

The logo consists of two white geometric shapes: a smaller triangle pointing upwards and to the right, and a larger, wider triangle pointing upwards and to the right, partially overlapping the first one.

INSTITUT DES  
**ACTUAIRES**

# Etudes sur le système de financement de la santé

Commission Santé de l'Institut des Actuares

1. Présentation de la Commission santé de l'IA
2. Eléments de contexte du système de santé
3. Présentation de l'étude
4. Conclusion

Relancée en Décembre 2015 :

46 actuaires membres de la commission santé  
Actuaires spécialistes dans le domaine de la santé

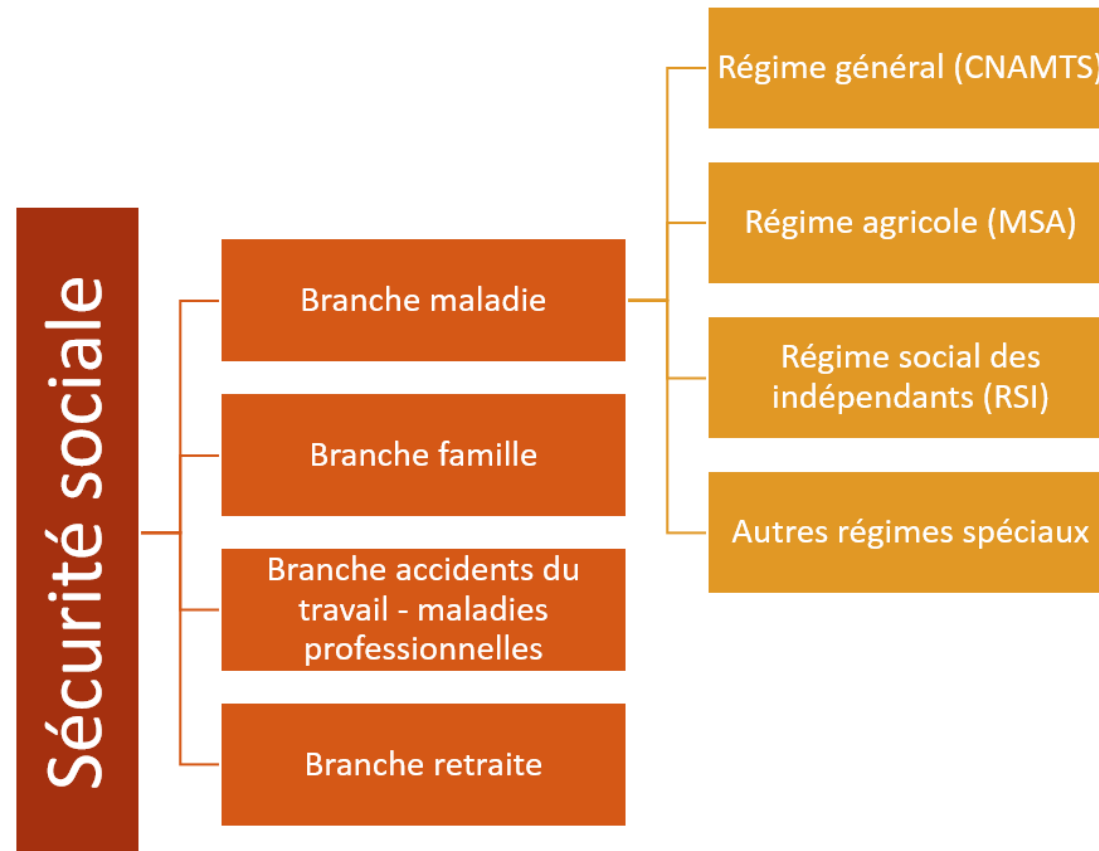
Objectifs :

- Mettre notre expertise au service de l'intérêt du public
  - ✓ Au niveau international : en lien avec le comité santé de l'AAI
  - ✓ Au niveau national : en participant aux débats nationaux dans le domaine de la santé
- Créer un lieu de partage de connaissances
- Développer des projets de recherche

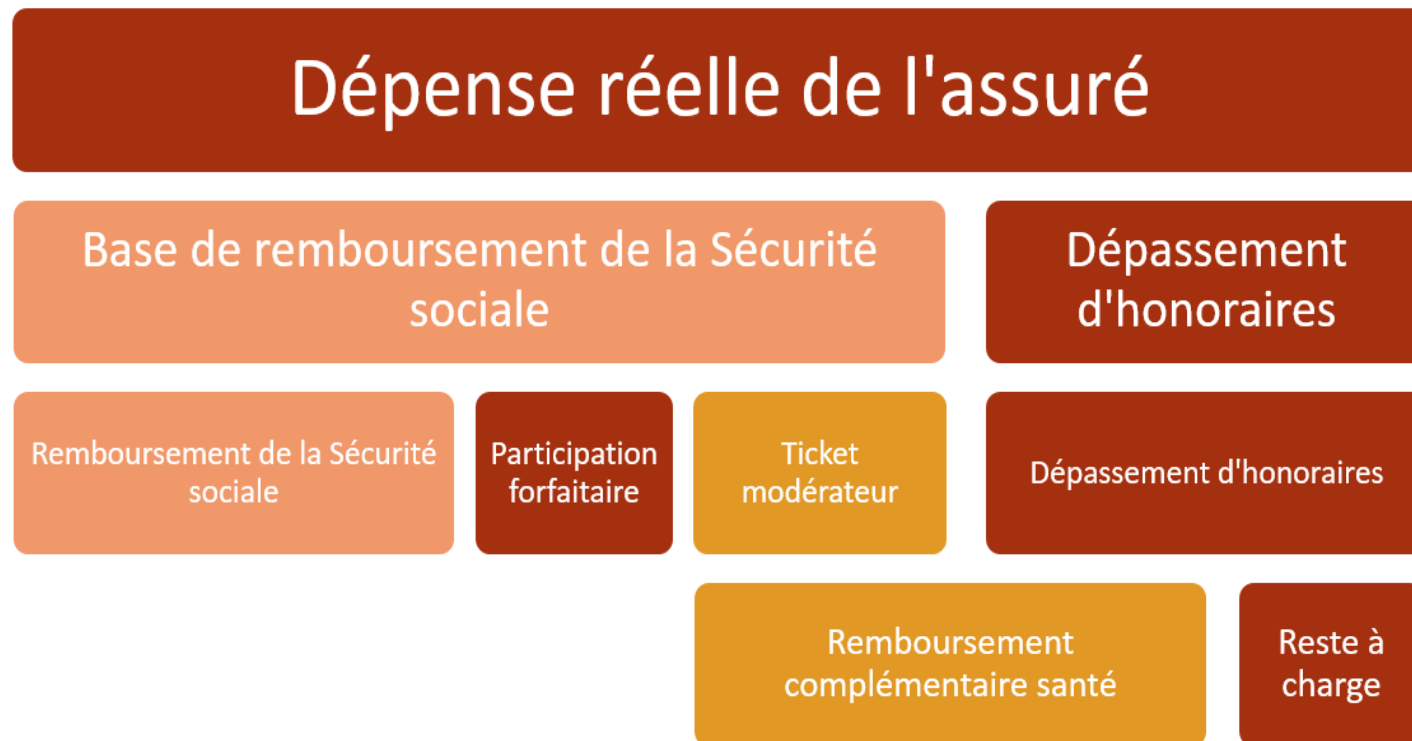
## La Commission Santé a mis en place 4 groupes de travail (GT)

- ✓ GT Big Data & Santé, commun avec le GT « Big Data »
- ✓ GT Etudes qui organise et pilote les études de la CS
- ✓ GT ORSA des paniers de soins (sous groupe du GT Etudes pour ce sujet spécifique)
- ✓ GT Relation avec les « Think tank ».

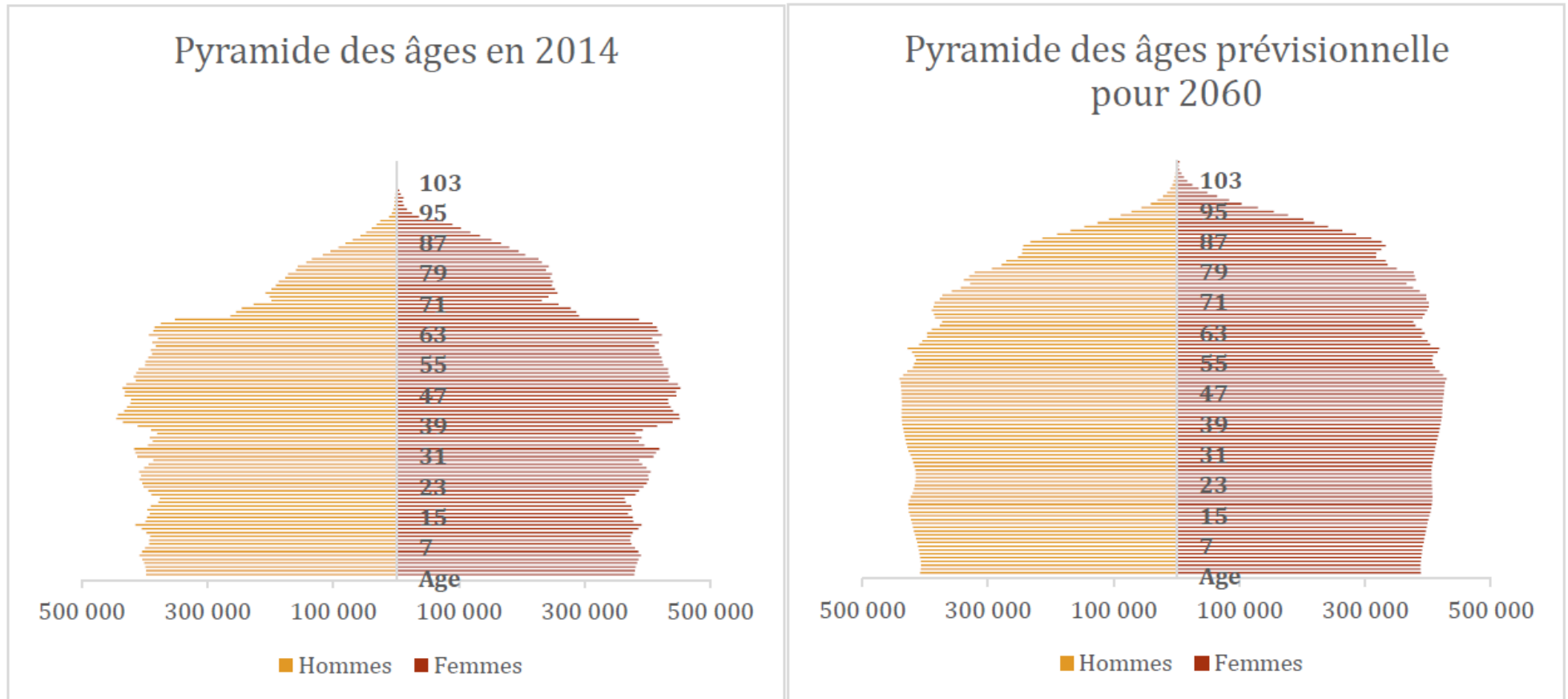
## L'organisation de la sécurité sociale



## Le schéma de remboursement

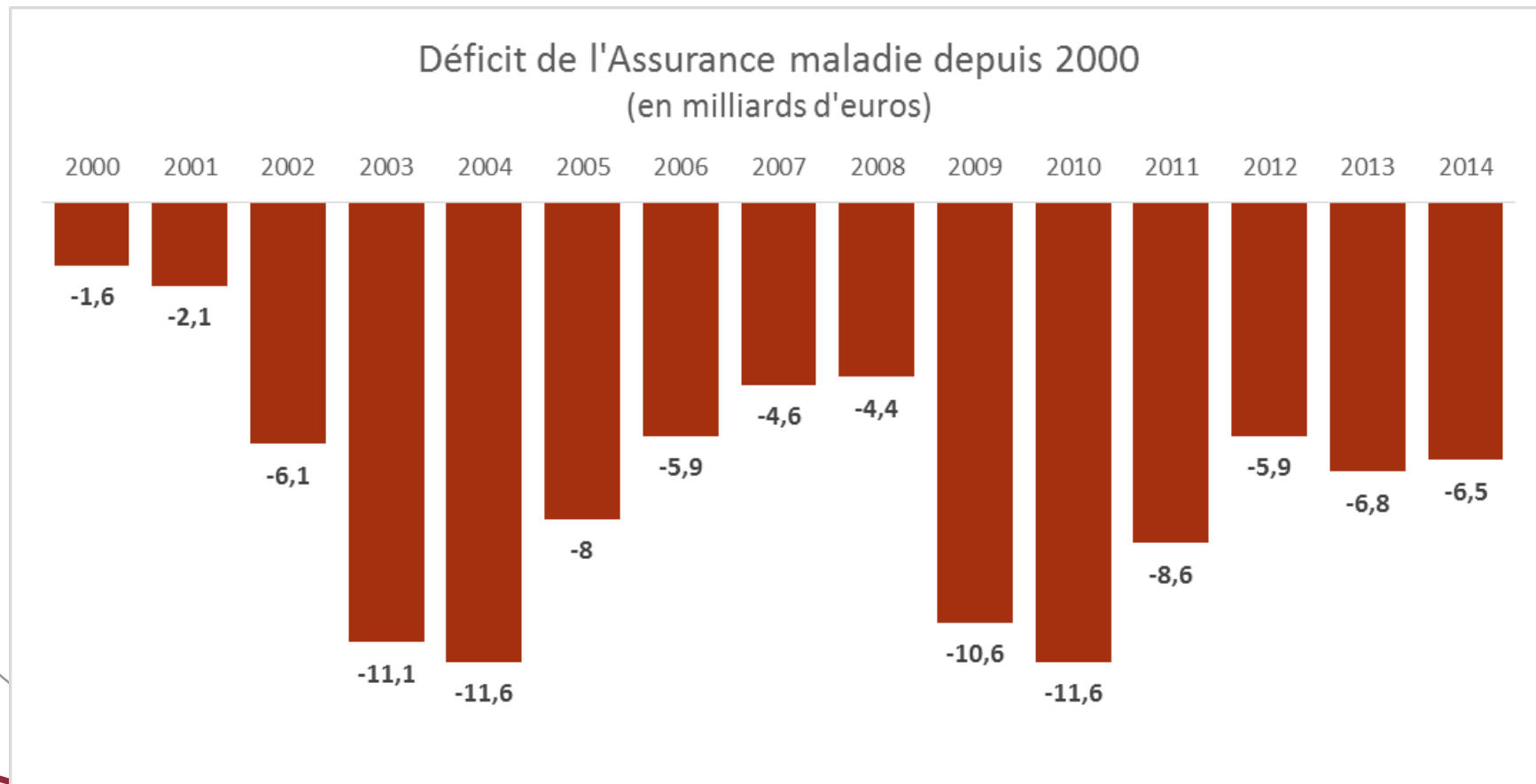


## Une population vieillissante





## Un déficit récurrent de l'assurance maladie



Objectifs : analyser d'un point de vue technique quelques scénarios afin d'en comprendre l'impact sur le financement de la santé et notamment l'impact pour les assurés

- ✓ Scénario 1 : Modification du taux de remboursement des médicaments
- ✓ Scénario 2 : Ajout d'un ticket modérateur pour les soins liés à une affection de longue durée
- ✓ Scénario 3 : Déremboursement de certains soins dentaires
- ✓ Scénario 4 : Proposition d'un nouveau modèle de financement de la santé

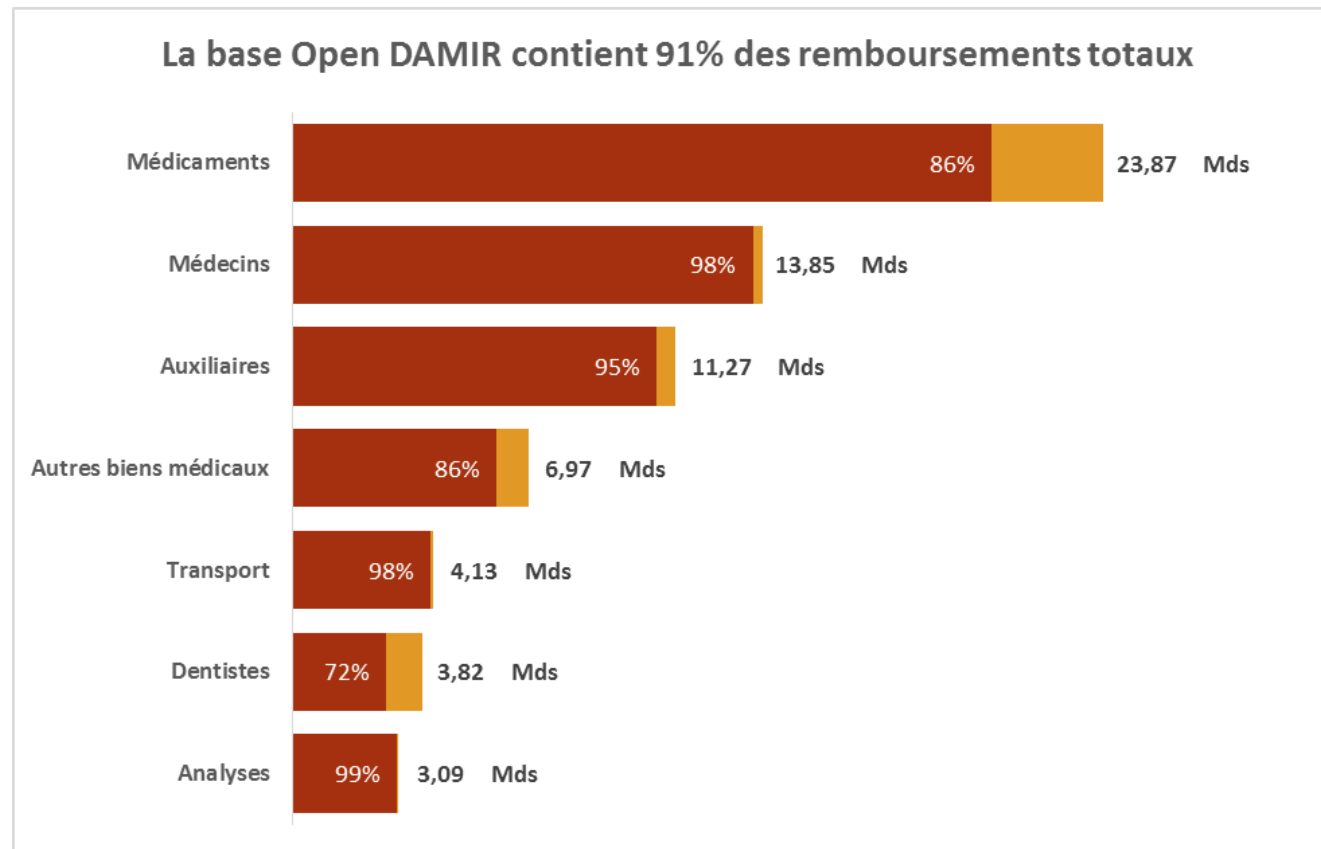
## Hypothèses de base des scénarios :

- ✓ Utilisation de la base de données Open DAMIR (base publique inter régimes)
  - Données agrégées
  - Période : de 2009 à 2015
  - 55 variables
  
- ✓ Projection des dépenses en utilisant l'outil de projection kairos du cabinet jalma
  - Projection en tendancier hors économies

## Les limites :

- ✓ Pas de données sur l'hospitalisation
- ✓ Pas de possibilité d'analyse individuelle des restes à charge
- ✓ Pas de possibilité d'étudier également la dispersion du reste à charge

## Comparaison Open DAMIR et comptes nationaux de la santé



## Remboursement actuel des médicaments

SMR : Service Médical Rendu

Catégorie de médicaments	Taux de remboursement
Médicaments irremplaçable pour affection graves et invalidantes	100%
Médicaments à SMR majeur ou important et préparations magistrales	65%
Médicaments à SMR modéré	30%
Médicaments à SMR faible	15%

### 3 Hypothèses testées :

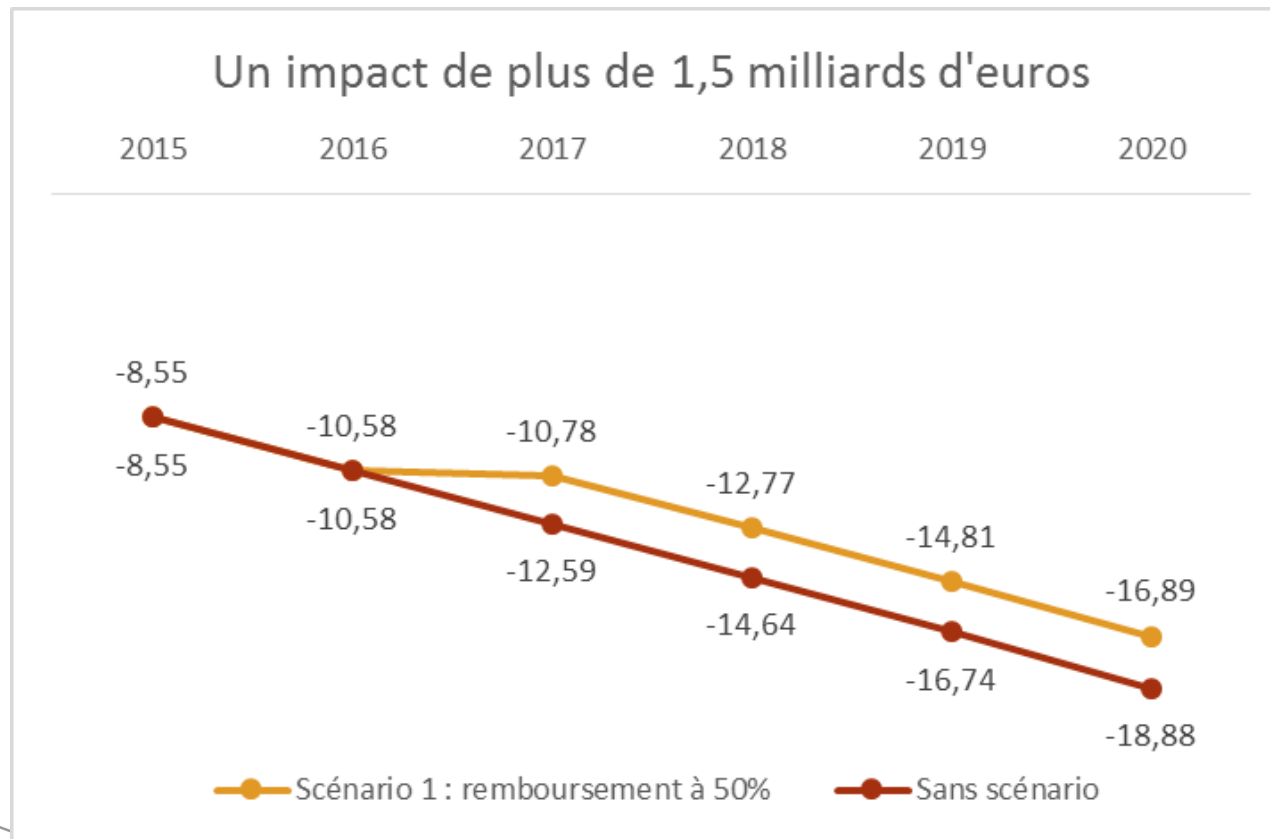
- ✓ Baisse du taux de remboursement des médicaments à SMR important
- ✓ Mise en place d'un taux unique de remboursement des médicaments à 60%
- ✓ Mise en place d'un taux unique de remboursement des médicaments à 30%

Objectif : Tester la sensibilité de cette variable.

## Hypothèse 1 : Modification du taux de remboursement des médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important (65%)

- ✓ Sélection des actes concernés
- ✓ Cohérence du taux de remboursement observé : 65,6%
- ✓ « nettoyage » des données
- ✓ Application d'un nouveau taux de remboursement
- ✓ Calcul de l'impact par état de santé, âge et sexe
- ✓ Projection

Résultat « Hypothèse 1 » : Modification du taux de remboursement des médicaments à **SMR important de 65% à 50%**

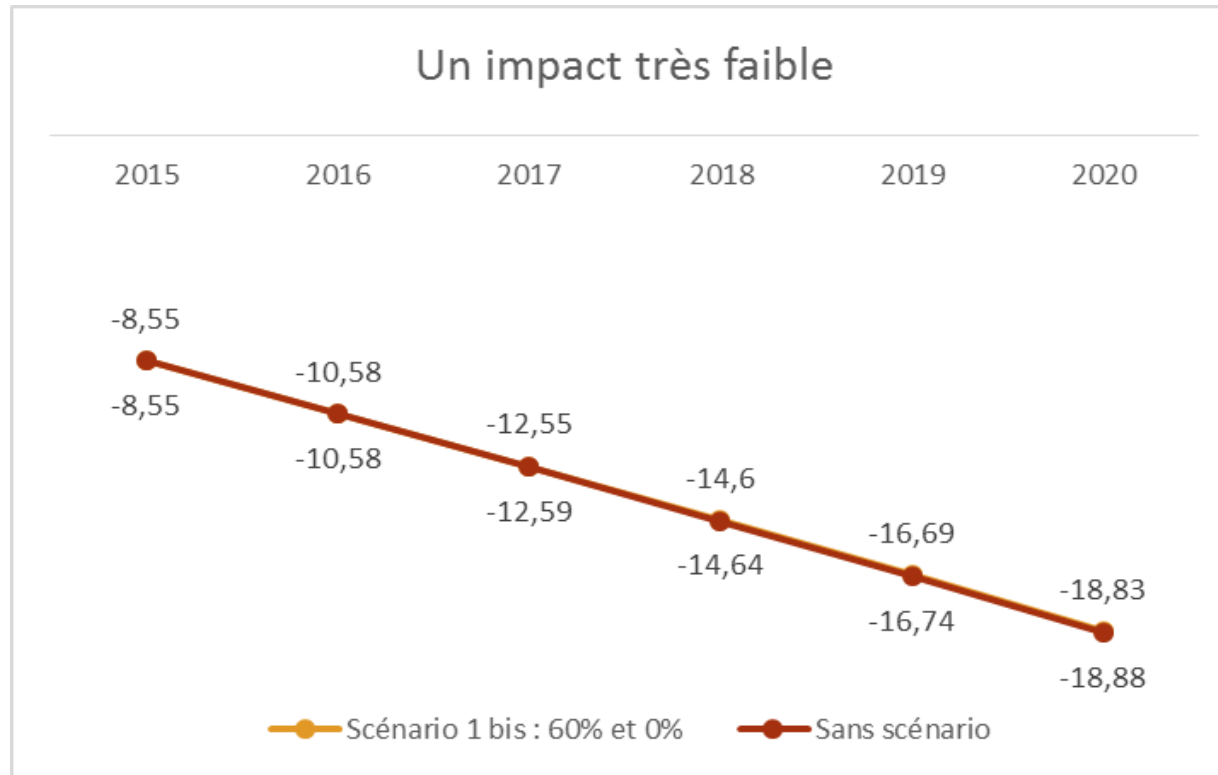


## Hypothèse 2 - Mise en place d'un **taux unique de remboursement des médicaments de 60%**

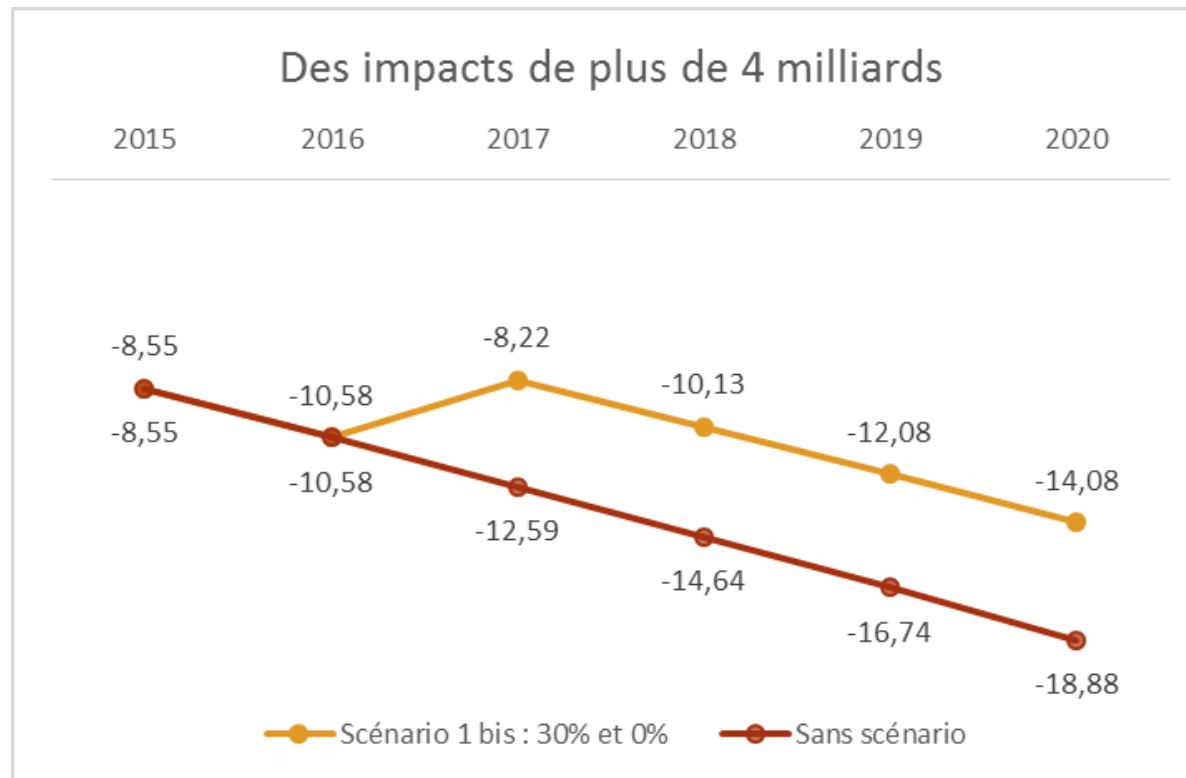
- ✓ Sélection des actes concernés
- ✓ Cohérence des taux de remboursement observés (65,6%, 30,98% et 65,63%)
- ✓ « nettoyage » des données
- ✓ Recherche d'un système d'« équilibre » (non remboursement des médicaments à SMR faible 15%)
- ✓ Calcul de l'impact par état de santé, âge et sexe
- ✓ Projection



Résultat « Hypothèse 2 » - Mise en place d'un **taux unique de remboursement des médicaments de 60%**



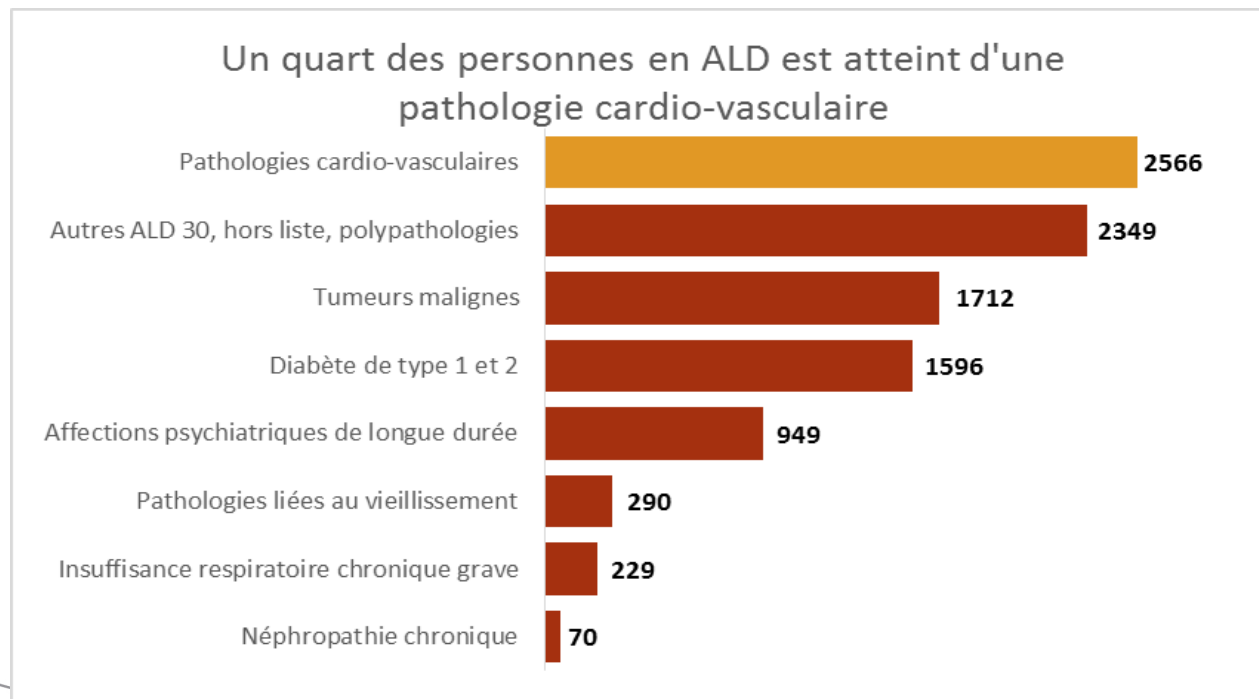
**Hypothèse 3 & Résultat- Mise en place d'un taux unique de remboursement des médicaments de 30%**



## Historique : La prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD)

- ✓ Créé en 1945
- ✓ Liste fixée par décret
- ✓ Maladies chroniques très coûteuses
- ✓ Exonération du ticket modérateur

En 2014, 9,9 M de personnes bénéficient du dispositif ALD



## Définition et cadre :

Dépenses des personnes en ALD

✓ **Dépenses liées à l'ALD**

Remboursement de droit commun

Remboursement lié à l'exonération du TM

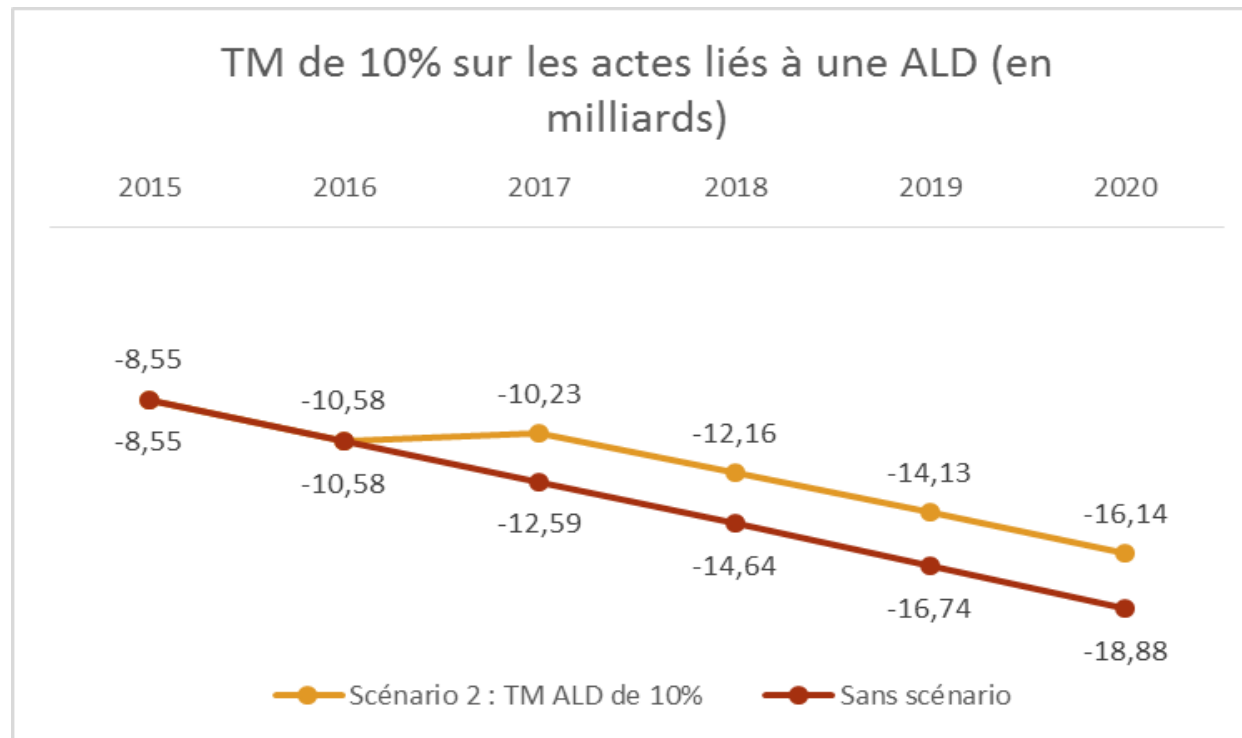
✓ **Dépenses non liées à l'ALD**

Remboursement de droit commun

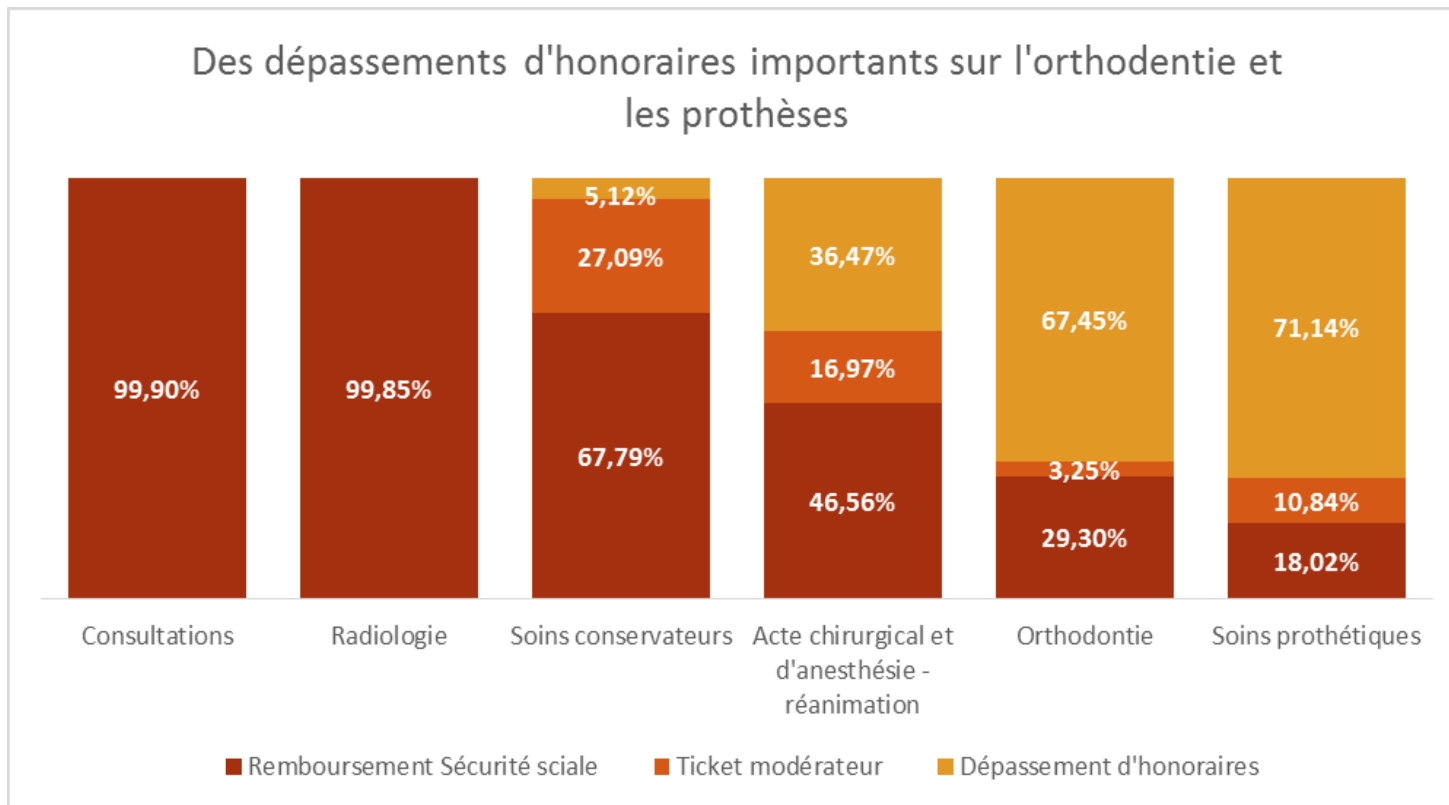
## Hypothèse testée et principe :

- ✓ Mise en place d'un ticket modérateur de 10% pour les soins liés à une ALD  
Objectif : tester la sensibilité de cette variable
- ✓ Séparation du jeu de données entre les actes en lien avec une ALD et les autres
- ✓ Suppression des actes toujours remboursés à 100%
- ✓ Application d'un TM sur les actes restants
- ✓ « nettoyage » des données
- ✓ Calcul de l'impact par état de santé, âge et sexe
- ✓ Projection

**Résultat :** Ajout d'un ticket modérateur de **10%** pour les soins liés à une affection de longue durée



Situation actuelle – part des remboursements selon le type de soins dentaires



## Principe : Déremboursement de certains soins dentaires

- ✓ Sélection des actes dentaires
- ✓ Ajout de la variable type d'acte
- ✓ « nettoyage » des données

## Résultat :

- ✓ Diminution du remboursement des soins prothétiques de **20%**
- ✓ Augmentation a iso-budget du remboursement des consultation et des soins conservateurs (**14,24%**)



## Principe d'organisation

- ✓ Un seul financeur par prestation de santé
  - Séparation complète des paniers de prestations financés par le financeur public et le financeur privé
- ✓ Instaurer une gestion dynamique du panier de soins solidaires à partir de la gouvernance unifiée autour de l'assurance maladie
  - Actualisation du panier au rythme de l'innovation
  - Transfert des remboursements de l'aval vers l'amont du risque
- ✓ Garantir l'accès aux soins courants pour tous grâce à l'Assurance Santé Supplémentaire Universelle (ASSU)
- ✓ Création d'une agence de régulation et de contrôle indépendante et spécialisée, dotée de compétences financières et sanitaires

**Scénario adopté par la Commission des Affaires Sociales du Sénat et reprise dans son rapport « Pour une protection sociale adaptée au XXIe siècle »**

## Hypothèses

- ✓ La répartition des remboursements reste constante
  - 76% (150 milliards d'euros) par l'assurance maladie
  - 14% (26 milliards d'euros) par les complémentaires
  - 10% (16 milliards d'euros) par les ménages
- ✓ Approche basée sur l'utilisation du DAMIR, issue des données de l'assurance maladie, les limites
  - Pas de données sur l'hospitalisation
  - Pas de possibilité d'analyse individuelle des restes à charge
- ✓ A compléter par une étude approfondie
  - Effectuée sur la base des données détaillées anonymes
  - Sur les restes à charge individuels et leur dispersion

## Hypothèses (suite)

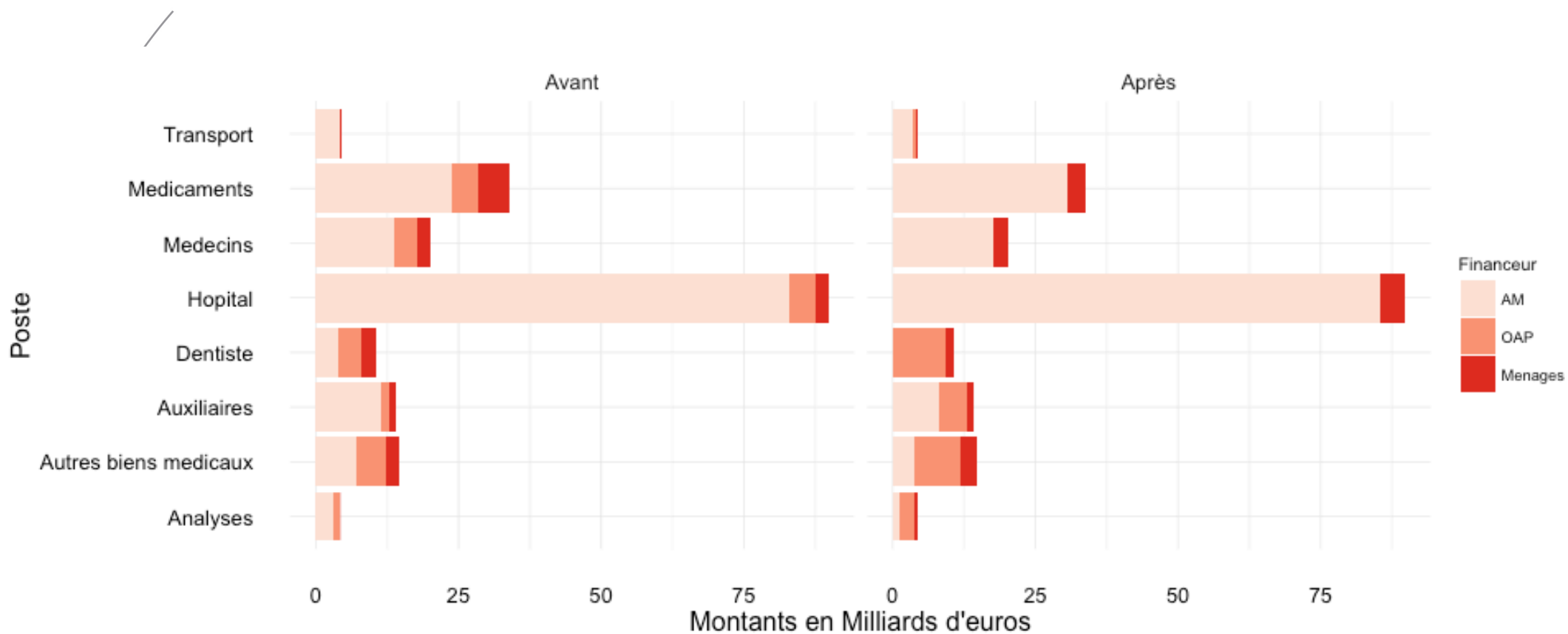
- ✓ Chaque prestation est affectée :
  - Soit à l'Assurance maladie universelle de base (ASUB qui correspond aux soins) ; financeur public
  - Soit à l'Organisme d'assurance complémentaire (ASSU qui relève plutôt de la prévention) ; financeur privé
  
- ✓ L'adhésion à une complémentaire est obligatoire sur un panier minimum
  - Afin de garantir la mutualisation des risques
  - Point à creuser juridiquement

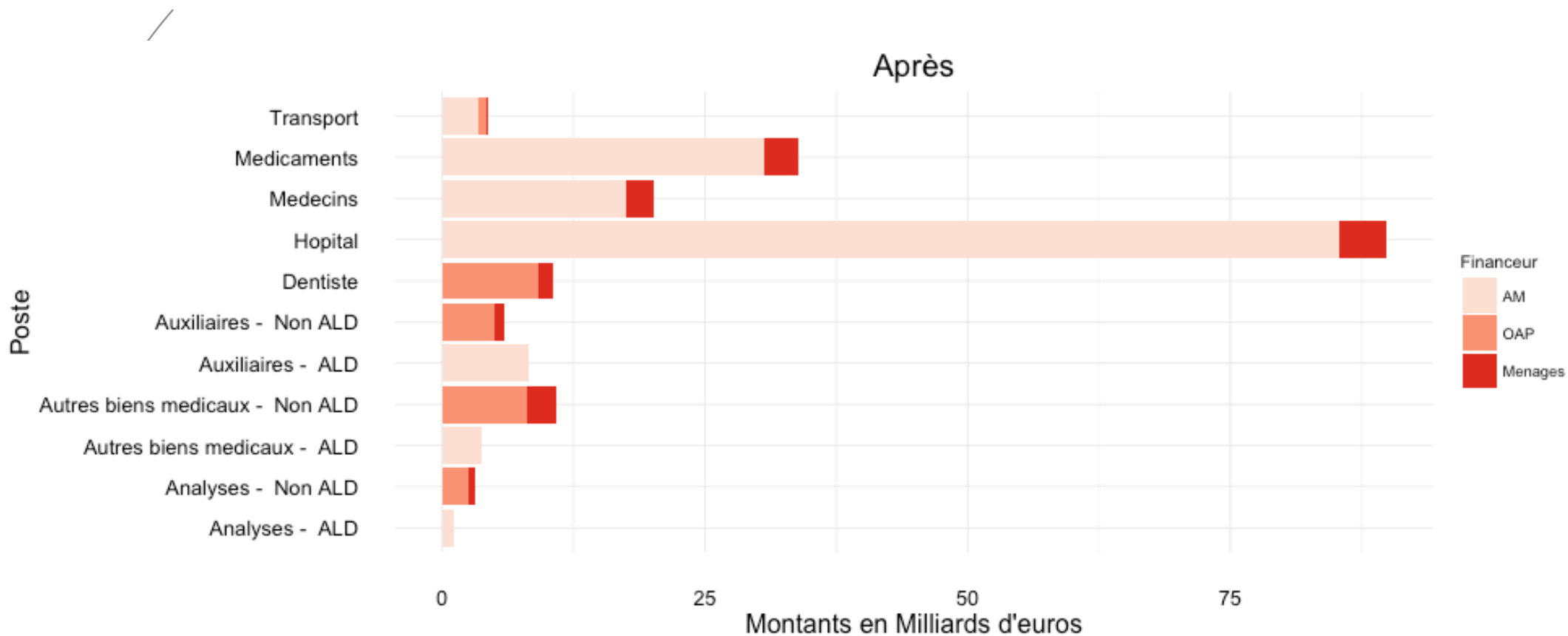
## Hypothèses (suite)

- ✓ **Prise en charge solidaire de l'Etat sur les risques lourds difficilement assurables pour les assureurs santé et à enjeu vital pour les patients**
  - ALD : fréquence importante
  - Hôpital : coût unitaire pouvant être très élevé (interventions lourdes)
  - Médicaments : pertinence d'un monopole pour la négociation d'achat avec les laboratoires pharmaceutiques internationaux
  - Médecins : articulation avec l'hôpital nécessaire
  
- ✓ **Prise en charge par les assureurs sur les risques à plus faible variabilité**

- ✓ Intégration des dépassements d'honoraires à la base de remboursement
- ✓ Prise en charge à 100% des ALD par l'ASUB
- ✓ Pour les non-ALD :

	-18 ans	18-60	+60
Hôpital	ASUB/ TM : 5%		
Médecins	ASUB / TM : 0%	ASUB / TM : 20%	ASUB / TM : 20%
Auxiliaires / Analyse	ASSU / TM : 0%	ASSU / TM : 20%	ASSU / TM : 20%
Transports	ASSU / TM : 0%	ASSU / TM : 20%	ASSU / TM : 20%
Médicaments	ASUB / TM : 0%	ASUB / TM : 20%	ASUB / TM : 20%
Dentistes (hors SC)	ASSU/ TM : 0%	ASSU / TM : 20%	ASSU / TM : 20%
Dentistes (SC)	ASSU / TM : 0%	ASSU / TM : 0%	ASSU / TM : 00%
Biens médicaux	ASSU / TM : 0%	ASSU / TM : 20%	ASUB / TM : 20%
Optique	ASSU/ TM : 0%	ASSU / TM : 40%	ASSU / TM : 40%





Première approche basée sur l'utilisation du DAMIR, issu des données de l'Assurance Maladie présentant plusieurs limites

- ✓ Pas de données sur l'hospitalisation
- ✓ Pas de possibilité d'analyse individuelle des restes à charge

A compléter par une étude approfondie

- ✓ Effectuée sur la base des données détaillées anonymes
- ✓ Sur les restes à charge individuels et leur dispersion



## Les plus

- ✓ Éviter le renoncement à certains soins
- ✓ Inciter les assureurs à la gestion des risques
- ✓ Limiter les frais de gestion en évitant un double remboursement
- ✓ Limiter la fraude

## Les points de vigilance & d'attention

- ✓ Assurer une politique partagée de conventionnement des professionnels de santé
- ✓ Refondre le systèmes de CMU, CMU-C et ACS pour s'adapter à ce nouveau modèle
- ✓ Maintenir un marché concurrentiel et solvable pour les assureurs privés
- ✓ Adapter la réglementation autour des services proposés par les assureurs
- ✓ Préciser les conditions du contrat de base obligatoire

Cette analyse technique du scénario a été réalisée par les membres de la commission santé (sous groupe « Recherche »). Les résultats de cette analyse n'ont pas fait l'objet d'une validation formelle de l'Institut des ActuaireS

Une première expérience réussie d'encadrement de travaux techniques par une Commission

L'accès aux données de l'Echantillon Généralisé des Bénéficiaires pour 1 an

**Un exemple concret de l'apport technique de l'IA sur un sujet d'intérêt public : positionnement de l'IA dans le débat public**