



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ACTION ET
DES COMPTES
PUBLICS

MINISTÈRE
DE
L'ÉCONOMIE



Nos valeurs : l'ouverture, la loyauté, l'engagement, l'esprit d'équipe

Rappel de quelques spécificités du système de santé français

- ▶ **Le système de prise en charge des dépenses de santé français est composé de trois niveaux :**
 - L'assurance maladie obligatoire (AMO) : caisses primaires d'assurances maladies
 - L'assurance maladie complémentaire (AMC) : mutuelles et assurances
 - Le reste à charge des ménages (RAC) : le reliquat à acquitter par le patient
- ▶ **En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente 8,9% du PIB financée à :**
 - *77% par l'AMO soit 6,9% du PIB*
 - *13,3% par l'AMC soit 1,2% du PIB*
 - *8,3% par les RAC soit 0,7% du PIB*
- ▶ **Le reliquat de 1,4% est un financement par l'Etat pour les plus démunis : Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et les personnes étrangères en situation irrégulière : Aide Médicale d'Etat (AME)**

Rappel de quelques spécificités du système de santé français

- ▶ Le RAC consiste globalement en des participations forfaitaires sur les consultations, en franchises sur les médicaments remboursés, en dépassements d'honoraires, en tarifs hospitaliers journaliers ...
- ▶ Le système des Affections de Longue Durée (ALD) permet aux patients atteints de certaines maladies chroniques d'être remboursé à 100% par l'AMO pour les soins concernant leur maladie déclarée en ALD.
- ▶ La CSBM en 2016 se décompose de la façon suivante :
 - *46,5% pour les soins hospitaliers*
 - *26,3% pour les soins de ville*
 - *17,1% pour les médicaments en ambulatoire*
 - *7,6% pour les autres biens médicaux en ambulatoire, y compris l'optique, les audioprothèses ...*
 - *2,4% pour le transport des malades*

Prévisions et projections des dépenses de santé

▶ Prévisions de court terme :

- *Via l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)*
- *Via la contribution des ALD à la croissance annuelle de l'ONDAM.*

▶ Projection de moyen/long terme :

- *le modèle PROMEDE : modèle à cohortes*

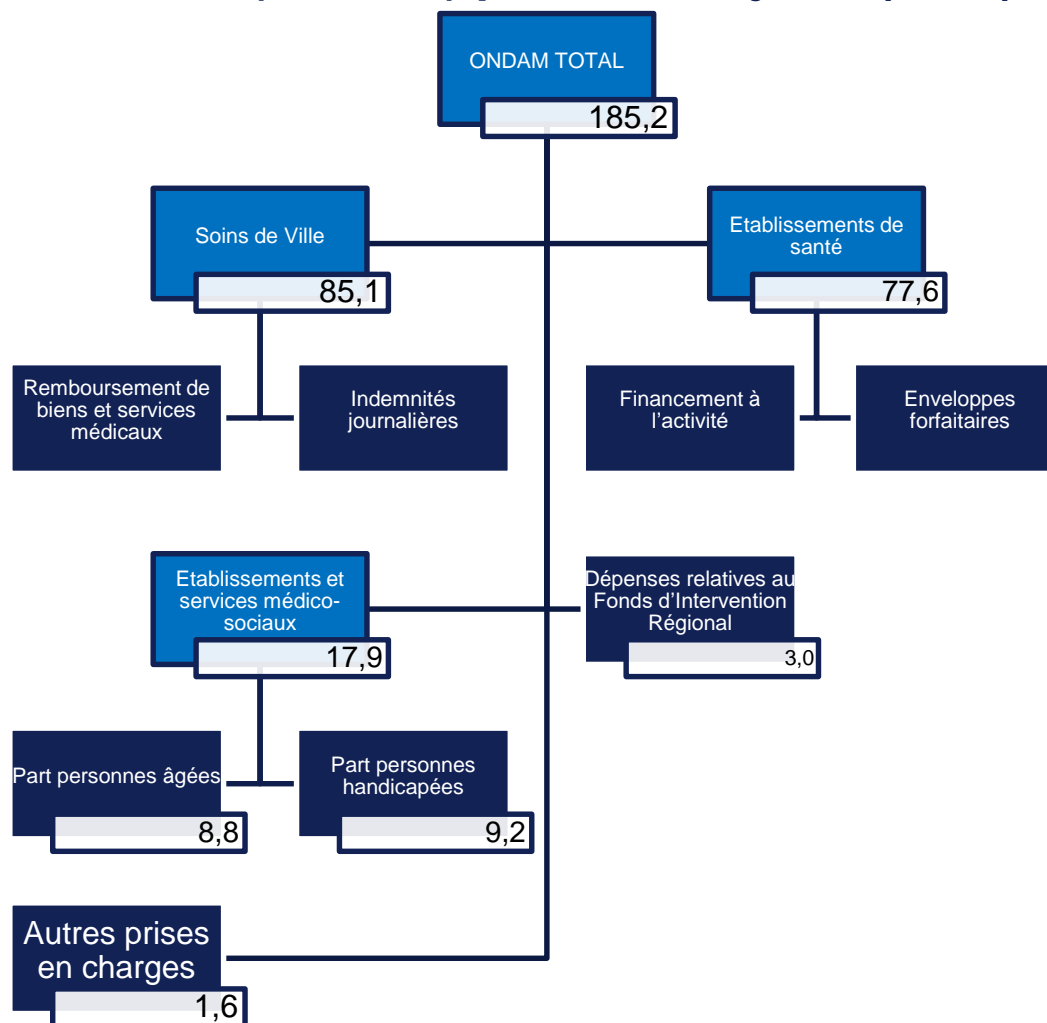
Plan de la présentation

- ▶ 1. Prévisions à court terme
- ▶ 2. Projection à long terme : la maquette PROMEDE
- ▶ 3. Quelques résultats des projections PROMEDE
- ▶ 4. Limites et améliorations possibles

1 – Prévisions à court terme

Présentation de l'ONDAM

- Les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par sous-objectif (Md €):



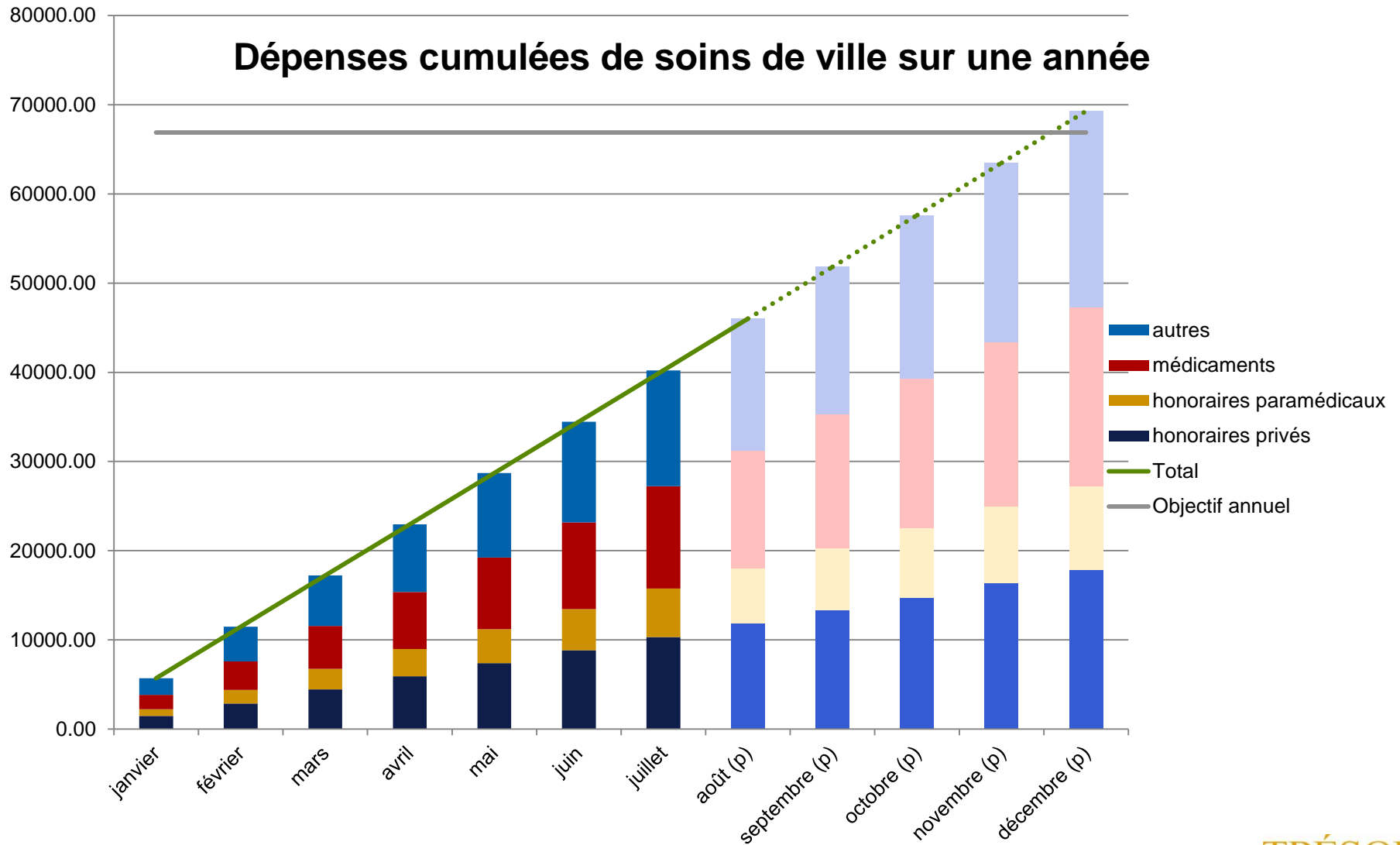
1 – Prévisions à court terme

Les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie par sous-objectif (Md€)

Sous-objectifs de l'Ondam	Dépenses 2016 (constatées)	Objectifs de dépenses 2017
Soins de ville	85,1	86,8
Etablissements de santé	77,6	79,1
Etablissements et services médicaux sociaux	17,9	20,1
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,8	9,0
<i>Dont contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	9,2	10,9
Autres dépenses de santé	4,7	4,9
TOTAL ONDAM	185,2	190,7

1 – Prévisions à court terme

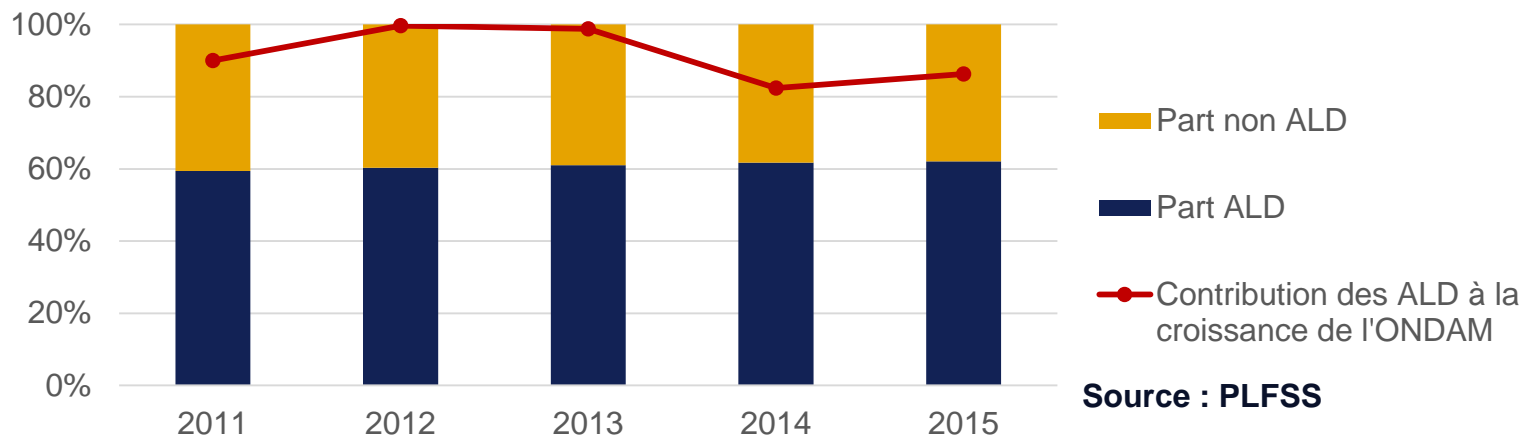
Graphe de suivi des soins de ville



1 – Prévisions à court terme

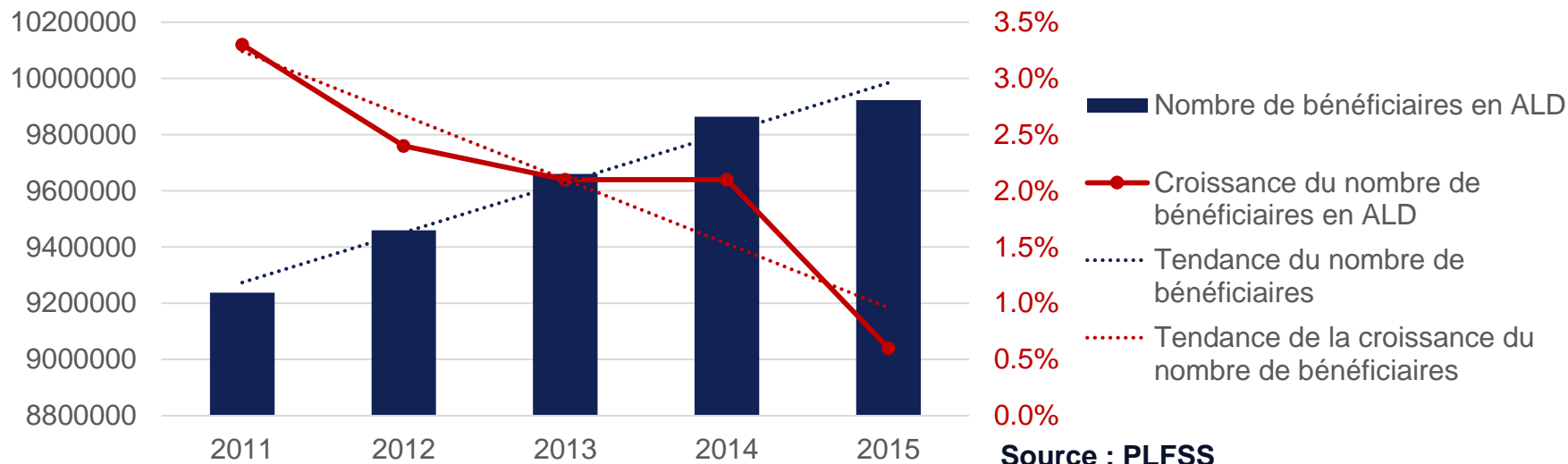
Contribution des ALD à l'évolution des dépenses remboursées

Part des ALD dans les dépenses de l'AMO et dans sa croissance :



Source : PLFSS

Graphique de tendance de l'évolution du nombre de bénéficiaires en ALD :



Source : PLFSS

► Les ALD captent l'essentiel de la croissance de l'ONDAM

► A court terme on peut donc prévoir les dépenses via les tendances de croissance des ALD

Plan de la présentation

▶ 1. Prévisions à court terme

▶ 2. Projection à long terme : la maquette PROMEDE

▶ 3. Quelques résultats des projections PROMEDE

▶ 4. Limites et améliorations possibles

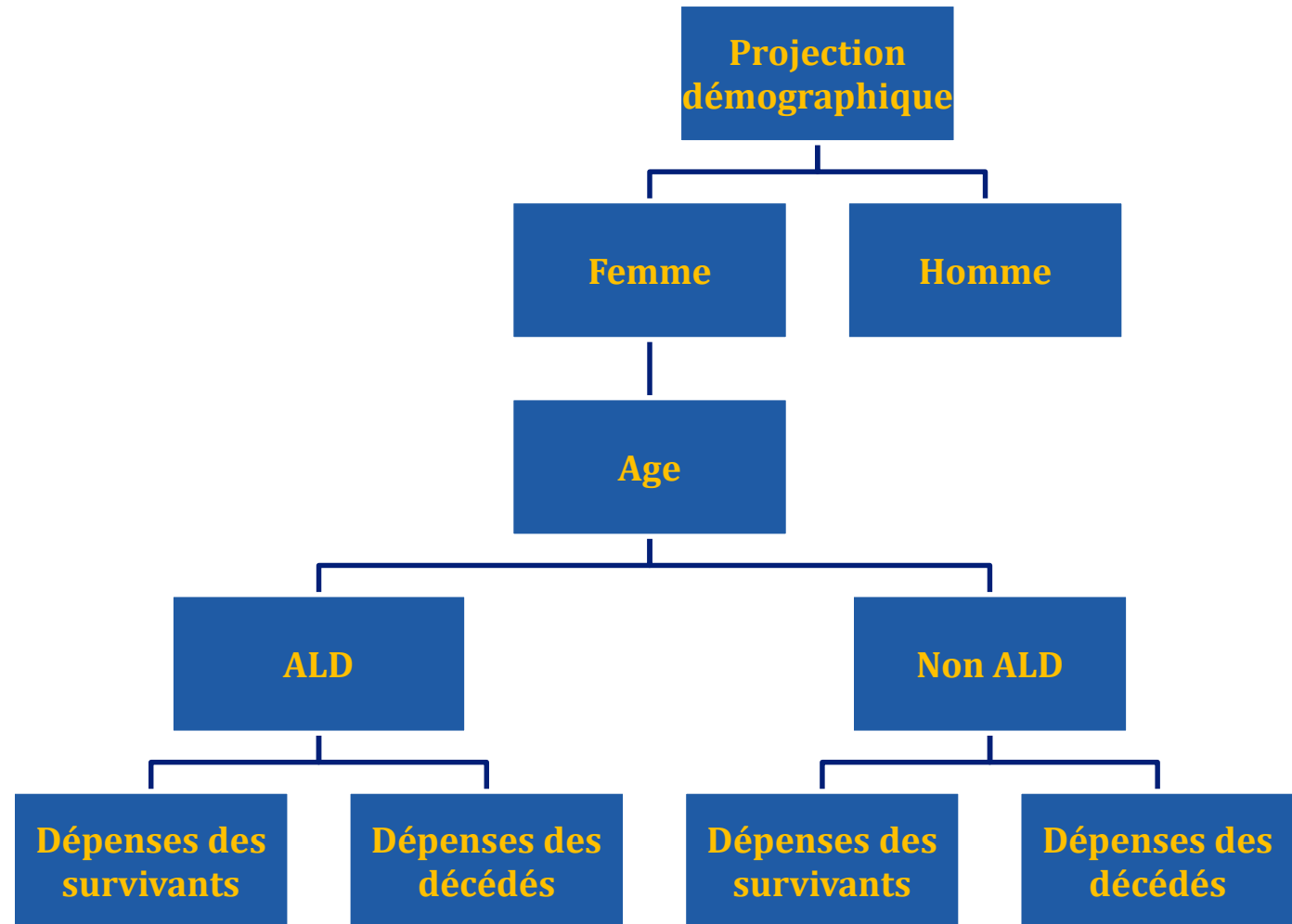
2 – La maquette PROMEDE

Description générale du modèle

Module démographique :
intégration des données de l'Insee sur la déformation de la structure âge/sexes/survie
→ vieillissement

Module épidémiologique :
déformation de la prévalence des ALD

Module dépenses de santé :
déformation des profils de dépenses

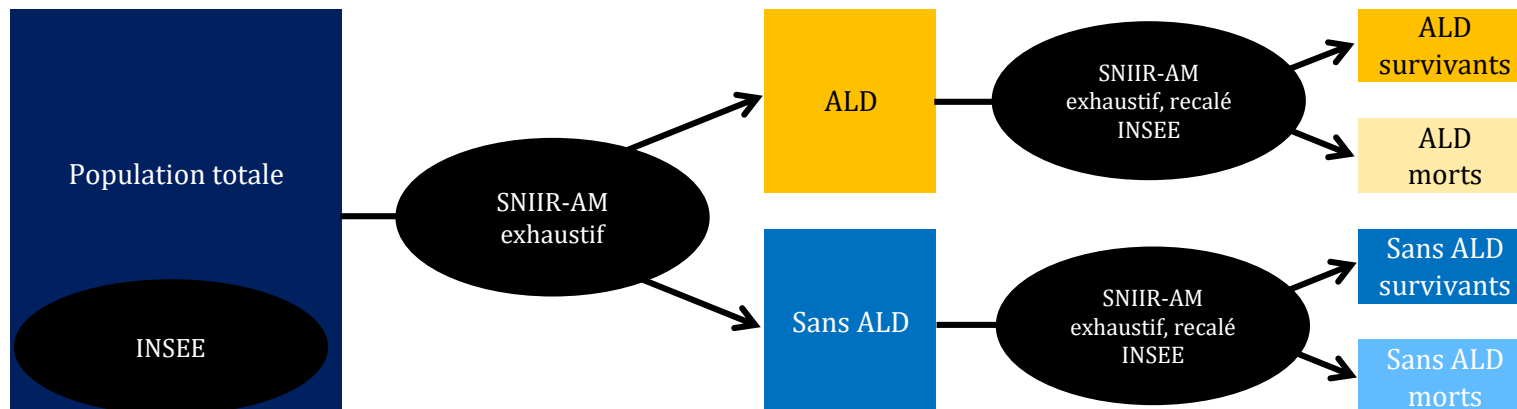


Note de lecture : Par dépenses des décédés, on entend dépense des personnes décédant dans l'année (entraînant un surcoût l'année de leur mort)

2 – La maquette PROMEDE

Bases de données utilisées

- ▶ Pour les données démographiques, celles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
- ▶ Pour les dépenses de santé, celles du Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) :
 - Dont son Echantillon Généraliste de Bénéficiaires (EGB)
 - Et pour partie les données exhaustives du SNIIR-AM



2 – La maquette PROMEDE

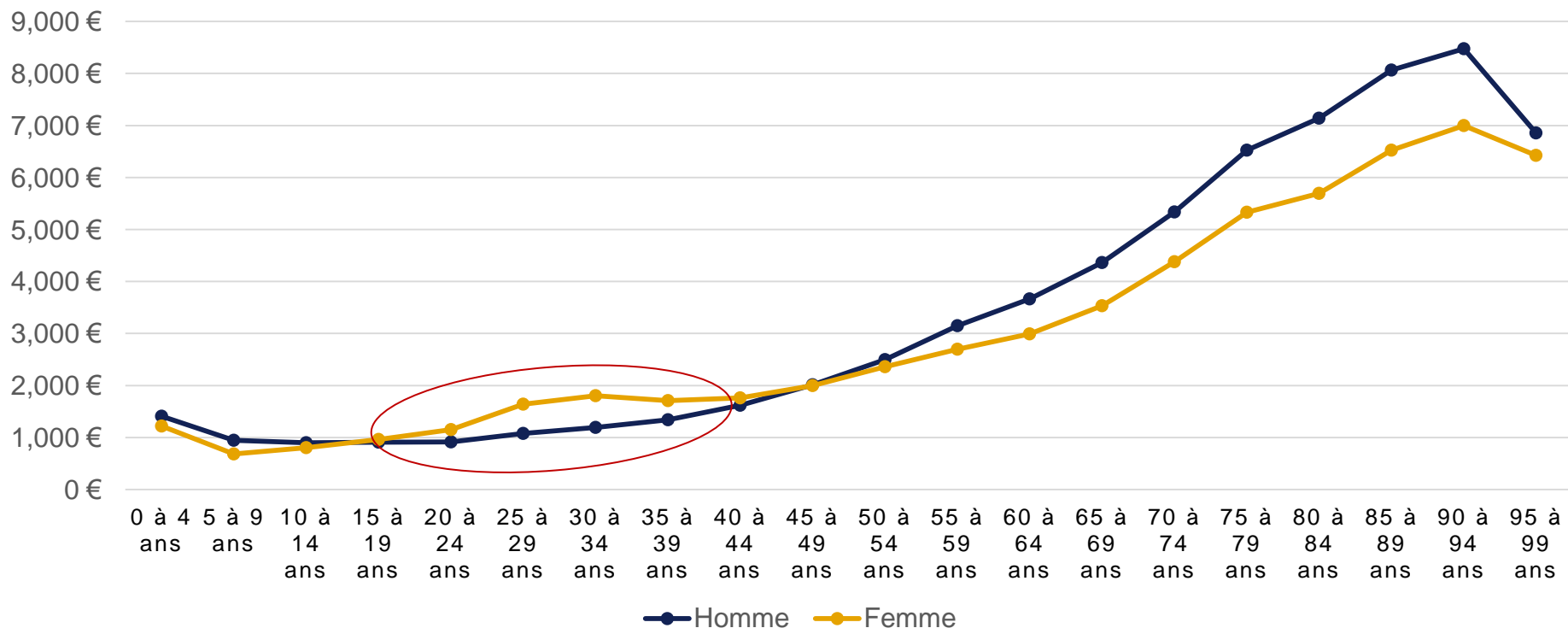
L'échantillon généraliste des bénéficiaires

- ▶ **L'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)** est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie française.
- ▶ Il contient des informations anonymes sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues (base et taux de remboursement, montant de la dépense, type de professionnel de santé ...)
- ▶ L'EGB résulte d'un sondage au **1/97^e** sur le numéro de sécurité sociale des bénéficiaires de l'Assurance maladie française, qu'ils aient ou non perçu des remboursements de soins.
- ▶ Il regroupe actuellement près de **500 000 bénéficiaires** du régime des travailleurs salariés (régime général) autres que les fonctionnaires et les étudiants et doit, à terme, couvrir l'ensemble des régimes de sécurité sociale française sur une période de **20 ans**.

2 – La maquette PROMEDE

Dépenses par âge et sexe

Dépenses moyennes par classe d'âge et par sexe

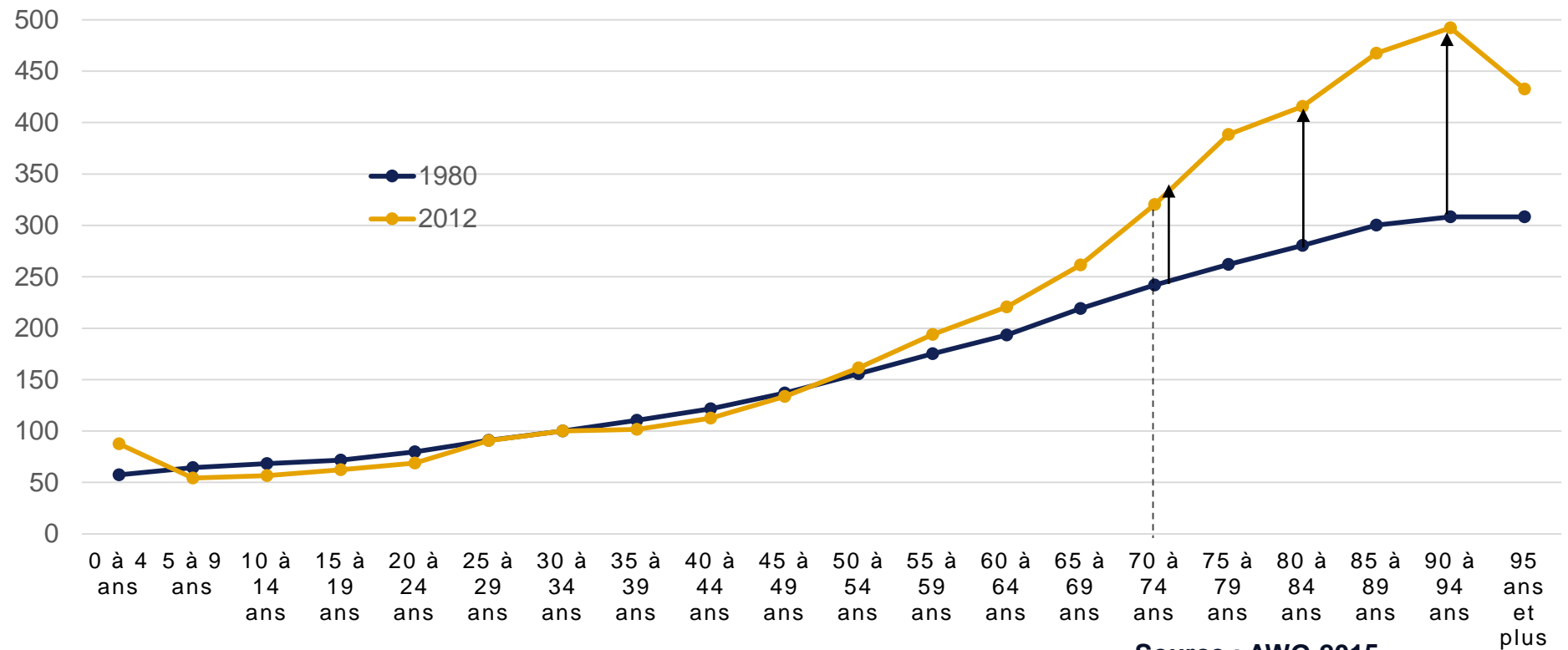


Source : AWG 2015

2 – La maquette PROMEDE

Pentification des dépenses

Dépenses moyenne par classe d'âge en 1980 et en 2012
(base 100 pour la catégorie 30-34 ans)



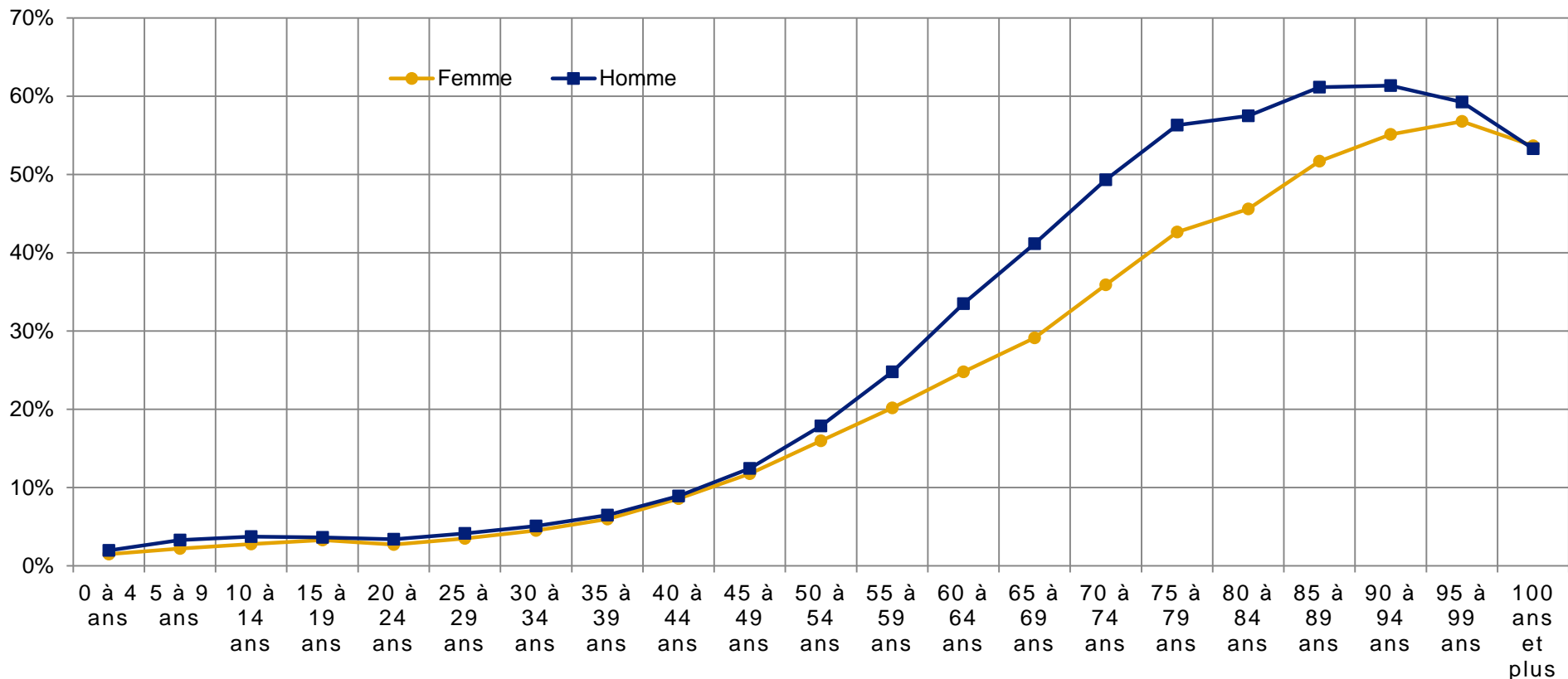
Source : AWG 2015,
interpolation à partir de l'ESPS 1992

Note de lecture : En 2012 la dépense des individus de 70 à 74 ans est 3,2 fois supérieure à celle des individus de 30 à 34 ans alors qu'en 1980 elle était seulement 2,4 fois supérieure.

2 – La maquette PROMEDE

Taux de prévalence des ALD

Part des individus en statut ALD, par classe d'âge

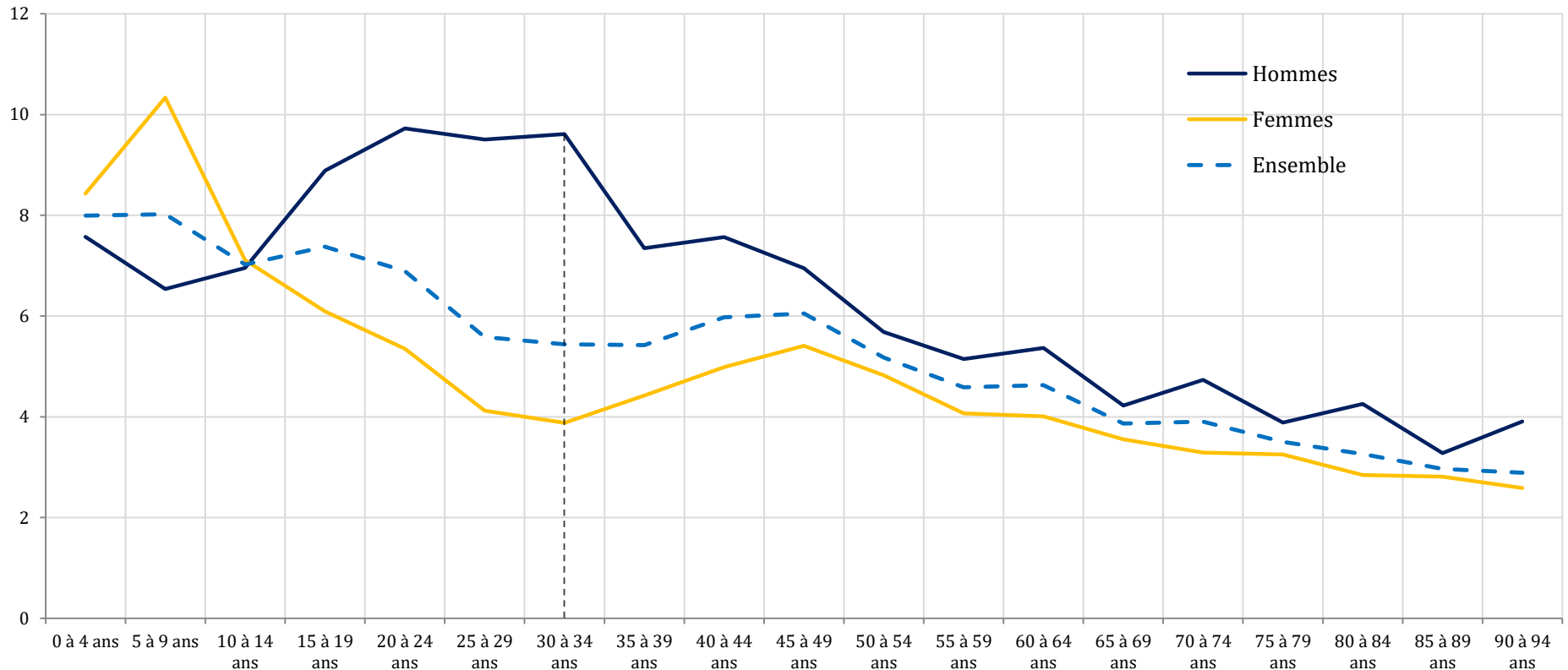


Source : SNIIR-AM

2 – La maquette PROMEDE

Surconsommation due aux ALD

Surconsommation médicale moyenne des individus en ALD par rapport aux individus sans ALD



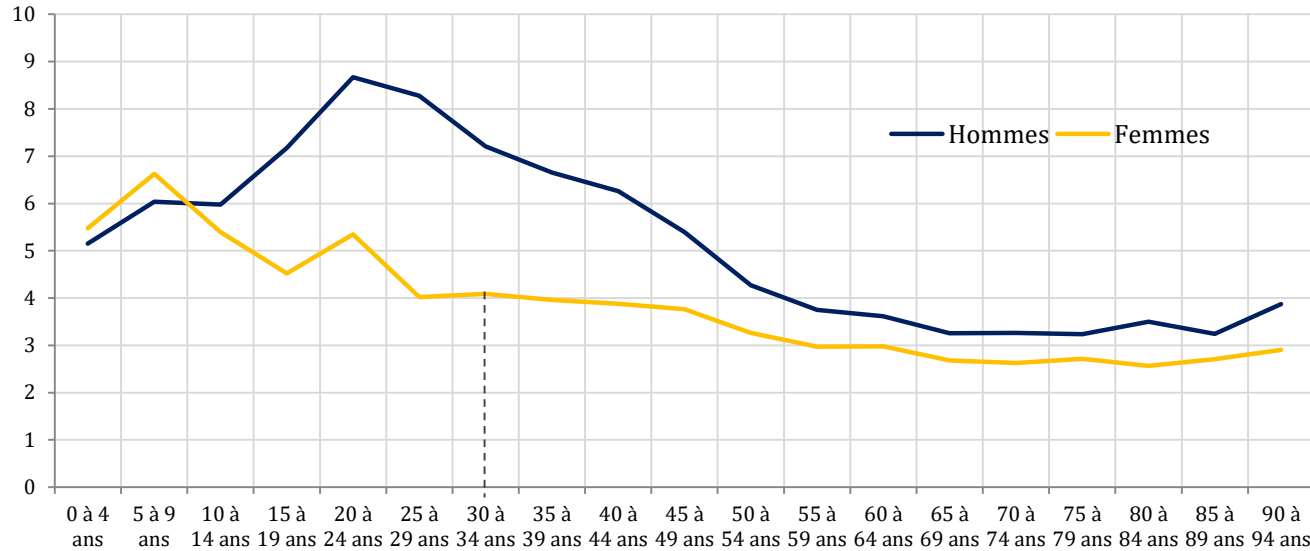
Note de lecture :

- Les hommes en ALD de 30 à 34 ans ont consommé en moyenne 9,6 fois plus que les hommes sans ALD de 30 à 34 ans.
- Les femmes en ALD de 30 à 34 ans ont consommé en moyenne 3,9 fois plus que les femmes sans ALD de 30 à 34 ans.

Source : EGB 2010

2 – La maquette PROMEDE

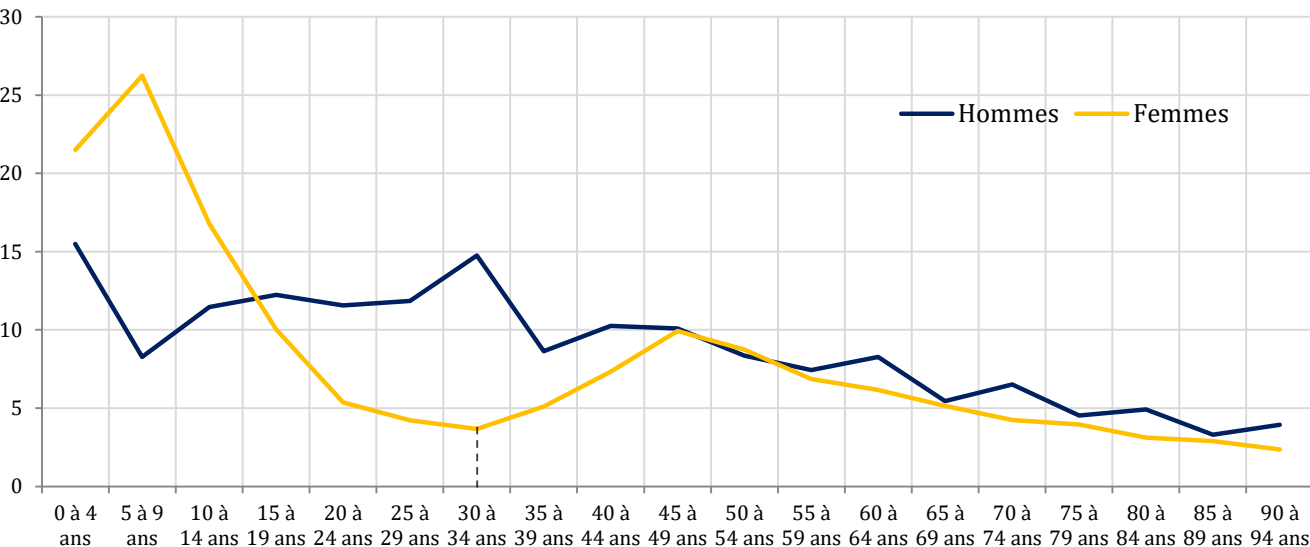
Surconsommation due aux ALD



Dépenses de soins de ville :

Note de lecture :

En soins de ville, les femmes en ALD de 30 à 34 ans ont consommé en moyenne 4,1 fois plus que les femmes sans ALD de 30 à 34 ans.



Dépenses à l'hôpital :

Note de lecture :

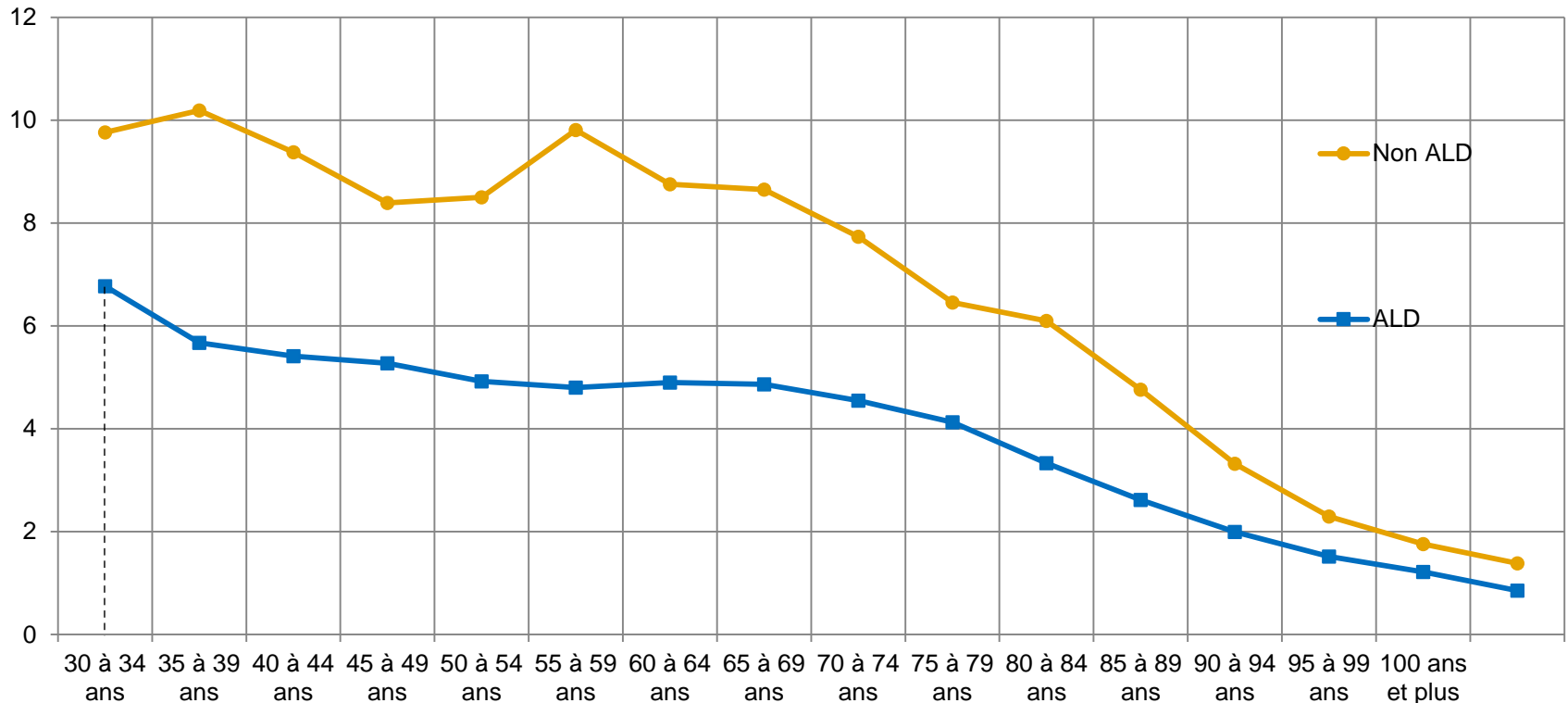
A l'hôpital, les femmes en ALD de 30 à 34 ans ont consommé en moyenne 3,7 fois plus que les femmes sans ALD de 30 à 34 ans.

Source : EGB

2 – La maquette PROMEDE

Surcoût lié au décès

Ratio des dépenses moyennes des décédés / dépenses moyennes des survivants hommes, en fonction du statut ALD



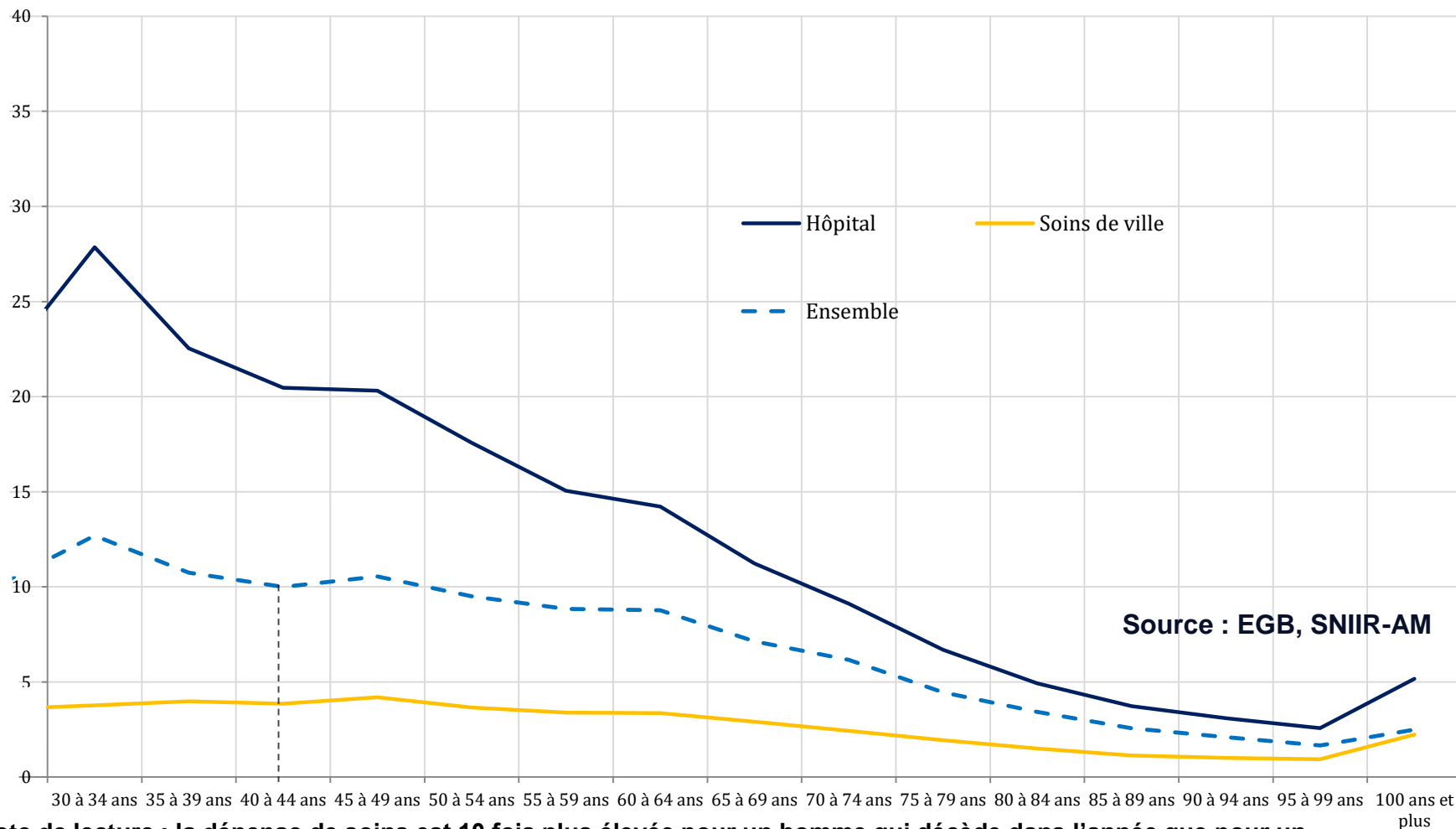
Note de lecture : les individus en ALD de 30 à 34 ans, décédés dans l'année, ont consommé en moyenne 6,7 fois plus que les individus en ALD de 30 à 34 ans ayant survécu.

Source : SNIIR-AM

2 – La maquette PROMEDE

Surconsommation médicale à l'approche de la mort

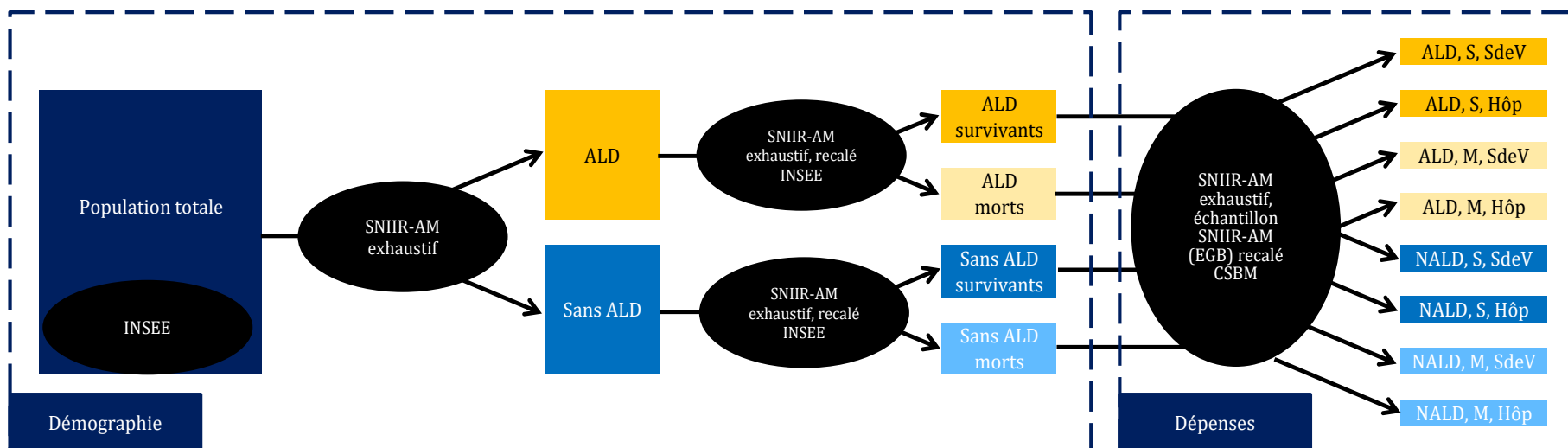
Ratio des dépenses moyennes des décédés / dépenses moyennes des survivants hommes



Note de lecture : la dépense de soins est 10 fois plus élevée pour un homme qui décède dans l'année que pour un homme survivant ayant entre 40 et 45 ans

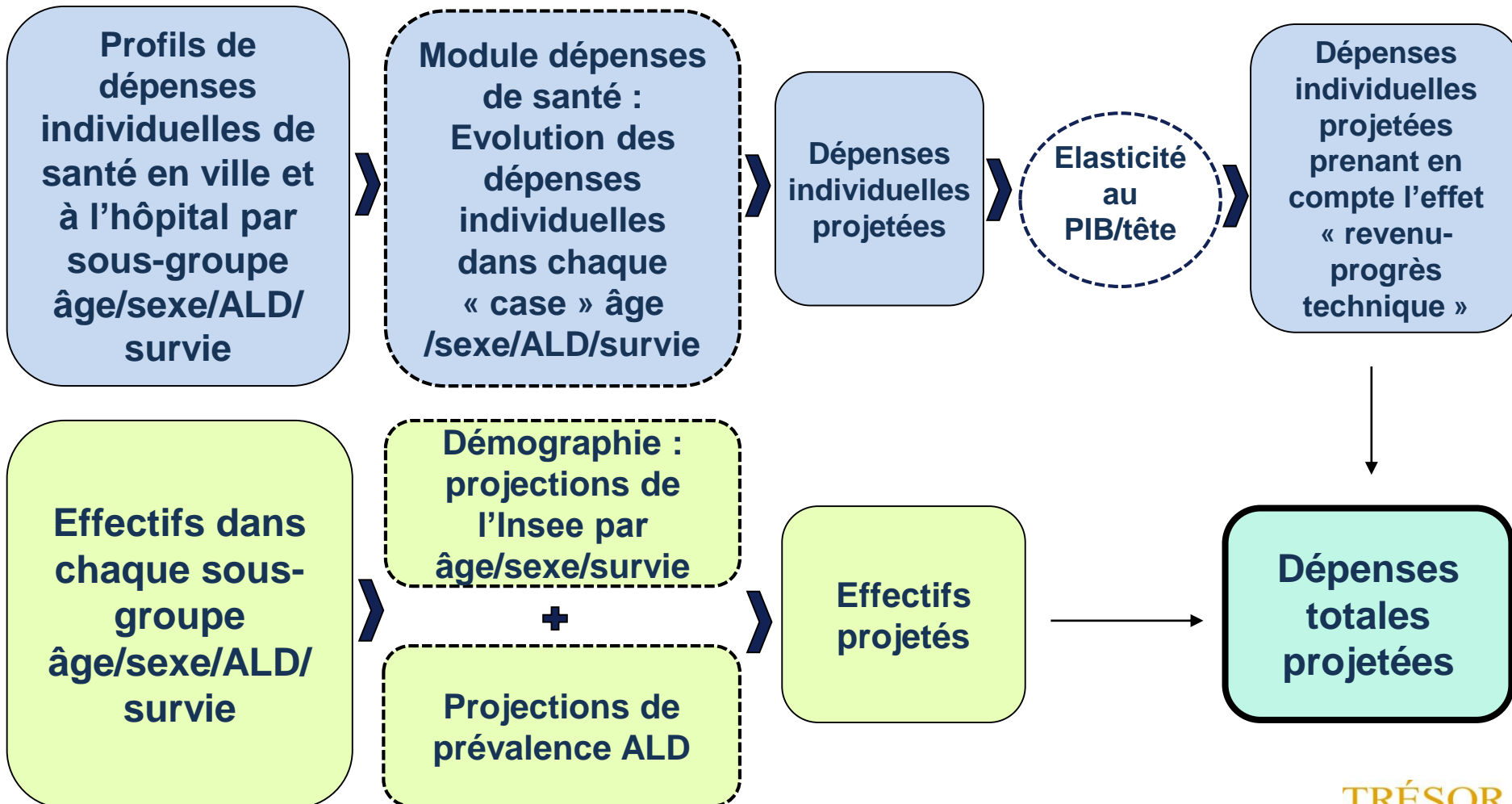
2 – La maquette PROMEDE

Le modèle PROMEDE



2 – La maquette PROMEDE Le modèle de macro-simulation

Outil de projection fondé sur des profils âge / sexe / statut ALD / survie
Données : SNIIR-AM et Insee



2 – La maquette PROMEDE

Champ retenu

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux

Postes de dépense	Publics		Privés				TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	
1-Soins hospitaliers	82 849	1 077	2 645	1 367	751	2 101	90 790
Hôpitaux du secteur public	64 512	965	1 918	943	511	1 276	70 126
Hôpitaux du secteur privé	18 337	111	727	424	240	824	20 664
2-Soins ambulatoires	66 633	1 644	11 070	5 840	4 285	14 304	103 777
Soins de ville	32 702	990	5 675	3 047	2 243	5 889	50 546
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 839	402	2 026	1 201	708	2 045	20 221
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 623	119	950	443	250	1 282	14 667
Soins dentaires	3 577	381	2 145	1 110	1 065	2 431	10 709
Laboratoires d'analyses	3 026	89	554	293	220	130	4 312
Autres soins et contrats	636					1	637
Transports de malades	4 273	43	106	50	18	100	4 591
Médicaments en ambulatoire	23 353	495	2 432	1 195	705	5 784	33 963
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	6 304	116	2 857	1 548	1 319	2 532	14 677
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	149 482	2 721	13 715	7 208	5 036	16 405	194 567

**CSBM totale :
8,9% du PIB**

**CSBM prise
en charge par
la Sécurité
Sociale : 6,9%
du PIB**

Sources : Drees, Les dépenses de santé en 2015

2 – La maquette PROMEDE

Passage de la CSBM à l'ONDAM

	2012
Part de la CSBM financée par la Sécurité Sociale	138,6
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,1
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD	9,1
+ ONDAM personnes handicapées	8,5
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,3
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,5
+ Autres prises en charge	1,2
Total	170,4
Ecart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,1
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2013)	170,3

Source : Comptes nationaux de la santé 2012

2 – La maquette PROMEDE

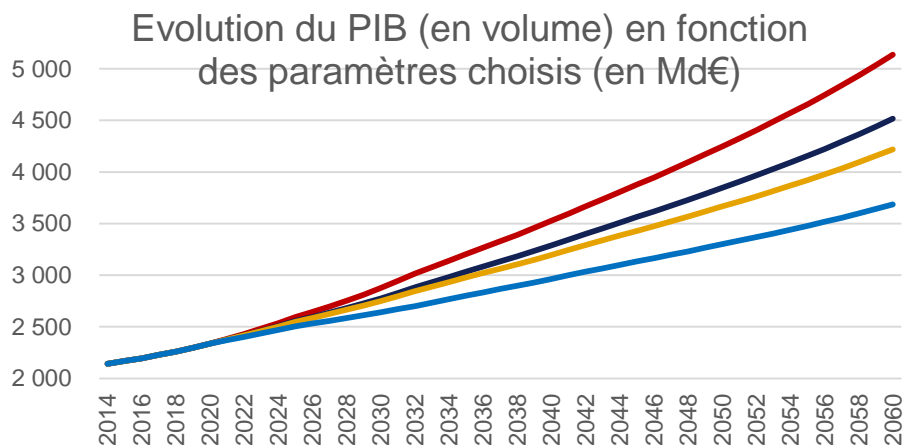
Hypothèses macroéconomiques

► 4 scénarios macro choisis par le HCFiPS (Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale) (projections du Conseil d’Orientation des Retraites - COR) :

	Scé. Bis 1,8%	Scé. 1,5%	Scé. 1,3%	Scé. Bis 1%
Gains de productivité de long terme	1,8%	1,5%	1,3%	1%
Taux de chômage de long terme	4,50%	7%	7%	10%
	Extrême	Médian	Médian	Extrême



	Scé. Bis 1,80%	Scé. 1,50%	Scé. 1,30%	Scé. Bis 1%
Croissance projetée moyenne sur la période	1,9%	1,6%	1,5%	1,2%



- PIB volume scénario 1,8
- PIB volume scénario 1,5
- PIB volume scénario 1,3
- PIB volume scénario 1,0

2 – La maquette PROMEDE

Hypothèses sur l'élasticité

► Le modèle PROMEDE majore l'élasticité revenu afin d'intégrer la prise en compte du progrès technique : → **une seule élasticité revenu-progrès technique**

► Effet revenu-progrès technique :

2 choix retenus pour l'élasticité au PIB/tête (effet revenu + progrès technique) afin de tester la sensibilité des résultats à cette variable :

- élasticité de 1,4 en début de période, convergeant vers 1 en 2060
→ cohérente avec le « risk scenario » de l'AWG
- élasticité égale à 1 sur toute la période

2 – La maquette PROMEDE

Hypothèses sur l'état de santé

- Variante santé : PROMEDE permet de projeter plusieurs hypothèses d'évolution de l'état de santé par âge et sexe :

Pessimiste :

Les parts de personnes en ALD par âge/sexes et les montants moyens de dépense sont conservés

Optimiste :

Les gains d'espérance de vie se font en bonne santé, ils conduisent à :

- Une diminution de la prévalence des ALD à âge/sexes donnés entre 60 et 90 ans
- Une diminution des dépenses individuelles des non ALD entre 60 et 90 ans

Intermédiaire :

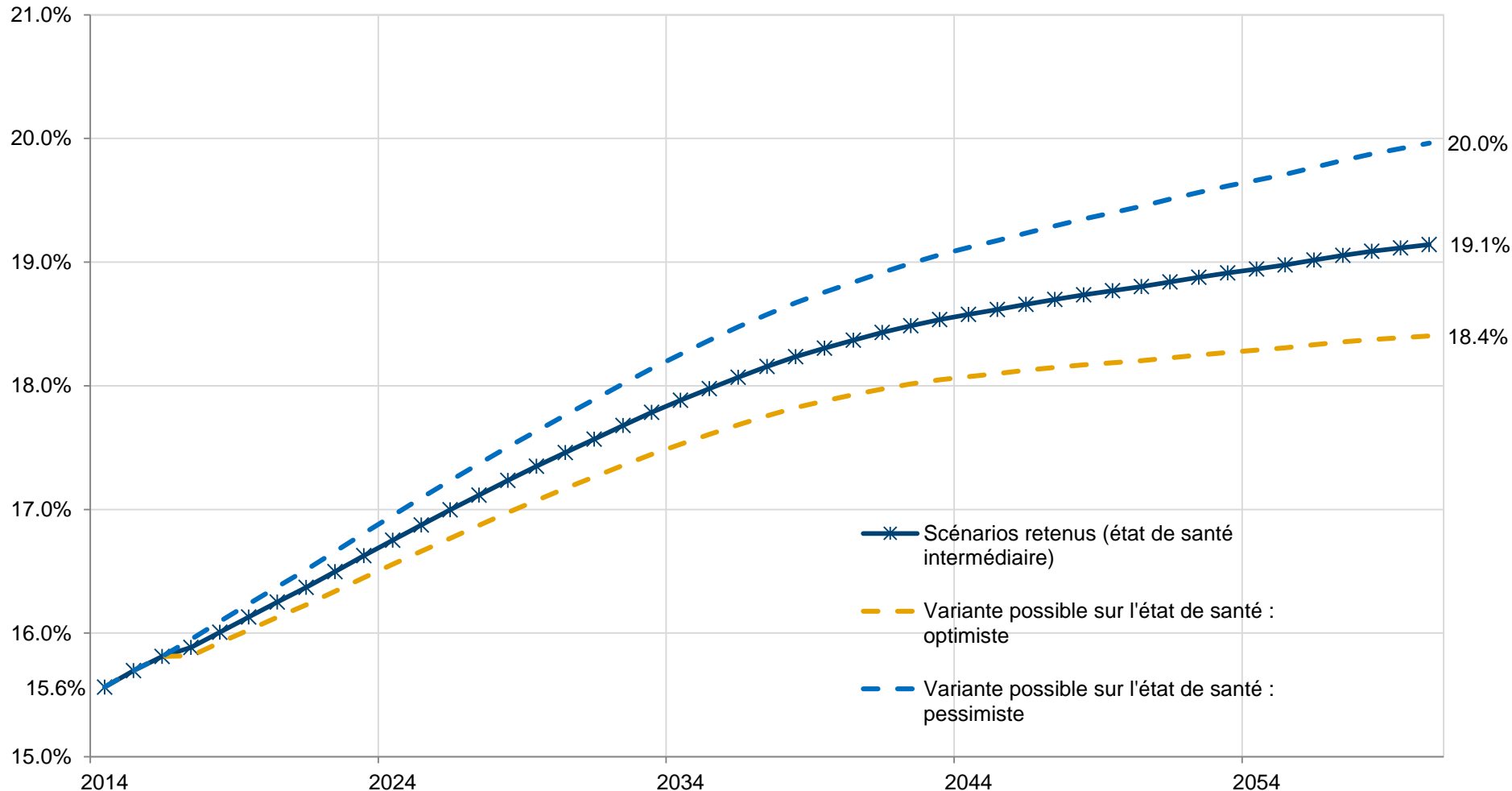
Hypothèse mixte (50/50) entre les variantes pessimiste et optimiste

2 – La maquette PROMEDE

Variantes sur l'état de santé

Prévalence des ALD

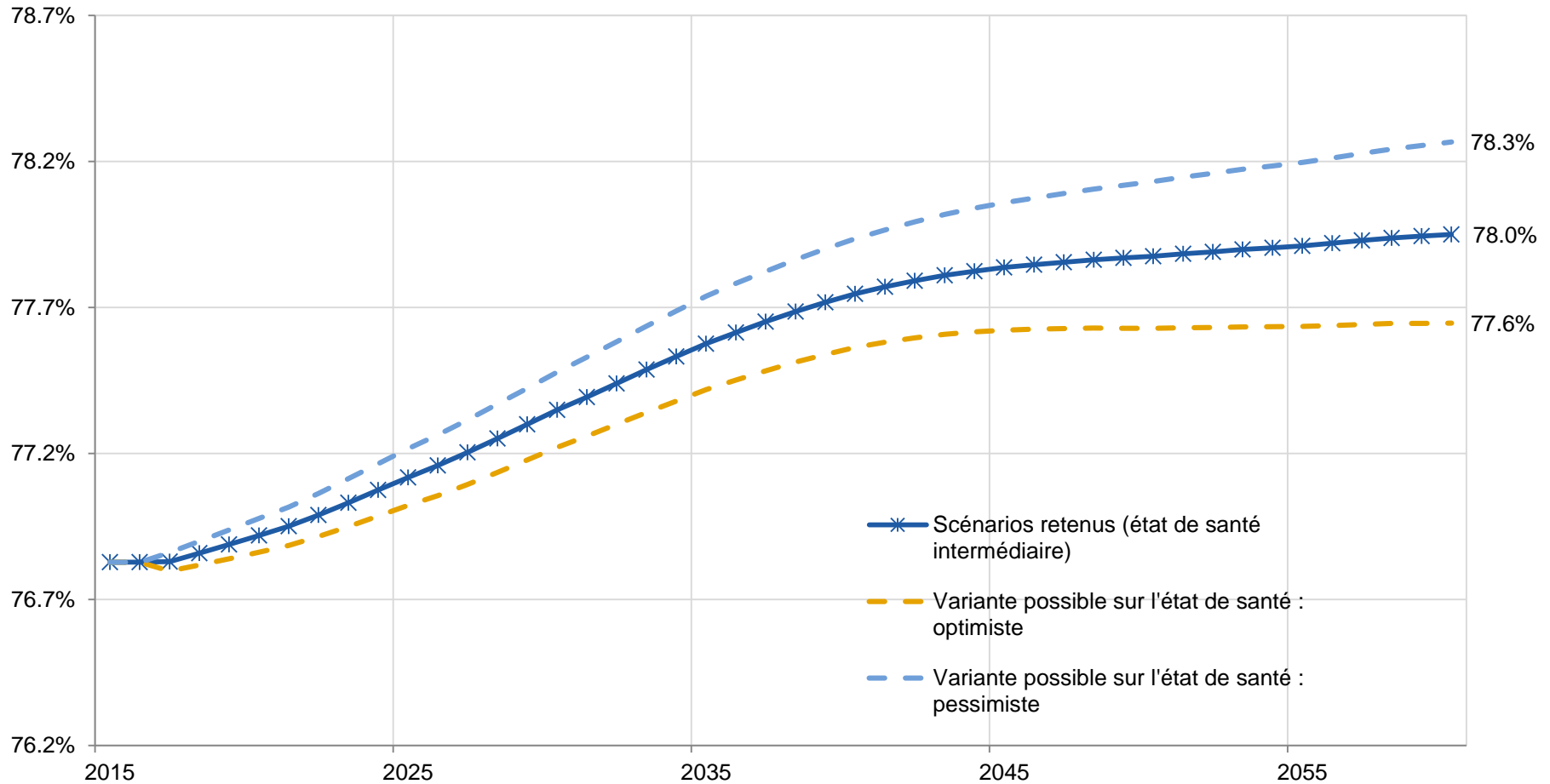
Part de la population (en nombre d'individus) atteinte d'une ALD



2 – La maquette PROMEDE

Variantes sur l'état de santé

Taux de prise en charge par la Sécurité sociale



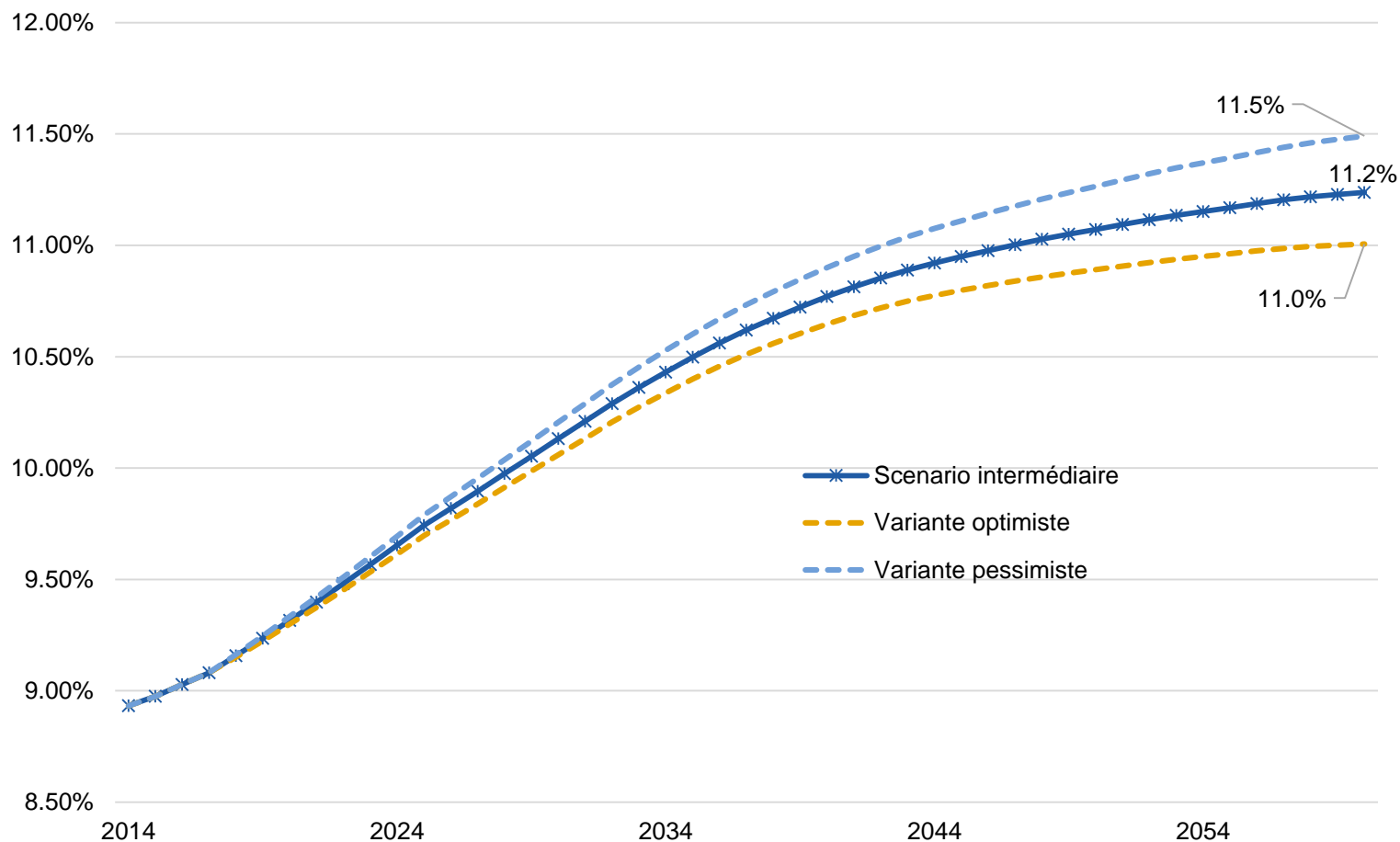
Plan de la présentation

- ▶ 1. Prévisions à court terme
- ▶ 2. Projection à long terme : la maquette PROMEDE
- ▶ 3. Quelques résultats des projections PROMEDE
- ▶ 4. Limites et améliorations possibles

3 – Quelques résultats des projections PROMEDE

Variantes sur l'état de santé

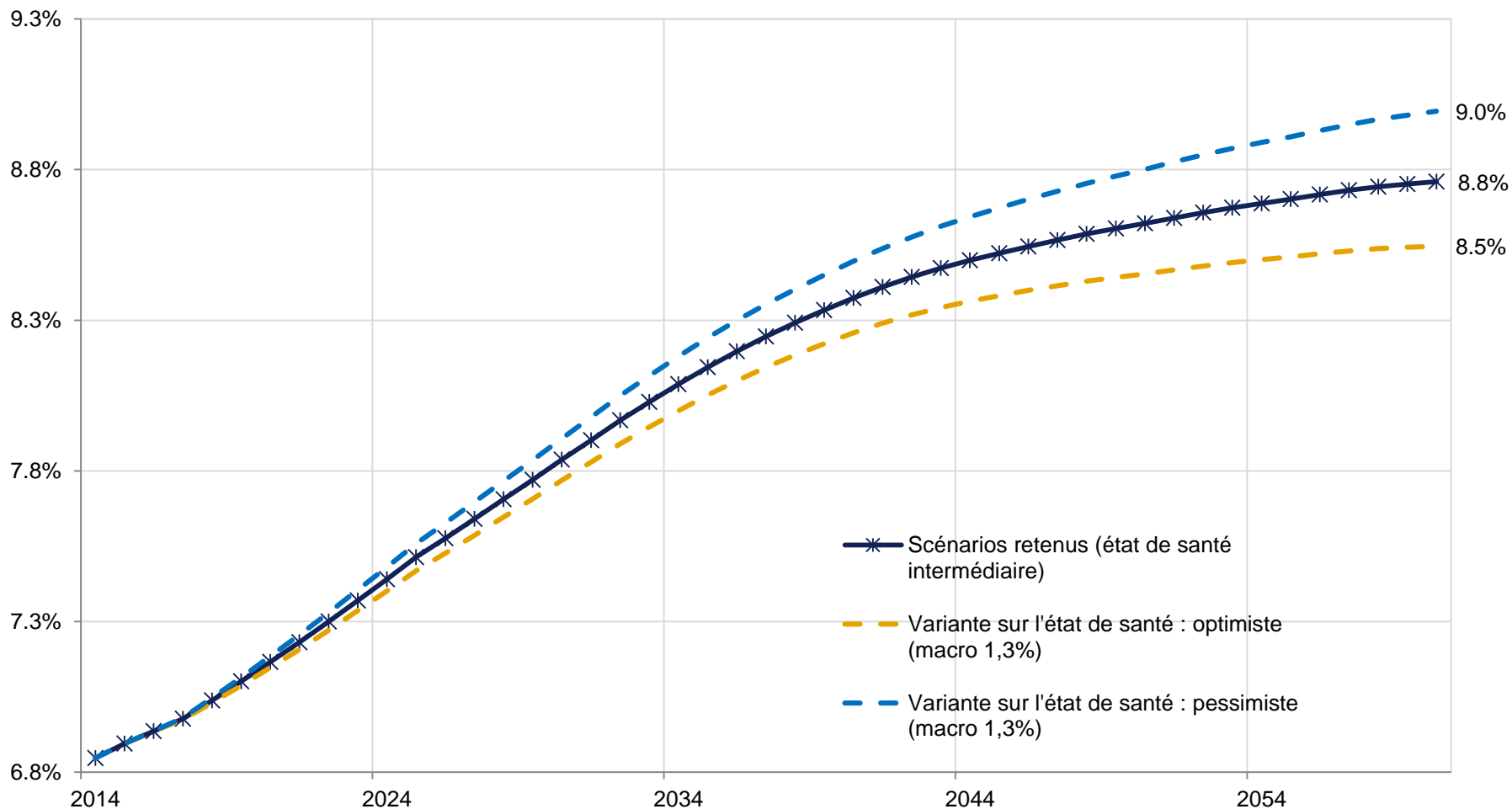
Dépenses de santé dans le PIB (élasticité 1,4 -> 1)



3 – Quelques résultats des projections PROMEDE

Variantes sur l'état de santé

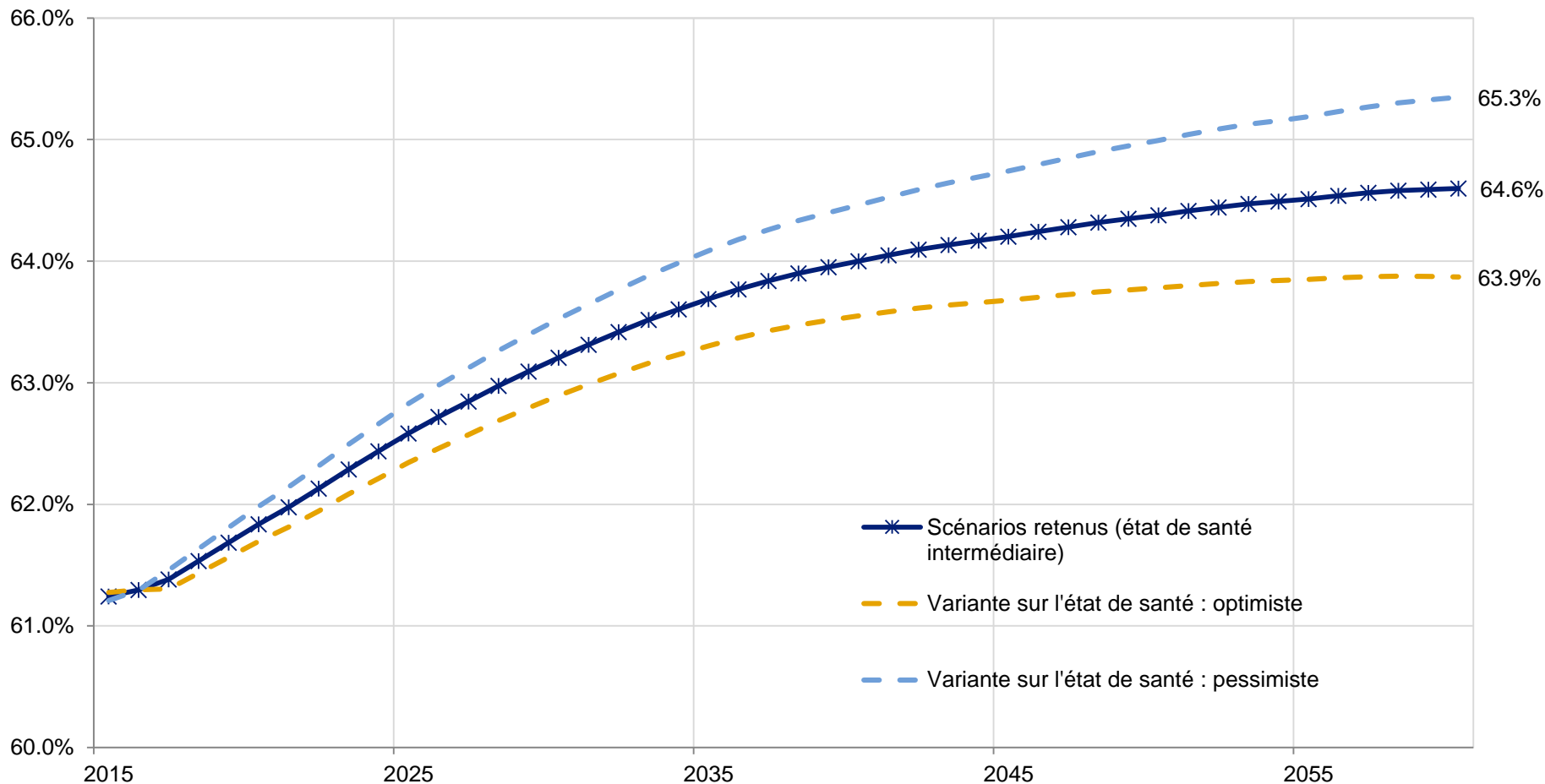
Dépenses remboursées dans le PIB (élasticité 1,4 -> 1)



3 – Quelques résultats des projections PROMEDE

Variantes sur l'état de santé

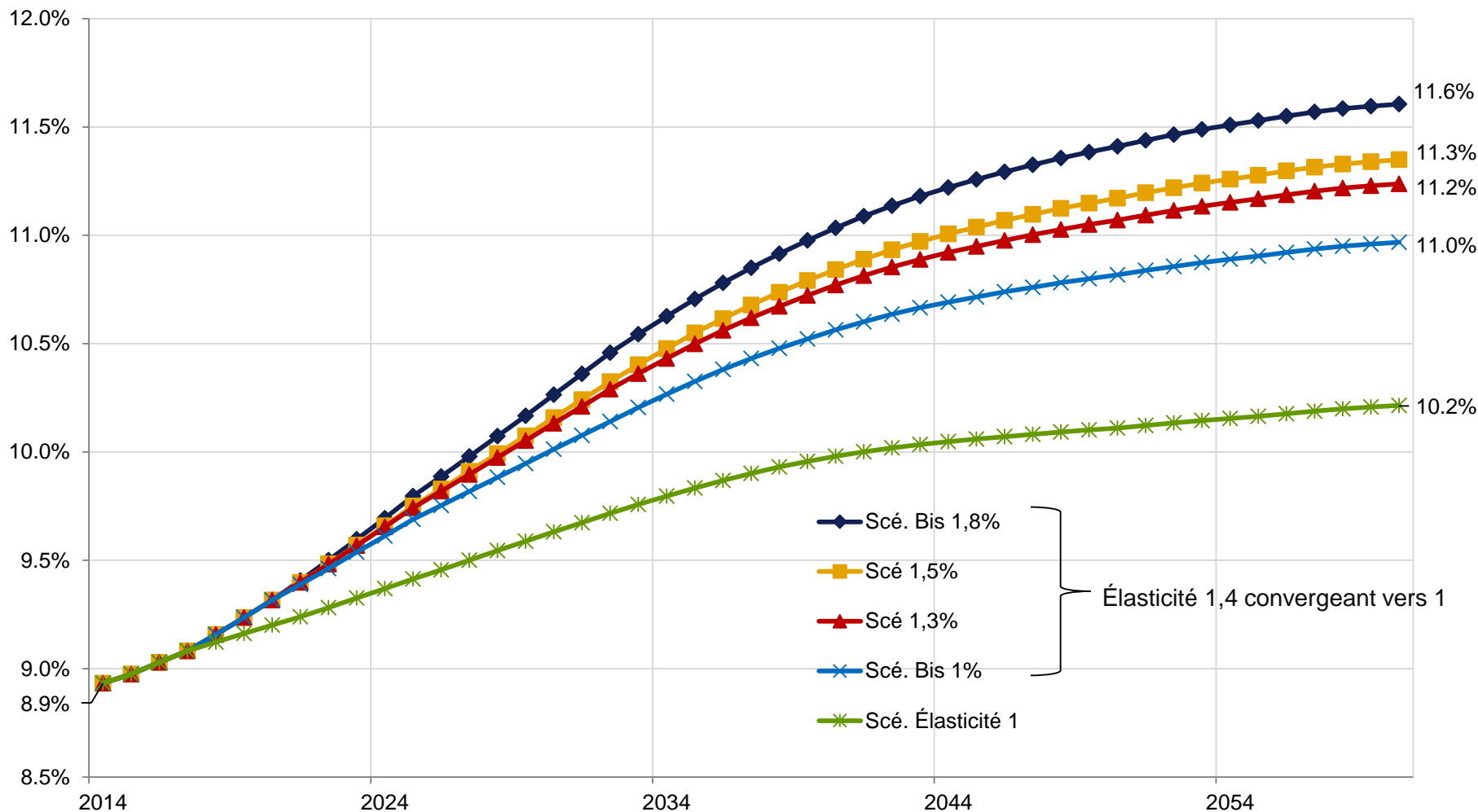
Part dans la dépense remboursée des individus en ALD (élasticité 1,4 -> 1)



3 – Quelques résultats des projections PROMEDE

Sensibilité à l'élasticité au PIB/tête

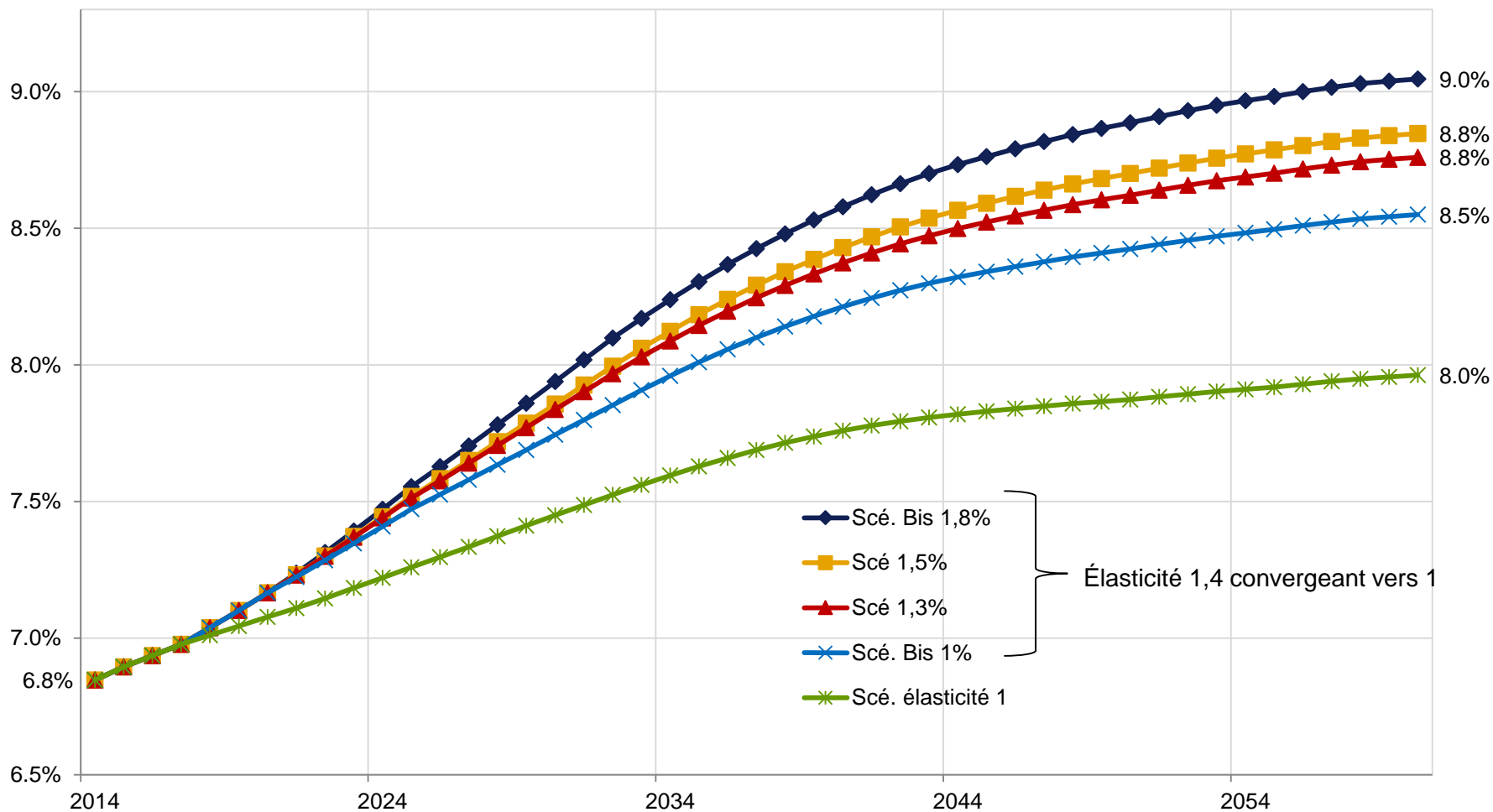
Dépenses de santé dans le PIB (variante de santé intermédiaire)



3 – Quelques résultats des projections PROMEDE

Sensibilité à l'élasticité au PIB/tête

Dépenses remboursées dans le PIB (variante de santé intermédiaire)



Plan de la présentation

- ▶ 1. Prévisions à court terme
- ▶ 2. Projection à long terme : la maquette PROMEDE
- ▶ 3. Quelques résultats des projections PROMEDE
- ▶ 4. Limites et améliorations possibles

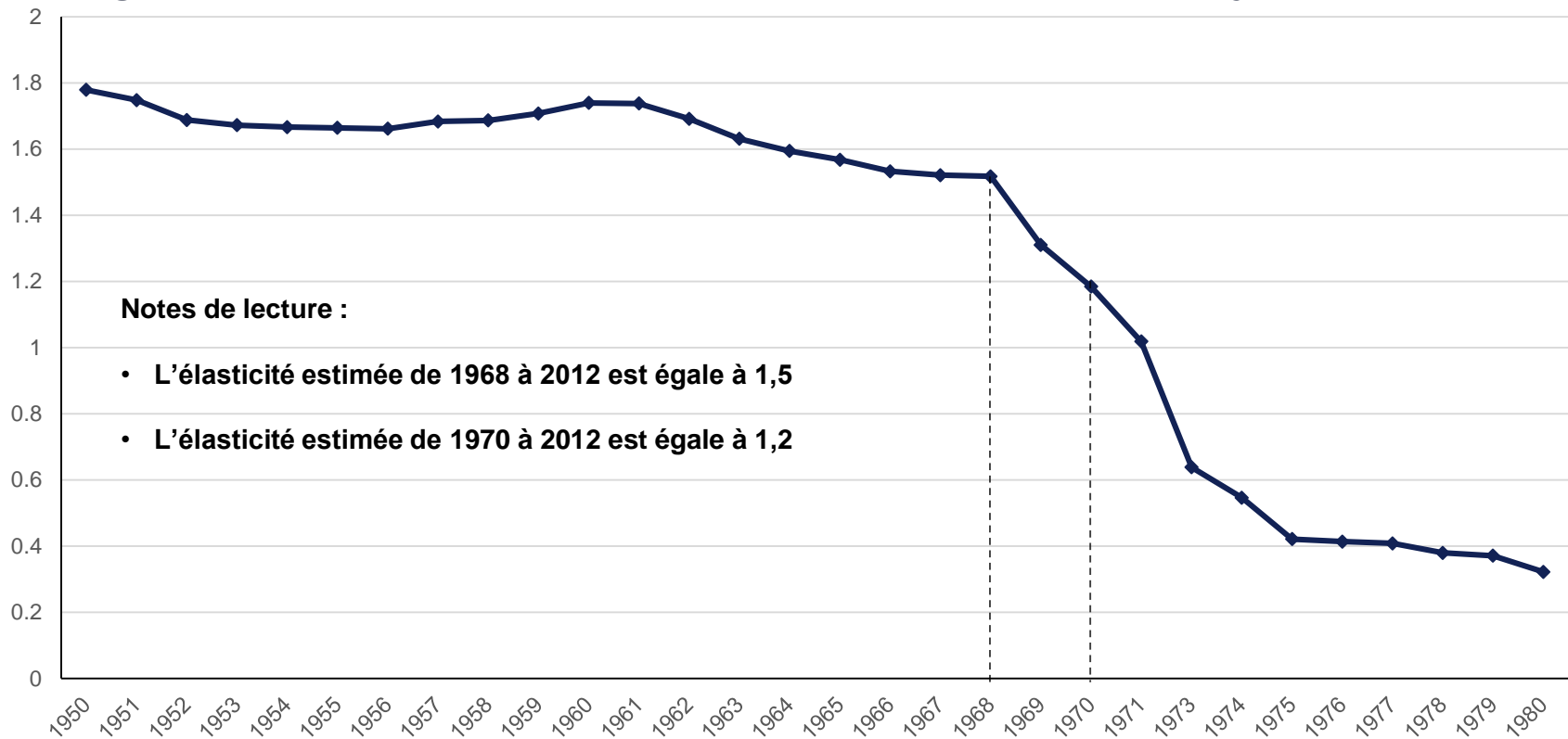
4 – Limites et améliorations possibles

- ▶ Il s'agit de **projections** et non de **prévisions** !
 - Servent surtout de cadrage et d'outil pédagogique
- ▶ Effet paradoxal : un meilleur scénario macro donne une plus grande augmentation de la part des dépenses dans le PIB
 - **L'élasticité pourrait être modulée en fonction du scénario macro**
 - **Plus largement: travail à mener sur l'estimation statistique de cette élasticité (cf Slide suivant)**
- ▶ Eventuellement **raffiner les profils en distinguant les types d'ALD** (et non pas simplement « ALD / non ALD ») :
 - Profils de dépenses plus précis
 - Meilleure projection de la prévalence
- ▶ Le manque de données sur les **mutuelles et assurances** ne nous permet pas de projeter **l'évolution de la répartition AMO/AMC**

4 – Limites et améliorations possibles

Hypothèse de l'élasticité au PIB/tête

Estimation de l'élasticité revenu de la demande de soin au PIB/tête, par régression sur la période allant de l'année en abscisse jusqu'à 2012.



Éléments à considérer pour l'interprétation du graphique :

- ▶ La montée en charge du système de santé français
- ▶ La fin de la montée en charge à partir des années 1970
- ▶ Les effets de maîtrise de la dépense à partir du milieu des années 1980