

Dépenses annuelles remboursées aux patients en ALD en 2007 et 2009

Méthodologie

Ce document présente de façon succincte la méthodologie utilisée pour calculer les remboursements de soins par l'assurance maladie aux patients en ALD en 2007 et en 2009

Source des données

Nous avons utilisé comme source de données le Système national inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) chaîné au PMSI. Les requêtes ont porté sur l'ensemble des données individuelles anonymisées du SNIIRAM pour les personnes affiliées à des caisses du régime général, sections locales mutualistes incluses. La population du régime général regroupe environ 86% de la population résidente en France.

Les bases de données nationales qui ont fourni les principales informations sont les suivantes :

- table des prestations la nature de la prestation et les dépenses remboursées aux bénéficiaires en ALD en matière de soins de ville et en hospitalisation privée,
- table du référentiel médicalisé des bénéficiaires, pour les pathologies à l'origine de l'exonération en ALD,
- table du PMSI pour les dépenses en hospitalisation publique (médecine, court séjour, obstétrique),
- table du budget global pour les dépenses en hospitalisation publique (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée).

Traitement des données

Les affections de longue durée observées sont les suivantes :

- liste des ALD₃₀ (4 octobre 2004 -Décret n°2004-1049 -),

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2

9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), Epilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles, acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires (MMH) nécessitant un traitement prolongé spécialisé
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
21	Périartérite noueuse, Lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodermie généralisée évolutive
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active et lèpre
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

La population étudiée est une population d'assurés ou d'ayants droit qui ont bénéficié d'au moins un remboursement, au cours de l'année en cours, en rapport ou non avec leur affection de longue durée. Pour les bénéficiaires dont l'affection figurait dans la liste des trente affections (ALD30) ou pour ceux pris en charge au titre d'une affection hors liste (ALD31), l'identification de leur affection s'est opérée à partir des données médicales provenant des avis des médecins-conseils (table du référentiel médicalisé) qui codent les pathologies, d'une part selon la dixième classification internationale des maladies (CIM-10) et d'autre part selon une table de codage spécifique pour les trente ALD.

Les bénéficiaires d'une ALD₃₀ dont la pathologie n'a pu être identifiée ont été regroupés sous le libellé « Cause médicale d'ALD non précisée ».

- la présence d'une (ou plusieurs) hors liste, la polypathologie.

Les coûts des patients ont été évalués à partir des dépenses remboursées aux bénéficiaire du Régime général en ALD pour des soins réalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année

Fréquence et coûts proratisés

Parce qu'un patient peut présenter plusieurs affections de longue durée une même année le choix a été fait de répartir la dépense remboursée sur les différentes affections. Toutefois la majeure partie des patients (80,6 %) avaient une seule ALD en 2009 puisque le nombre moyen de maladies exonérantes par personne en ALD était de 1,26.

La fréquence proratisée représente l'effectif d'un bénéficiaire pondéré par son nombre de statut en ALD. Celui-ci est égal au nombre total d'ALD₃₀ additionné le cas échéant de la présence d'une hors liste et/ou d'une polypathologie.

Ex un bénéficiaire atteint d'une tumeur maligne et d'un diabète avec une (ou plusieurs) pathologies déclarée(s) en hors liste a 3 statuts en ALD (2 en ALD₃₀ ; son effectif pondéré sera de 1/3 dans chacun de ses statuts. La somme des individus par statut est réalisable

Les dépenses remboursées aux bénéficiaires en ALD sont pondérées sur le même principe et forment les coûts proratisés.

Constitution des postes de dépenses

Les différentes prestations remboursées ont été regroupées en fonction des principaux postes suivants conformément aux postes de la statistique mensuelle ; le poste soins de ville comprend l'ensemble des prestations du secteur privé: ambulatoire mais aussi les honoraires médicaux et de kinésithérapie lors d'hospitalisation en établissement privé.

Principaux postes	Prestations
« Soins de ville » honoraires médicaux et dentaires Auxiliaires Pharmacie* Biologie LPP (liste des produits et prestations) Transports autres sdv total sdv	Consultations, visites, scanners et IRM, actes techniques, participations forfaitaires médecins, honoraires dentaires, autres honoraires (y compris les honoraires médicaux lors d'hospitalisation en établissement privé) Masseurs kinésithérapeutes (y compris les honoraires lors d'hospitalisation en établissement privé), infirmiers Médicaments, produits d'origine humaine Forfaits thermaux, autres prestations diverses
Hospitalisation et médico-social Court et moyen séjour Psychiatrie Autres SSR (soins de suite et de réadaptation) SLD (soins de longue durée)	Frais séjours et de soins, forfaits urgences, prélèvement d'organes, consommations intermédiaires, ancienne tarification (prix de journée) Conventions internationales, établissements non conventionnés
Hospitalisation publique Court et moyen séjour (MCO) Psychiatrie SSR (soins de suite et de réadaptation) SLD (soins de longue durée)	

* y compris pharmacie délivrée par les cliniques privées

Différence méthodologique entre 2007 et 2009

Un changement méthodologique important est intervenu dans le traitement des données depuis 2008 qui doit être pris en compte si l'on souhaite effectuer des comparaisons entre les données de 2007 d'une part, et celles de 2009 d'autre part.

Ce changement concerne le calcul du poste court et moyen séjour en hospitalisation publique (MCO): avant 2008, les coûts étaient valorisés en fonction de l'application de l'échelle nationale des coûts. A partir de cette date, les coûts ont fait l'objet d'une évaluation selon la tarification à l'activité (100 % T2A). Par ailleurs, les résultats de 2009 présentés sont issus de données pondérées par des coefficients de redressement calculés à partir des résultats de la statistique mensuelle (soins de ville et hospitalisation privées) et de la comptabilité (hospitalisation publique). Les données d'hospitalisation publique intègrent ainsi à partir de 2009 dans les dépenses globales l'ensemble des postes non individualisés comme les dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les forfaits d'urgence (FAU), de prélèvement d'organes (FAPO), de transplantations et greffes de moelles osseuses (FATGO), Médicaments facturés en sus dispositifs médicaux facturés en sus Les résultats présentés en 2007 n'avaient pas fait l'objet de ce traitement

Valorisation du poste hospitalisation publique (MCO) selon les différentes méthodes

2007	2009
<p>Valorisation par l'échelle nationale des coûts (ENC)</p> <p>Valorisation des groupes homogènes de malades (GHM) par le coût moyen de l' ENC 2004-2005 (version V10b de codification des GHM)</p> <p>Le coût moyen est estimé à partir de la répartition des charges de l'hôpital, hors molécules onéreuses, coût de recherche et d'activité de consultation.</p>	<p>Valorisation à l'activité (100% T2A)</p> <p>L'objectif de la réforme T2A est d'allouer les recettes à partir d'une estimation de la nature et du volume des activités. Les établissements ex-DG reçoivent une recette assurance maladie en fonction de leur activité.</p> <p>Les revenus de l'établissement pour le champ MCO sont calculés principalement par le produit des groupes homogènes de séjour (GHS) et du nombre de séjours de patients hospitalisés.</p> <p>Le tarif du GHS est déterminé par arrêté ministériel. Un coefficient géographique peut être appliqué dans certaines régions (Île-de-France, Corse, DOM) pour calculer le tarif applicable à l'établissement.</p> <p>Sur ce tarif, un taux de prise en charge est appliqué un taux de prise en charge individuel (suppression du taux de conversion), appliqué séjour par séjour, en fonction de la réglementation assurance maladie pour la totalité des établissements (hors établissements non soumis à T2A).</p> <p>Application du taux de prise en charge réel par l'Assurance Maladie</p> <p>Prise en compte des médicaments facturés en sus</p> <p>Prise en compte des dispositifs médicaux facturés en sus</p> <p>Application de coefficients de redressement des dépenses de l'hospitalisation publique calculés à partir de données comptables (prise en compte des dépenses non individualisées)</p>