

Indicateur n°15 : Évolution des coûts moyens annuels des pathologies, traitements et épisodes de soins

Les coûts moyens annuels (remboursés) associés à la prise en charge des pathologies, traitements et épisode de soins qui sont présentés ici, ont été estimés à partir de l'analyse médicalisée des dépenses développée par la CNAMTS qui consiste à établir une cartographie des dépenses en fonction des pathologies prises en charges et non plus de la seule structuration de l'offre de soins. Pour cela, les dépenses remboursées par l'assurance maladie ont été réparties, selon une méthode de type descendante (« top down »), entre chacun de ces 57 groupes pathologies/traitements identifiés et le reste de la population.

Cette approche permet donc d'avoir une estimation des coûts moyens annuels imputables à la prise en charge d'une pathologie donnée. Cela diffère donc des approches traditionnelles dans lesquelles le coût moyen annuel d'une pathologie était généralement estimé à partir de l'ensemble des dépenses des individus ayant la pathologie considérée sans notamment tenir compte du fait que les individus pouvaient avoir plusieurs pathologies ou que certaines des dépenses pouvaient ne pas être liées à la pathologie considérée.

La méthodologie et les principaux résultats de cette cartographie des dépenses développée par la CNAMTS ont été publiés dans son rapport annuel pour le Parlement¹.

Coûts moyens annuels des pathologies, traitements et épisodes de soins en 2012

Les coûts moyens annuels varient fortement non seulement selon les pathologies, traitements, épisodes de soins considérés, mais également selon que l'on se situe à la phase aiguë/active d'une maladie ou au contraire dans une phase chronique ou de surveillance.

Ainsi, la prise en charge des **pathologies cardio-neurovasculaires** coûte en moyenne 3 440€ par an. Toutefois, pour ces pathologies en phase aiguë, le coût moyen est supérieur à 9 350€ par an dont plus de 8 000€ rien que pour les hospitalisations (87%). Lorsque ces pathologies sont en phase chronique, le coût moyen de prise en charge est de l'ordre 2 700€, dont un peu plus de 1 000€/an en moyenne sont liés aux hospitalisations (40%).

Pour les **cancers**, le coût moyen annuel de prise en charge est de l'ordre de 4 800€ mais de plus de 10 000€/an en moyenne en phase active versus 1 300€/an en moyenne dans une phase de surveillance.

La prise en charge de **l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)** coûte en moyenne 40 500€/an. Elle est en moyenne de l'ordre de 63 000€ /an pour les patients en dialyse, versus 53 000€ pour les patients transplantés dans l'année et de 11 000€/an pour ceux en suivi de transplantation rénale. Ne sont pas inclus ici les coûts liés notamment à la prise en charge des éventuelles complications cardio-neurovasculaires et ni à celle du diabète, comorbidité fréquente, dans la mesure où, en raison de la méthodologie d'affectation des dépenses utilisée (cf. précisions méthodologiques), ces coûts sont pris en compte séparément (cf. coûts moyens des pathologies cardio-neurovasculaires, du diabète...).

Concernant les **pathologies psychiatriques** dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles donc un diagnostic a pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (SNIIRAM et PMSI), le coût moyen annuel de prise en charge est estimé à près de 8 000 €, dont plus de 5 500€ (72%) sont induits par les hospitalisations (en établissement psychiatriques principalement). Le coût moyen de prise en charge des **troubles psychiatriques**, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais ayant conduit les individus à une consommation régulière (au moins 3 délivrances au cours de l'année) de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytique, hypnotiques) est d'environ 1 100€ par an.

Le coût moyen de prise en charge d'une **maternité** est d'environ 5 800 €, l'essentiel de ce coût étant induit par les hospitalisations (2 700€ soit 47%) et les prestations en espèces (2 300€ soit 41%) qui correspondent principalement au paiement des indemnités journalières maternité.

On retrouve également des coûts annuels moyens élevés (supérieur à 2 000€/ an en moyenne) pour des **pathologies chroniques** pour lesquelles la consommation de soins de ville est prépondérante. C'est le cas notamment du **diabète** (hors complications cardio-neurovasculaire et IRCT notamment) pour lequel le coût moyen de prise en charge est d'environ 2 100€ par an dont près de 1 800 € pour les soins de ville (84%). C'est également le cas des **maladies inflammatoires/rares/VIH** et des **maladies neurologiques** (5 000€/ an), des **maladies dégénératives** (3 700€/an), ainsi que des **maladies du foie et du pancréas** (2 500/an).

Pour les autres pathologies, traitement/épisode de soins identifiés le coût moyen de prise de charge est de l'ordre de 1 000€/an (individus traités par antalgiques ou anti-inflammatoires de façon chronique et sans pathologie repérée, individus avec une maladie respiratoire chronique autre que la mucoviscidose) voire inférieur (individus traités par antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT).

¹ CNAMTS. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015 ». Juillet 2014.

Coûts moyens annuels, décomposés par grands postes de dépenses, en 2012 pour différentes pathologies et évolution sur la période 2010-2012

	Coût total moyen en 2012	Structure des coûts moyens			Évolution annuelle moyenne du coût moyen 2010-2012
		soins de ville	hospitalisations	prestations en espèces	
Pathologies cardio-neurovasculaires	3 441 €	41%	52%	7%	-0,6%
dont pathologies cardiovasculaires aiguës	9 352 €	10%	87%	3%	0,3%
dont pathologies cardiovasculaires chroniques	2 668 €	51%	40%	8%	-0,5%
Traitements du risque vasculaire ⁽¹⁾	703 €	81%	5%	14%	-2,1%
Diabète	2 093 €	84%	9%	7%	-1,5%
Cancers	4 759 €	37%	56%	7%	2,4%
dont cancers actifs	10 179 €	30%	65%	5%	0,3%
dont cancers surveillés	1 312 €	71%	14%	15%	1,2%
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	2 653 €	29%	51%	20%	4,6%
dont maladies psychiatriques	7 825 €	16%	72%	12%	4,5%
dont traitements psychotropes	1 115 €	58%	6%	36%	-1,7%
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	3 658 €	66%	33%	1%	-1,0%
Maladies neurologiques	4 910 €	53%	32%	15%	1,4%
Maladies respiratoires chroniques ⁽²⁾	1 003 €	61%	31%	8%	-2,4%
Maladies inflammatoires, rares et VIH	4 974 €	69%	23%	8%	3,4%
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	40 479 €	32%	66%	2%	1,0%
dont dialyse chronique	62 610 €	27%	72%	1%	2,0%
dont transplantation rénale	53 273 €	32%	64%	4%	-1,9%
dont suivi de transplantation rénale	10 837 €	70%	19%	11%	-1,8%
Maladies du foie ou du pancréas	2 521 €	49%	38%	12%	7,4%
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 086 €	59%	6%	35%	-0,8%
Maternité	5 825 €	12%	47%	41%	0,9%
Hospitalisations ponctuelles ⁽³⁾	3 504 €	14%	77%	10%	1,2%

Source : CNAMTS. Champ : dépenses remboursées, régime général (yc SLM).

⁽¹⁾ Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardionéurovasculaires, diabète et IRCT.

⁽²⁾ Hors mucoviscidose.

⁽³⁾ Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes.

Le poids des soins de ville, des soins hospitaliers et des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) varie selon les pathologies et situations de soins.

Les prestations en espèces représentent 41% des dépenses de maternité, plus d'un tiers des dépenses des personnes sous traitement régulier par antalgiques ou anti-inflammatoires¹, et 20% des dépenses pour les maladies psychiatriques et traitement par psychotropes (dont plus de la moitié correspond à des rentes d'invalidité).

Les dépenses d'hospitalisation sont évidemment prédominantes dans les épisodes hospitaliers ponctuels, mais aussi dans l'insuffisance rénale chronique terminale (dialyse en centre), les pathologies cardio-neurovasculaires, les cancers, la maternité et la santé mentale (elles représentent 70% de la dépense liée aux pathologies psychiatriques).

Pour les autres pathologies, les soins de ville constituent le poste le plus important.

¹ Patients ayant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires uniquement, à l'exclusion de toute autre situation de soins considérée dans la cartographie (pathologie chronique, traitement, maternité ou hospitalisation ponctuelle).

Les coûts moyens annuels de prise en charge des grandes pathologies, traitements ou épisodes de soins ont évolué de façon contrastée sur la période 2010-2012

Certains groupes de pathologies ou traitements ont vu leur coût moyen de prise en charge annuel baisser sur la période. C'est le cas du risque vasculaire (-2,1%/an), du diabète (-1,5%/an) mais aussi dans une moindre mesure des traitements par antalgiques ou anti-inflammatoires (-0,8%/an) et des pathologies cardio-neurovasculaires (-0,6%/an). Cinq grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge annuelle augmenter sur la période mais de façon moins soutenue que l'ONDAM. C'est le cas de la prise en charge des cancers (+2,4%/an), des hospitalisations ponctuelles (+1,2%/an), de l'IRCT (+1%/an), de la maternité (+0,9%/an), des maladies neurologiques ou dégénératives (+0,3%/an). Enfin, quatre grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge augmenter avec des taux de croissance annuels moyens supérieurs à 3% : maladies inflammatoires, rares et VIH (+3,4%/an), maladies respiratoires chroniques (+3,7%/an), maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (+4,6%) et maladie du foie ou du pancréas (+7,4%/an). Ces hausses sont pour partie liées à l'apparition de nouveaux traitements médicamenteux aux coûts plus élevés.

Précisions méthodologiques

Seules sont précisées ici les grandes lignes de la méthodologie ainsi que les informations nécessaires à une bonne compréhension des données présentées ici. Pour plus d'informations sur la méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses développée par la CNAMTS, il est conseillé de se reporter aux annexes du rapport annuel pour le Parlement (juillet 2014).

Les données sont issues du SNIIRAM et du PMSI. La population considérée est celle du régime général (sections locales mutualistes –SLM- comprises) ayant consommé au moins un soin (ville ou hôpital) au cours de l'année étudiée, champ France entière.

Champ des dépenses : ensemble des dépenses remboursées individualisables (ie. rattachable à un individu) relevant de l'ONDAM auxquels ont été ajoutées les prestations en espèce pour maternité et invalidité. Sont hors champ de l'étude : les postes de dépenses de l'ONDAM non individualisables (MIGAC, FMESP, FAC, FIR...), ainsi que les dépenses de HAD et celles du secteur médico-social.

Affectation des dépenses aux pathologies : l'affectation descendante (« top-down ») des dépenses consiste à répartir les montants remboursés (pour chacun des postes de soins) entre les différentes pathologies/épisodes de soins des individus. Seules les dépenses liées aux hospitalisations MCO, sont affectées différemment (affectation directe dès lors que le motif de l'hospitalisation est liée à la pathologie considérée). Lorsqu'un bénéficiaire a une seule pathologie chronique identifiée (ou un seul épisode hospitalier ponctuel), on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant aux soins dits « courants », et le solde est affecté à la pathologie ou à l'épisode de soins. Lorsqu'un bénéficiaire a plusieurs pathologies et/ou épisodes de soins, ses dépenses (hors soins courants) sont réparties au prorata des dépenses moyennes par pathologie ou épisode de soin, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'ayant que cette unique situation de recours aux soins.

Définition des grandes catégories :

La catégorie « pathologies cardio-neurovasculaires » regroupent les individus ayant les pathologies suivantes : maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, troubles du rythme et de la conduction, maladie valvulaire ; embolies pulmonaire aigue, autres pathologies cardionéurovasculaires.

La catégorie « traitements du risque cardio vasculaire » comprennent les patients ayant une consommation régulière dans l'année d'un traitement antihypertenseur ou hypolipémiant et n'ayant ni pathologie cardio-neurovasculaire, ni diabète, ni IRCT.

La catégorie « maladie psychiatrique » regroupe l'ensemble des individus ayant une pathologie psychiatrique dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles donc un diagnostic a pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (Sniiram et PMSI).

La catégorie « traitements psychotropes » comprend les individus avec des troubles psychiatriques, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais les ayant conduit à une consommation régulière de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytique, hypnotiques).

La catégorie « maladies dégénératives » regroupe les démences (dont la maladie d'Alzheimer) et la maladie de Parkinson.

La catégorie « maladies neurologiques » regroupe la sclérose en plaque, les paraplégies, les myopathie ou myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

La catégorie « traitement antalgique ou anti-inflammatoire » comprend les individus n'ayant aucune des pathologies/traitements identifiées, ni maternité ni hospitalisation ponctuelle mais prenant de façon régulière au cours de l'année un traitement antalgique ou anti-inflammatoire.

La catégorie « hospitalisations ponctuelles » regroupe à la fois les dépenses des individus n'ayant aucune des pathologies/traitements/épisodes de soins identifiés mais ayant été hospitalisé au moins une fois dans l'année, ainsi que les dépenses des séjours hospitaliers sans relation avec les pathologies identifiées.

Précisions sur les coûts : les coûts moyens sont estimés en rapportant les dépenses remboursées (régimes général et SLM) affectées à la pathologie/épisode de soins considérés aux effectifs correspondants. Les honoraires des actes effectués en établissement privé ont été retirés des soins de ville pour être réaffectés aux dépenses hospitalières. Le poste « hôpital » regroupe les dépenses des séjours (publics et privés) en MCO (y compris les produits en sus et les actes et consultations externes), ainsi que celles des séjours en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le poste « prestations en espèces » regroupe les prestations en espèces versées au titre de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de la maternité et de l'invalidité.