produit Intérieur Brut

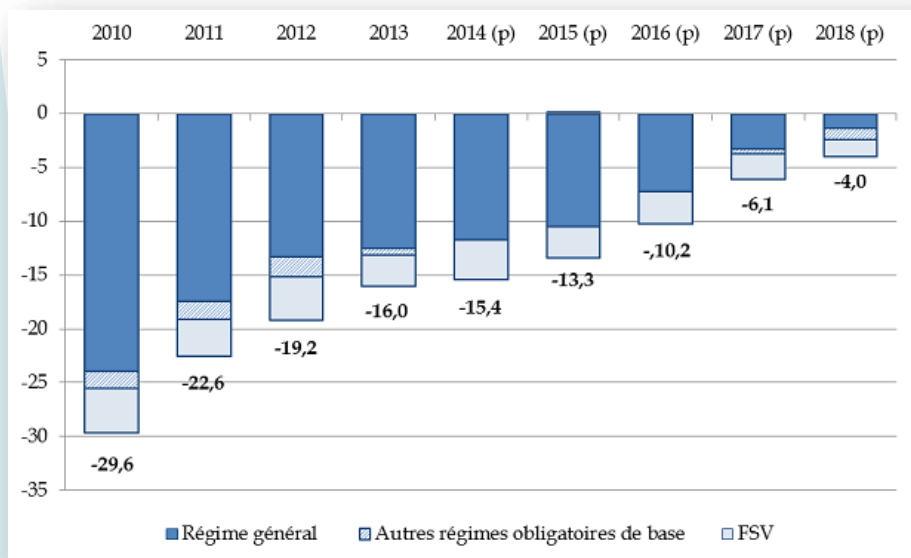
# ALD : chance pour les patients, gouffre pour la S.S.

- **Les affections de longue durée (ALD) remboursées à 100 % par l'Assurance maladie**
  - **concernent autour de 10 millions de personnes en France**
  - **absorbent près des deux tiers des remboursements de la Sec. Soc.**
    - ◆ soit près de 100 milliards d'euros (4000 milliards de Roupies mauriciennes)
  - **Ces chiffres devraient passer à 13,5 millions et 75 % d'ici 2025,**
    - ◆ du fait d'une hausse de 3 % de la prévalence des ALD chaque année.

# L'Assurance Maladie reste en déficit

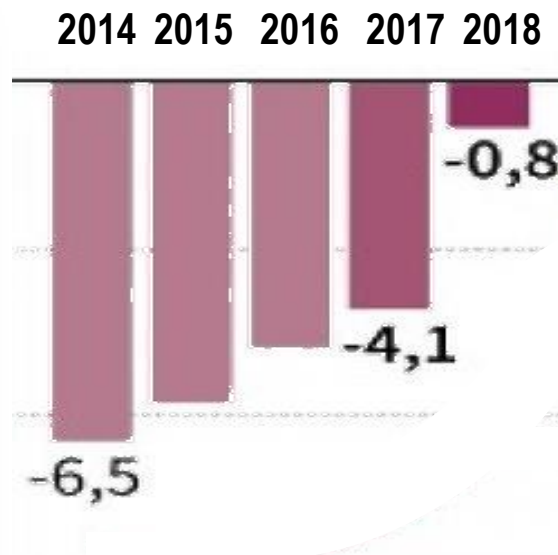
## Sécurité sociale

- Maladie
- + AT – MP
- + Vieillesse
- + Famille

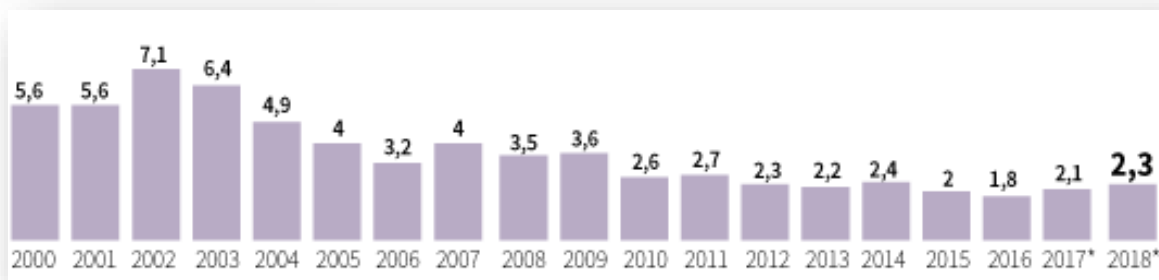


## Assurance Maladie

solde en milliards d'euros



Chaque année, l'augmentation autorisée des dépenses (ONDAM) est inférieure à celle de la demande spontanée.





# Loi de Financement de la Sécurité Sociale

- Chaque année depuis 1997, le Parlement vote la *Loi de Financement de la Sécurité Sociale*

## *(LFSS)*

- Cette Loi s'efforce d'équilibrer

- les recettes

- ◆ qui dépendent de la santé économique du pays

- les dépenses

- ◆ qui doivent tenir compte de l'évolution
  - de l'offre (progrès)
  - et de la demande (population ↗)

# Loi de Financement et ONDAM

- Dans le cadre de la LFSS, les parlementaires votent chaque année l' **ONDAM**

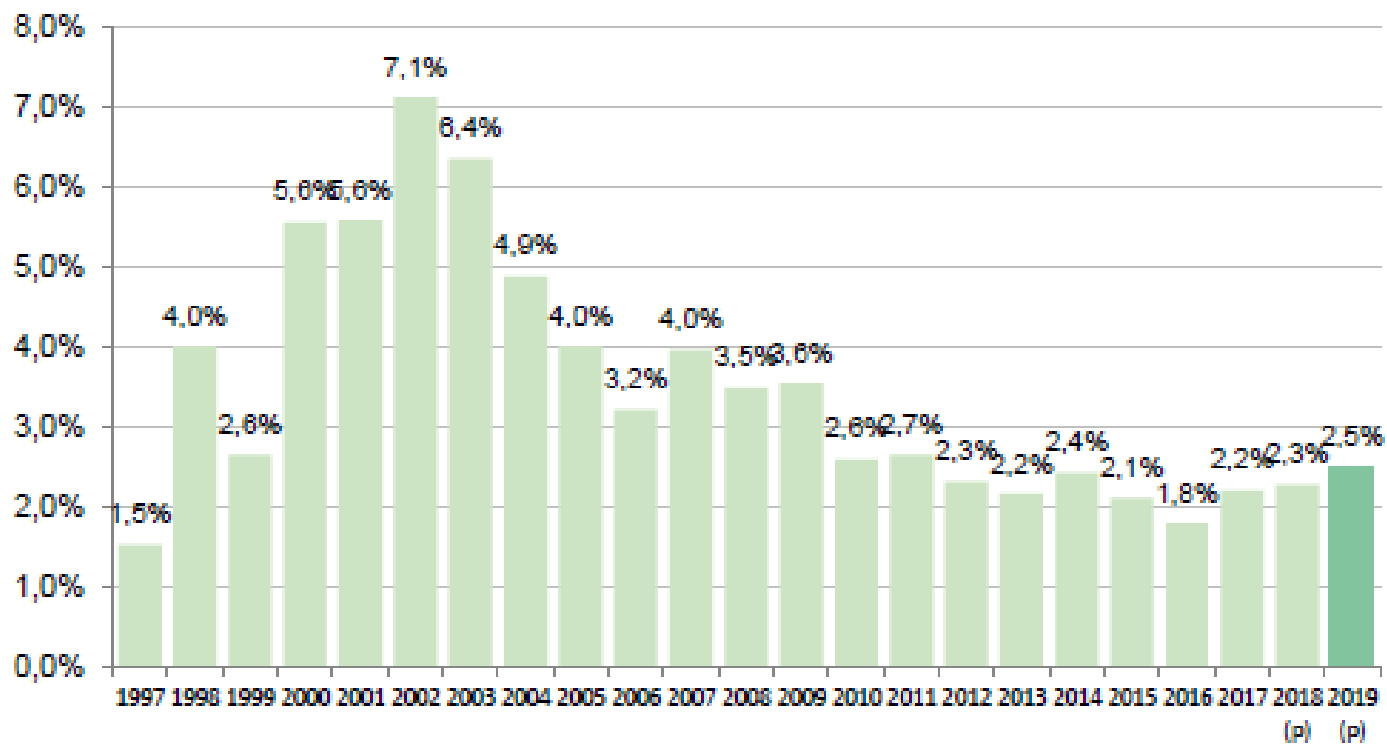
## *Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*

montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France.

- englobe les soins de ville et d'hospitalisation dispensée dans les établissements privés ou publics
  - ◆ mais aussi dans les centres médico-sociaux.
- concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

# ONDAM 2019

- Annoncé avec le plan « Ma santé 2022 », l'ONDAM 2019 bénéficiera d'une augmentation de 2,5 %.

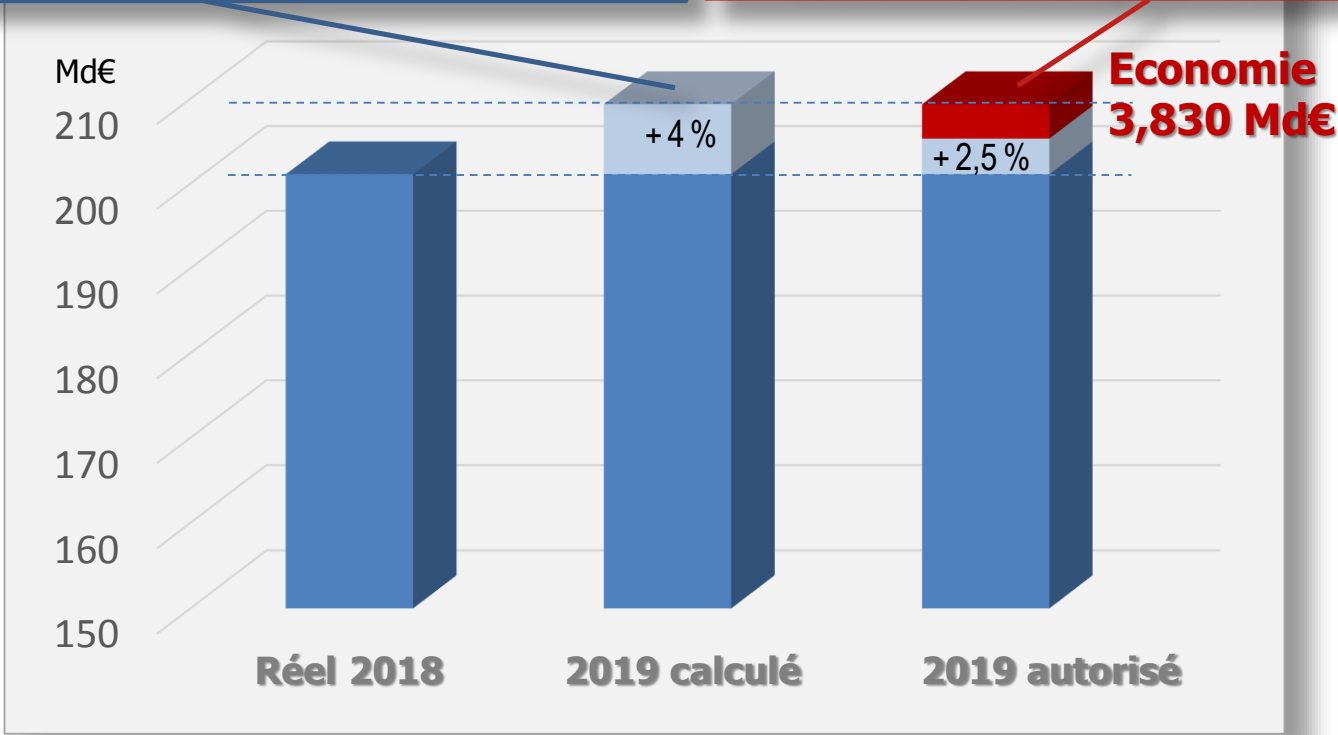


# Le PLFSS : chaque année, des économies à réaliser

Chaque année, la dépense de santé dans les pays développés augmente de  $\pm 4\%$

- du fait de l'évolution démographique
- et du progrès (diagnostique et thérapeutique)

Si l'augmentation autorisée est inférieure à  $4\%$ , il faut « économiser », c'est-à-dire rogner sur les différentes lignes de dépenses telles qu'elles seraient sans mesure de contrainte budgétaire supplémentaire



# PLFSS 2019 : 3,8 Md€ à trouver

- **ONDAM : progression de 2,5 % en 2019 (à 195,2 Md€)**
  - contre + 2,3% en 2018.

Economies attendues en 2019	
En M€	
<b>Structuration de l'offre de soins</b>	<b>910</b>
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	210
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	700
<i>Optimisation des achats</i>	415
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD</i>	235
<i>Améliorer la performance interne des ESMS</i>	50
<b>Actions sur les tarifs des produits de santé et remises</b>	<b>1 360</b>
Prix nets des médicaments en ville	700
Évolution des prix nets des médicaments de la liste en sus	260
Prix nets des dispositifs médicaux en ville	150
Évolution des prix nets des dispositifs médicaux de la liste en sus	50
Remises sur nouveaux produits	200
<b>Pertinence et qualité des actes et des produits de santé</b>	<b>895</b>
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie (protocole)	120
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	85
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	190
Maitrise médicalisée et structure de prescription des produits de santé (volume, génériques, biosimilaires)	500
<b>Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports</b>	<b>335</b>
Transports	135
Indemnités journalières	200
<b>Contrôle et lutte contre la fraude</b>	<b>90</b>
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
<b>Autres mesures</b>	<b>240</b>
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	50
Gestion dynamique du panier de soins remboursés (dont 90M€ d'impact de mesures déjà mises en œuvre en 2018)	190
<b>Total Ondam</b>	<b>3 830</b>

# PLFSS 2019 : 3,8 Md€ à trouver

Economies attendues en 2019	
En M€	
<b>Structuration de l'offre de soins</b>	<b>910</b>
Structurer des parcours de soins efficients (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	210
Améliorer la performance interne des établissements	700
Optimisation de l'offre de soins	415
	235
	50
	<b>1 360</b>
	700
	260
	150
	50
	200
<b>Pertinence et</b>	<b>895</b>
	120
	85
	190
	500
	<b>335</b>
	135
	200
<b>Contrôle et lutte contre la fraude</b>	<b>90</b>
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
<b>Autres mesures</b>	<b>240</b>
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	50
Gestion dynamique du panier de soins remboursés (dont 90M€ d'impact de mesures déjà mises en œuvre en 2018)	190
<b>Total Ondam</b>	<b>3 830</b>

Année après année, ce calcul comptable met les professionnels et les établissements dans une situation économique d'extrême tension, en fait au détriment de la qualité et de la sécurité des soins, comme de la qualité de vie des professionnels et, surtout, des patients.

Ce ne sont pas les parlementaires qui votent ces mesures qu'il faut blâmer, ni les fonctionnaires du ministère qui les préparent. **C'EST LE SYSTÈME QU'IL FAUT REPENSER EN PROFONDEUR ET ACTUALISER**

- OND
- en 20
- cont



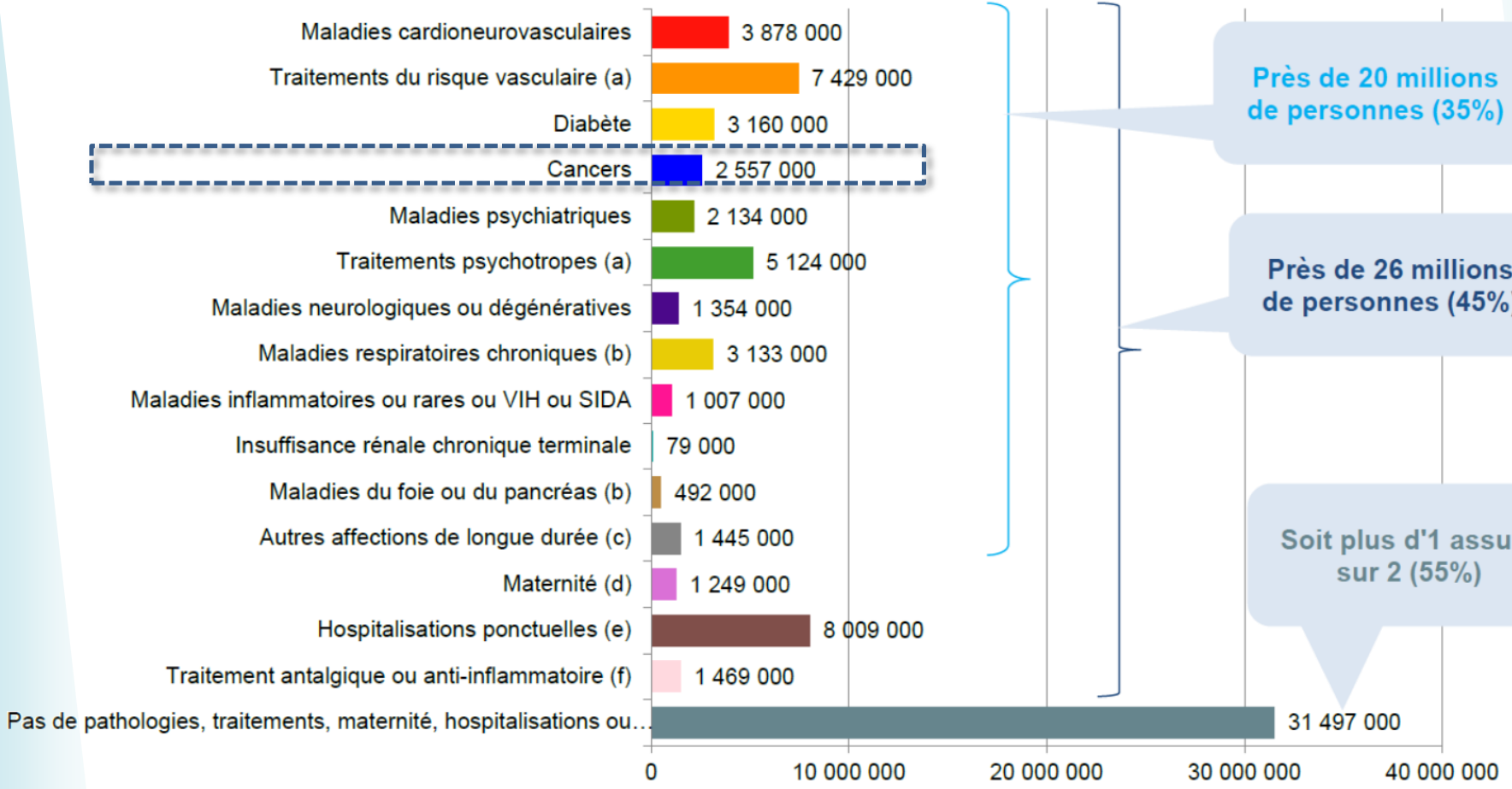
PLFSS 2019  
25 septembre 2018

# **Le coût du cancer pour l'Assurance Maladie**

# Cancer : plus de 2,5 millions de patients pour l'Assurance Maladie

VALEURS 2016

Régime général



Près de 20 millions de personnes (35%)

Près de 26 millions de personnes (45%)

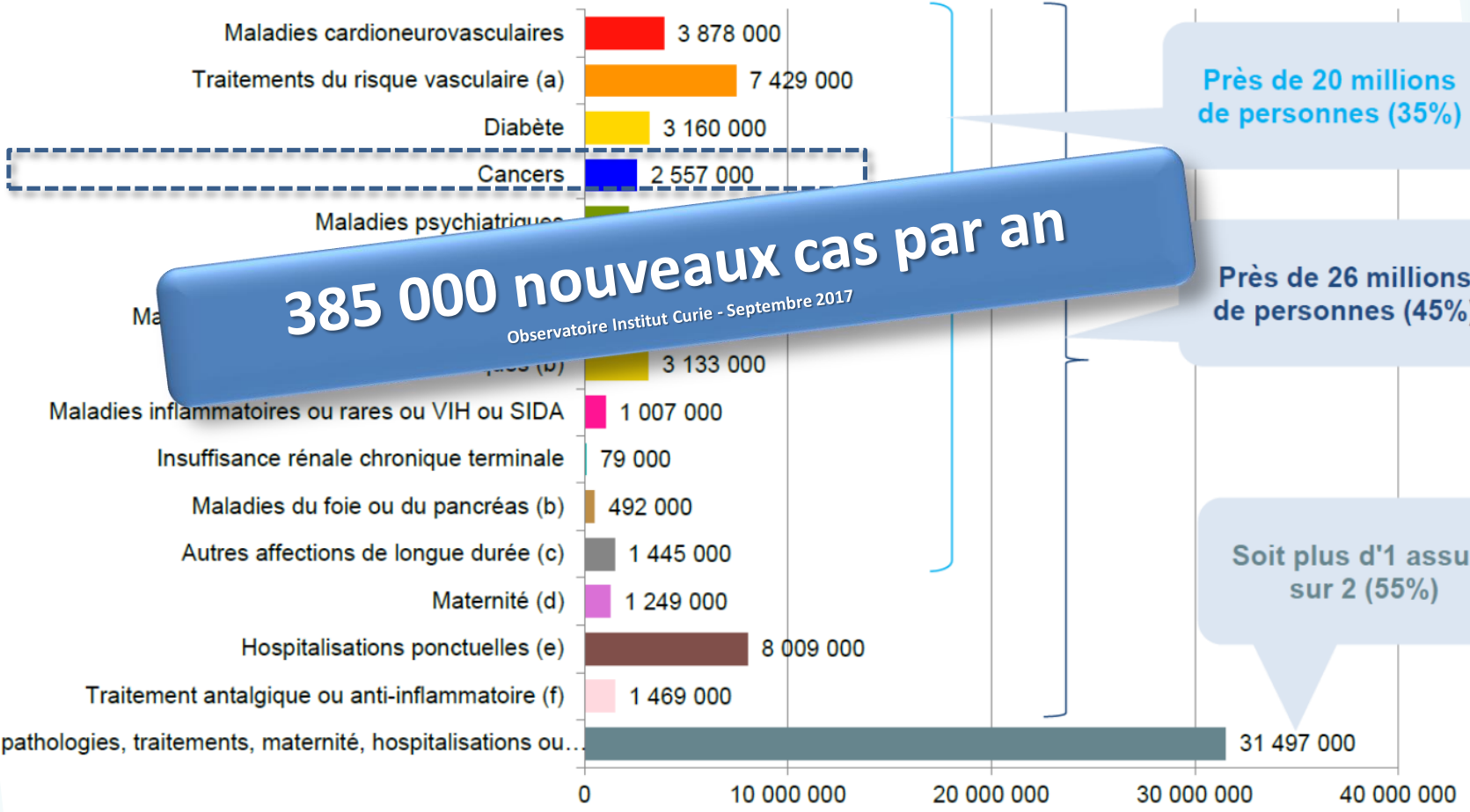
Soit plus d'1 assuré sur 2 (55%)



# Cancer : plus de 2,5 millions de patients pour l'Assurance Maladie

VALEURS 2016

Régime général



**385 000 nouveaux cas par an**  
 Observatoire Institut Curie - Septembre 2017

Près de 20 millions de personnes (35%)

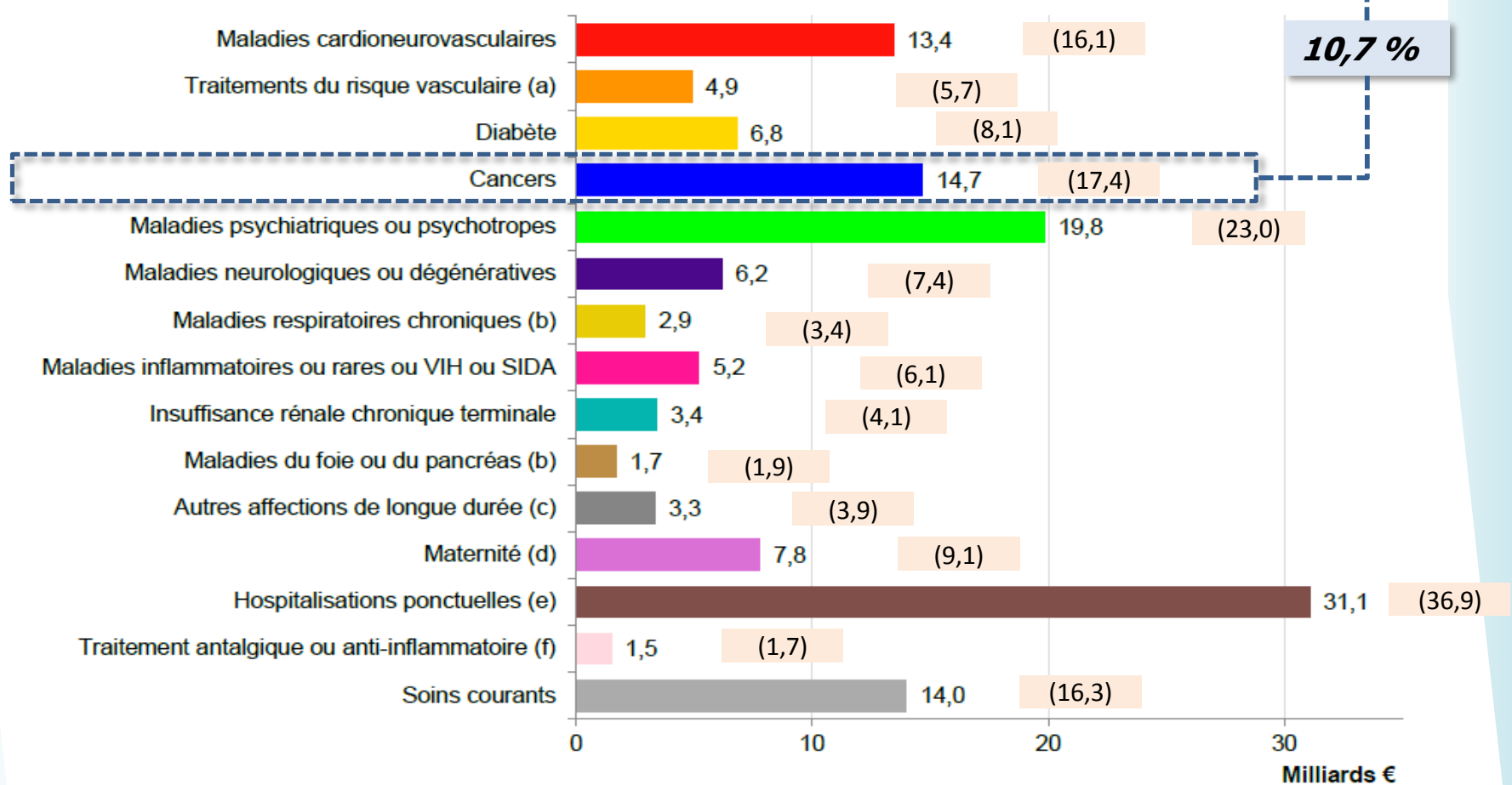
Près de 26 millions de personnes (45%)

Soit plus d'1 assuré sur 2 (55%)

# Cancer : 10,7 % des dépenses de l'Assurance maladie

VALEURS 2016

137 Md€ pour le Régime Général  
162 Md€ pour l'ensemble des régimes



10,7 %

# Cancer : 10,7 % des dépenses de l'Assurance maladie

137 Md€ pour le Régime Général

162 Md€ pour l'ensemble des régimes

VALEURS 2016

10,7 %

- De 2004 à 2015, il faut remarquer que la part du cancer dans les dépenses de soins prises en charge par l'Assurance Maladie est demeurée quasi-stable, passant de 10,1 % à 10,7 %

31,1 (36,9)

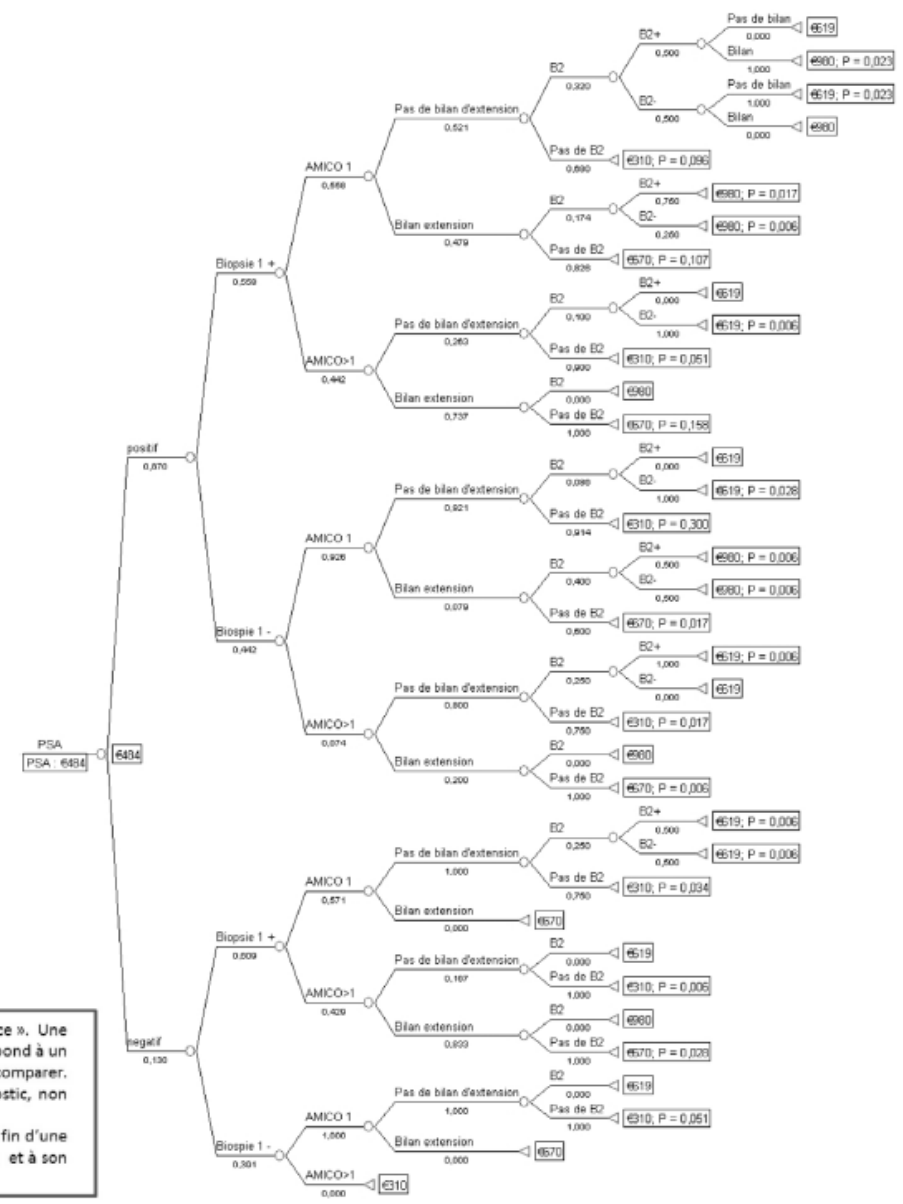
30  
Milliards €

# Quelles économies attendre d'un parcours de soins ?

# Rationaliser pour ne pas avoir à rationner

- Identifier les options et les diverses phases

(ex. : le cancer de la prostate)



Le nœud vert en forme de cercle correspond à un nœud « chance ». Une probabilité est associée à ce nœud. Le nœud bleu en forme carré correspond à un nœud décisionnel. Il s'agit de distinguer les stratégies que l'on souhaite comparer. (Dans ce cas, la stratégie PSA est comparée au nouveau test diagnostic, non montré ici).

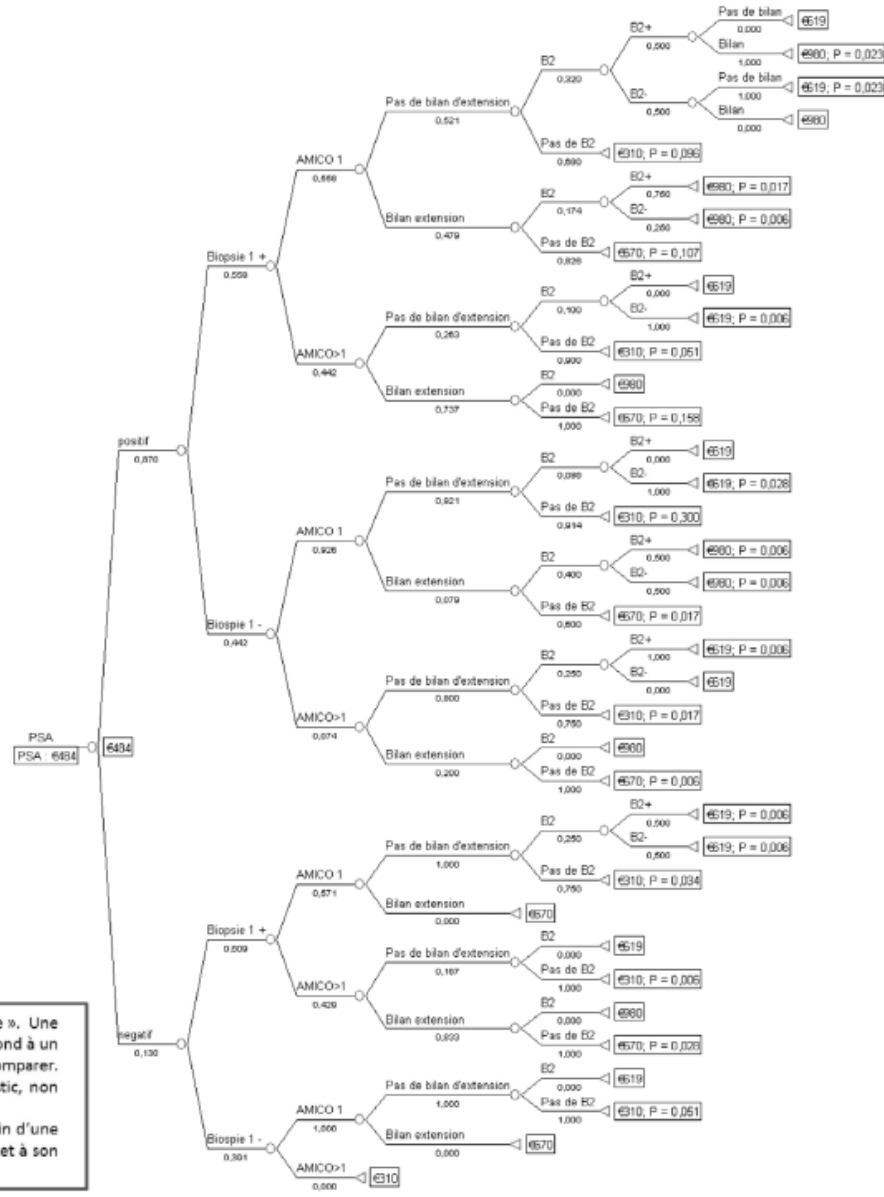
Le nœud terminal est représenté par un triangle rouge. Il se situe à la fin d'une trajectoire. Il est associé à la probabilité d'emprunter cette trajectoire et à son coût.

# Rationaliser pour ne pas avoir à rationner

- Identifier les options et les diverses phases

(ex. : le cancer de la prostate)

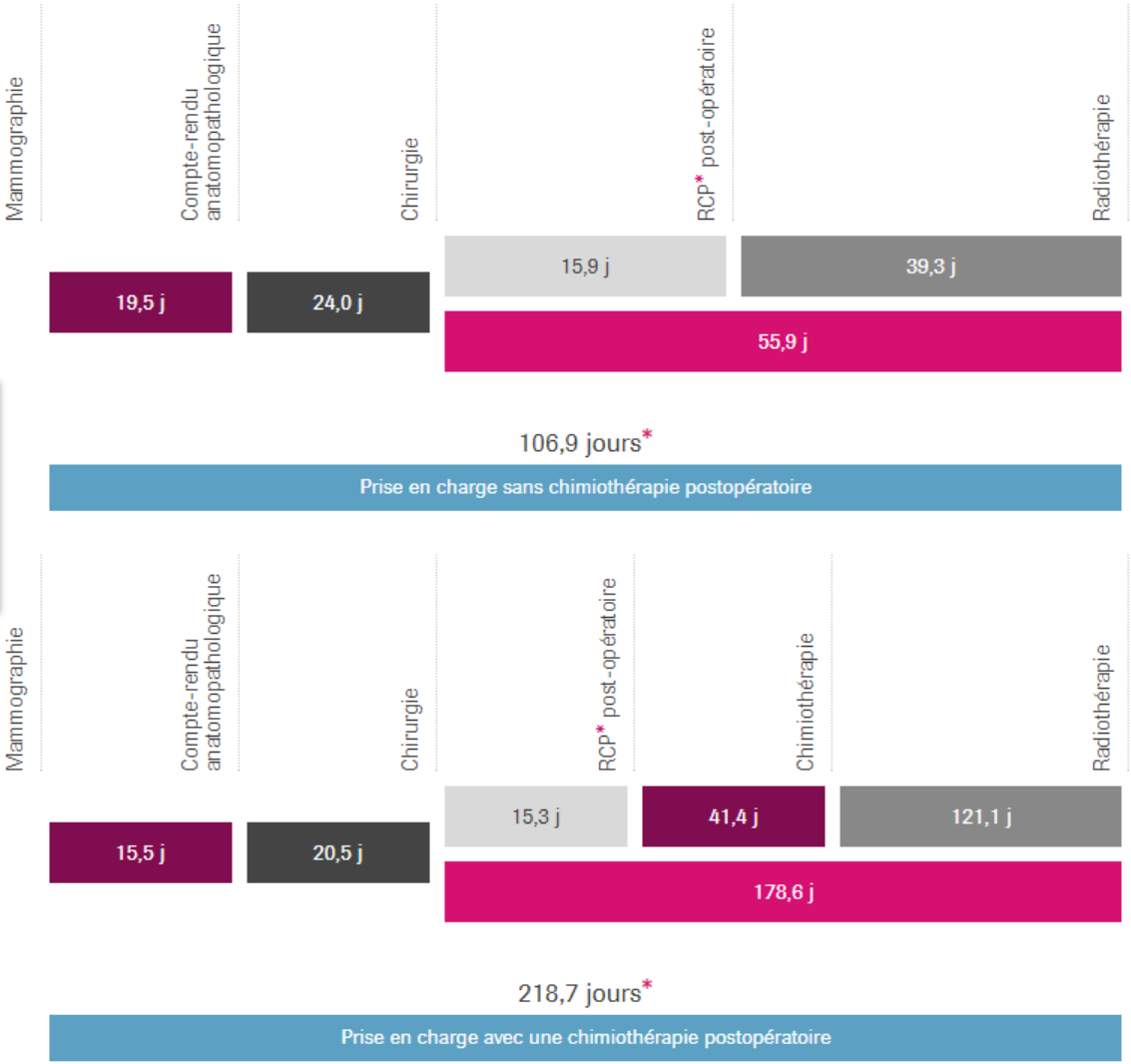
- Les valoriser selon le type de parcours



Le nœud vert en forme de cercle correspond à un nœud « chance ». Une probabilité est associée à ce nœud. Le nœud bleu en forme carré correspond à un nœud décisionnel. Il s'agit de distinguer les stratégies que l'on souhaite comparer. (Dans ce cas, la stratégie PSA est comparée au nouveau test diagnostic, non montré ici).
   
 Le nœud terminal est représenté par un triangle rouge. Il se situe à la fin d'une trajectoire. Il est associé à la probabilité d'emprunter cette trajectoire et à son coût.

# Des délais à respecter, à raccourcir ou à combattre

Durée moyenne des parcours de prise en charge du cancer du sein calculé sur le total des 2 530 femmes incluses dans l'étude INCa\*



variation du délai moyen d'accès au diagnostic du cancer du sein entre deux régions françaises : 11,3 à 25 jours

# PPP : de l'expérimentation à la généralisation

- Les résultats des 35 projets pilotes de PPP :  
*Parcours Patient Personnalisé*  
ont encouragé sa généralisation dans le Plan Cancer III,
  - en intégrant le DCC, dossier communicant de cancérologie, opérationnel avant 2015;
  - y seront intégrés à terme les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC).

✚ : le rôle de l'infirmier coordinateur hospitalier (IDEC) et de l'accompagnement social  
- : la coordination ville-hôpital et la préparation de l'après-cancer.



# Le financement « à l'épisode de soins »

## ● L'évaluation du coût global des soins

- Le paiement à l'épisode de soins consiste en la **rémunération forfaitaire, globale pour tous les acteurs** qui interviennent dans la prise en charge d'un épisode de soins
  - ◆ **ou lors d'une période donnée** pour les maladies chroniques.
- Les offreurs de soins passent **un contrat** avec l'organe payeur,
  - ◆ qui a préalablement évalué le coût global de l'épisode de soins à l'aide de ses bases de données.

# Le financement « à l'épisode de soins »

## ● Une expérimentation conduite en France a permis de relever les avantages et les risques de ce système

### ● Avantages du paiement à l'épisode de soins

- **Anticipation des dépenses** : l'organe payeur a davantage de visibilité.
- **Optimisation des moyens** : les professionnels de santé sont conduits à optimiser les composantes de l'épisode de soins pour ne pas dépasser le forfait.
- **Décloisonnement des spécialités** : les professionnels se coordonnent.
- **Davantage de garantie d'une égalité de prise en charge sur un même territoire.**

### Risques du paiement à l'épisode de soins

- Eventuelle **sélection des patients.**
- **Baisse de la qualité** de la prise en charge.
  - Pour la contrer, le forfait peut intégrer des objectifs de qualité.
- **Complexité des circuits financiers** entre les différents intervenants dans les systèmes non intégrés.
- **Surcoûts dus à une augmentation des soins hors forfait.**

# Le financement « à l'épisode de soins »

## ● Une expérimentation conduite en France a permis de relever les avantages et les risques de ce système

### ● Avantages du paiement à l'épisode de soins

### Risques du paiement à l'épisode de soins

- Les programmes de paiement à l'épisode de soins
  - paraissent améliorer l'efficacité
  - ne semblent pas entraîner une dégradation de la qualité des soins.

- Mais leur généralisation nécessiterait une complète remise à plat du système sur les aspects techniques mais surtout organisationnels et administratifs, sans oublier les enjeux et les implications politiques.

**Que conclure ?**

# Le juste soin, au juste moment, au juste endroit

- L'économie d'un parcours de soin ne peut résulter du choix d'en faire moins.
- Elle procède au contraire du choix de faire ce qui est
  - le plus juste en termes d'efficience et d'équité dans l'accès aux soins
  - le plus adéquat quant à l'évolution naturelle et au pronostic de la maladie
  - le plus performant (efficacité / sécurité / facilité / proximité)
- Ceci suppose que des études crédibles aient permis de documenter ces points pour servir de critères pour chaque patiente concerné.

# Que conclure ?

- **L'introduction des innovations et l'évolution démographique nécessiteront inmanquablement une remise à plat du système :**
  - **Organisation de l'offre de soins**
    - ◆ Rôle respectif de la ville et de l'hôpital : parcours de soins
    - ◆ Dossier médical communicant
    - ◆ Place de la télémédecine
  - **Renforcement des politiques de prévention, de dépistage précoce**
  - **Part respective de la responsabilité de l'Assurance Maladie Obligatoire, des payeurs complémentaires et...des patients**
- **Il faut réfléchir aux choix à opérer entre les objectifs d'efficience, de liberté et d'équité, entre les intérêts divergents des acteurs,**
  - **en assurant un débat transparent, ouvert, loyal.**

*Merci de votre attention.*

*[jjzambrowski@medsys.org](mailto:jjzambrowski@medsys.org)*