



Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Juillet 2008

Composition du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
-décret n° 2006-1370 du 10 novembre 2006-

Président

M. Bertrand FRAGONARD, président de chambre à la Cour des comptes

Vice-Président

M. Pierre-Jean LANCRY, directeur santé de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral
Mme Cathy SUAREZ, conseillère confédérale

CFDT

M. Gaby BONNAND, secrétaire national
M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral,
M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier

CFTC

M. Bernard SAGEZ, président de la Fédération CFTC Santé-Sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard MESURÉ,
M. Jean-François BUISSON, président de la Commission Santé Sociale du MEDEF, président de l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA)

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

Mme Michèle PARIZOT

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales, docteur en médecine

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin
M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris
M. Pierre MÉHAIGNERIE, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, UMP, Ille-et-Vilaine

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne
M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne
M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Six représentants de l'Etat

M. René SÈVE, directeur général au centre d'analyse stratégique
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins
M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé
M. Philippe BOUYOUX, directeur des politiques économiques
M. Philippe JOSSE, directeur du budget

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Laurent DEGOS, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur générale de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMETS)
M. Gérard QUÉVILLON, président du Régime Social des Indépendants (RSI)
M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Denis PIVETEAU, maître des requêtes au Conseil d'État

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),
président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Cinq représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Dinorino CABRERA, président l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président du Syndicat des Médecins Libéraux (SML), docteur en médecine
M. Bernard CAPDEVILLE, président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF),
vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), docteur en médecin
M. Jean-Claude MICHEL, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD),
vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), chirurgien-dentiste
M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral), orthophoniste

Cinq représentants des établissements de santé

M. Claude EVIN, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF), ancien ministre de la santé
M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
Dr. Max PONSEILLÉ, président d'honneur de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
Pr. Alain DESTÉE, président de la conférence nationale des CME de CH universitaires

Un représentant des industries du médicament

M. Bernard LEMOINE, vice-président délégué du LEEM (LEs Entreprises du Médicament)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l’Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS)

M. Arnaud de BROCA, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

Huit personnalités qualifiées outre le président et le vice-président

Mme Chantal CASES, directrice de l’Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d’Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l’Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l’IRDES

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétariat général

Agnès BOCOGNANO

contact : Cendrine CROCHU – Tél. 01.40.56.56.00.

AVANT-PROPOS

Le rapport 2008 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie comporte trois chapitres.

1) Le premier traite de la situation financière de l'assurance maladie.

Quatre conclusions se dégagent de l'analyse :

- le taux de déficit a diminué de moitié depuis 2004 ; mais il reste significatif (4,1% prévus pour 2008) ;
- le rythme de croissance de la dépense remboursée a fléchi et se situe au voisinage de celui du PIB ;
- ces résultats ont été obtenus sans désengagement marqué de l'assurance maladie dont le taux de prise en charge est assez stable ;
- la volonté de retour à l'équilibre à l'horizon 2011 soumettra le système de l'assurance maladie à de fortes contraintes.

2) Le second traite du système de prise en charge et du partage des dépenses entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages

a) Dans une première section, on étudie la structure et les disparités des taux d'engagement de la sécurité sociale sur les différents segments du marché des soins.

On conclut cette section comme suit :

« Les analyses qui précèdent montrent à la fois la robustesse et les limites du système actuel de mise en charge.

- robustesse puisque la couverture solidaire assurée par le régime de base cantonne les reste à charge sur la plupart des soins, ce qui permet à (quasiment) tous les assurés de recourir aux soins dans des conditions cohérentes.
- limites puisque la hiérarchie des taux de prise en charge selon les segments du marché abrite des inégalités très discutables (niveau et calendrier des prestations en espèces, dépassements parfois très élevés pour les prestations en nature...). Ces inégalités ne sont qu'en partie compensées par les couvertures complémentaires.

Il serait pertinent d'engager une réflexion de long terme sur les voies et moyens permettant de remettre plus de cohérence dans ce système.

Certes le faire sous la double contrainte de progression des dépenses de soins et de maîtrise des prélèvements obligatoires est-elle une tâche très difficile ; mais elle est nécessaire ».

b) Au moment où les pouvoirs publics ont annoncé leur intention de débattre du partage entre la solidarité des régimes de base et les couvertures complémentaires, la deuxième section a pour but de fournir aux membres du HCAAM et au-delà de mettre dans le débat public des données de référence utiles.

A ce stade il n'est pas envisagé que le Conseil adopte des positions de fond ou propose une ligne d'action. Il lui est seulement demandé de prendre acte de ces informations.

3) Le troisième reprend une partie des travaux du HCAAM de 2007/2008

On y analyse deux secteurs – les prestations en espèces maladie et les dispositifs médicaux – qui ont des traits communs :

- ils sont moins connus et commentés ;
- pourtant ce sont des secteurs importants, en valeur (une quinzaine de Md€ pour les prestations en espèces et 19 pour les dispositifs médicaux) d'une part, en « utilité » d'autre part ;
- le taux de prise en charge par l'assurance maladie est moyen (cas des IJ) ou faible, voire marginal pour certains biens ou prestations ; il n'existe pas toujours de prix limite de vente. De ce fait le reste à charge des ménages est relativement élevé. L'intervention des couvertures complémentaires est forte – c'est le symétrique du faible engagement du régime de base ; mais elle est inégale ;
- les problèmes de la « gestion du risque » se posent de façon originale compte tenu de ces caractéristiques.

*
* * *

Le rapport du HCAAM pour 2008 ne comprend pas de volet hospitalier en raison du calendrier des travaux du Conseil qui traitera ce sujet majeur à l'automne 2008.

Le conseil examinera la note et le projet d'avis sur le médicament lors de la séance du 25 septembre 2008.

**Rapport 2008 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
adopté le jeudi 10 juillet 2008**

les délégations CFE-CGC, CGT et CGT-FO reconnaissent l'intérêt des analyses présentées
mais n'ont pas adopté le rapport

SOMMAIRE

CHAPITRE I - Situation financière	5
1) Evolution du déficit.....	5
2) Evolution des recettes	5
3) Evolution des dépenses	7
4) Prévisions 2008/2011 : les contraintes du retour à l'équilibre.....	10
CHAPITRE II - Le système de prise en charge.....	11
SECTION I - Le partage actuel entre base, complémentaire et ménages	11
Sous Section I : Prestations en nature	11
A) Dans le champ de la dépense présentée au remboursement.....	11
1) Les caractéristiques structurelles du partage.....	11
2) Prise en compte du revenu dans le système d'assurance maladie	16
3) Evolutions	16
B) Dans le champ de la dépense non présentée au remboursement.....	17
C) Disparités dans la protection complémentaire	17
1) Contrats collectifs obligatoires en entreprise et autres contrats.....	17
2) Analyse des contrats modaux.....	20
Sous Section II : Prestations en espèces (régime général, hors sections mutualistes)	21
I - Les arrêts maladie (les indemnités journalières, IJ)	21
1) L'assurance maladie assure une part de la dépense moins forte que pour les prestations en nature.....	21
2) Les entreprises sont légalement tenues de compléter les IJ de l'assurance maladie	21
3) La protection complémentaire non légalement obligatoire constitue un troisième étage, par définition inégale.	22
4) L'assurance individuelle par les salariés du régime général est faible	22
II - Les pensions d'invalidité.....	22
1) La sécurité sociale n'assure que des pensions modestes	22
2) La protection complémentaire de prévoyance	22
SECTION II - Eléments de réflexion sur le partage entre les régimes de base et les couvertures complémentaires.....	24
I - Deux remarques préalables.....	24
1) C'est par commodité de langage qu'on parle d'un partage entre AMO et AMC.....	24
2) L'analyse d'une réforme de la place des complémentaires se déploie sur deux approches radicalement différentes	24

II - Eléments de débat sur l'aménagement de la ligne actuelle de partage entre AMO et OCAM	25
A) Les objectifs envisagés.....	25
1) Pour accroître l'intervention de l'assurance maladie.....	25
2) Pour stabiliser le taux d'intervention de l'assurance maladie.....	26
B) L'intervention des organismes de couverture complémentaire.....	28
1) Garanties des assurés	28
2) Les moyens des opérateurs	28
3) L'encadrement des contrats	28
C) Sur quelle référence faut-il réfléchir en termes financiers ?	29
1) Le rapport du HCAAM de juillet 2007 avait analysé les termes de la soutenabilité de long terme de l'assurance maladie.....	30
2) Cette approche appelle cinq remarques	31
D) Quelles conséquences pour les ménages ?	32
1) L'augmentation de la cotisation de l'AMC se traduirait, toutes choses égales par ailleurs, par une augmentation du taux d'effort	32
2) Faut-il alors admettre ou corriger l'augmentation du taux d'effort qui pourrait s'exercer sur ces ménages ?.....	33
E) Quels types de transfert pour les prestations en nature ?.....	38
E1) La spécialisation par domaines.....	38
1) Les prothèses dentaires	38
2) L'optique.....	39
3) Les audioprothèses.....	39
E2) L'accroissement de la part des OC et/ou des ménages pour des dépenses où les deux payeurs interviendraient conjointement	39
1) Les formules qui sollicitent les ménages en fonction de leurs dépenses	39
2) Les formules qui sollicitent les ménages de façon moins dépendante (ou quasi indépendante) de leur consommation	45
3) Les formules précitées peuvent être ou non associées à un mécanisme de bouclier (avec ou pas modulation en fonction du revenu).	46
F) Quels types de transfert pour les prestations en espèces	47
1) Le HCAAM a évoqué le transfert aux employeurs des arrêts maladie de courte durée au double motif.....	47
2) Dans une approche plus conservatrice on peut diminuer les conditions de prise en charge par l'AMO.....	48
G) Transferts vers d'autres institutions que les OC/maladie.....	49
CHAPITRE III - Approches sectorielles.....	50
SECTION I - Les prestations en espèces.....	50
A) Les règles d'indemnisation	50
1) Le système d'indemnisation est complexe	50
2) Si on connaît avec précision les conditions de prise en charge pour le régime de base des II maladie, ce n'est pas le cas pour les dispositifs qui viennent les compléter (2ème et 3ème étages).	51
3) Le taux de remplacement des arrêts maladie décroît avec le temps	54
4) En résumé, on peut comparer les régimes de prise en charge	56
5) Les conditions de prise en charge de l'invalidité.....	57
B) Les pistes de réflexion du Haut conseil.....	58

SECTION II - Les dispositifs médicaux.....	68
A) Le marché est important et il est en croissance.....	68
1) Le marché est important.....	68
B) L'administration du marché des dispositifs médicaux	69
1) La mise sur le marché et la surveillance d'un DM sont plus ou moins constraining selon les risques qu'il présente	69
2) Les conditions de la prise en charge par l'assurance maladie diffèrent selon le lieu d'utilisation du DM	70
3) Pour tous les DM remboursables, un tarif est fixé.....	72
4) Le régime des tarifs et prix des prothèses dentaires	73
5) Les conditions de délivrance des produits et prestations évoluent	74
6) Le marché reste opaque	74
C) La répartition de la prise en charge des DM ambulatoires.....	75
1) Près de la moitié des assurés a une dépense au titre d'un DM dans l'année	75
2) Sur la base du tarif de responsabilité, le taux moyen de remboursement de l'ensemble des DM remboursés par le régime général de 84%	75
3) Du fait des écarts entre prix du marché et tarifs, le taux de prise en charge par les régimes d'assurance maladie est de 34% et varie considérablement selon les segments du marché	76
4) Des concours publics viennent améliorer le taux de prise en charge	76
5) La prise en charge par les OCAM varie considérablement	77
6) Pour les ménages le reste à charge sur les DM représente 37% du RAC sur l'ensemble de leurs dépenses de santé	78
D) Les voies d'amélioration de la prise en charge avancées par le Haut conseil dans son avis du 29 mai 2008 :.....	80
ANNEXES AU RAPPORT 2008.....	87
ANNEXE 1 - Les exonérations de cotisations.....	89
ANNEXE 2 - Les prestations du régime local d'Alsace-moselle.....	91
ANNEXE 3 - Extraits du rapport 2007 du HCAAM	93

CHAPITRE I - SITUATION FINANCIERE

1) Evolution du déficit

En 2007, le déficit de la CNAMTS s'est établi à 4,7Md€ en repli de 1,2Md€ sur 2006. Celui de la section maladie du FFIPSA s'est accru de 0,5Md€. Le déficit de l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie est ainsi de 6Md€ en léger recul (0,5Md€) en 2007 par rapport à 2006.

Pour l'année 2008, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) prévoyait la poursuite de cette amélioration, avec un déficit de 4,1Md€ pour l'ensemble des régimes de base. Mais le comité d'alerte dans son avis du 30 mai 2008 a estimé que l'objectif des dépenses dans le champ de l'ONDAM devrait être dépassé d'un montant estimé entre 500 et 900M€, tandis que la CCSS de juin 2008 évaluait le dépassement à 700M€.

Toutefois les pouvoirs publics ont marqué leur volonté de prendre rapidement des mesures permettant de résorber ce dépassement de 700M€.

Tableau 1 - Soldes de la branche maladie (régimes de base et FFIPSA)

<i>En milliards d'euros</i>	2004	2005	2006	2007	LFSS 2008
Régime général	-11,6	-8,0	-5,9	-4,7	-4,2
Ensemble des régimes de base	-11,6	-8,1	-5,8	-4,9	-4,1
FFIPSA, part maladie		-0,85	-0,7	-1,2	-1,4
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-11,6	-8,9	-6,5	-6,0	-5,5

Sources : DSS-SDEPF/6A pour les années 2004 à 2007, LFSS pour 2008 et annexe 8 du PLFSS 2008.

Le taux de déficit (déficit/dépenses dans le champ de l'ONDAM) fléchit de un point : de 4,6% en 2006 à 3,6% en 2008 (prévisionnel) poursuivant le mouvement amorcé depuis 2004 où le taux de déficit se situait à 8,9%.

Le taux de déficit se réduirait ainsi de la moitié entre 2004 et 2008.

2) Evolution des recettes

a) Les grandes catégories de recettes

a1) Les recettes de la CNAMTS ont évolué plus vite ces dernières années que la tendance moyenne de 4% correspondant à la croissance potentielle du PIB et de la masse salariale en valeur.

Néanmoins, en 2007, l'augmentation des recettes nettes est beaucoup plus modérée et se rapproche de celle du PIB en valeur, respectivement +4,9% et +4,7%.

Tableau 2 – Evolution des recettes et du PIB

	2004	2005	2006	2007
Recettes¹ de la CNAM- maladie	4,6%	6,8%	5,8%	4,9%
PIB (en valeur)	4,1%	4,0 %	4,7 %	4,7%
PIB (en volume)	2,5 %	1,9 %	2,2 %	2,2%

Sources : rapports et notes de conjoncture de la CCSS pour les recettes et INSEE-Comptes nationaux pour le PIB.

Compte tenu du poids des recettes de sécurité sociale assises sur la masse salariale, on peut estimer grossièrement l'impact de la conjoncture à travers cet indicateur. Encore réduite en 2005, l'évolution de la masse salariale privée s'est accélérée de 1 point en 2006 (4,3% contre 3,4% en 2005) et de 0,5 point en 2007 (+4,9%).

Tableau 3 – Masse salariale du secteur privé

	Evolutions en moyenne annuelle		
	2005	2006	2007
Masse salariale du secteur privé en comptabilité nationale	3,2%	4,3%	4,8%
Masse salariale du secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%

Source : rapports et note de conjoncture de la CCSS

Les recettes de CSG attribuée aux régimes maladie ont progressé de 5,4% en 2007 pour atteindre 56,7Md€.

a2) Evolution des compensations d'exonérations

Le mécanisme de compensation à l'euro l'euro a été supprimé à compter de 2007 et la compensation est assurée par l'affectation à la sécurité sociale d'un panier de recettes fiscales.

La LFSS pour 2007 avait évalué les allégements généraux à 20,2Md€, en encassements-décaissements et prévu le panier en conséquence. Mais ce panier de recettes fiscales a dû être complété pour couvrir l'écart intervenu par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2007. Cet écart de 1,2Md€ résulte de trois éléments :

- 430M€ au titre de pertes de recettes induites par les allégements généraux au cours de l'exercice 2006 ;
- 700M€ au titre de régularisations relatives aux allégements « Fillon » ;
- 100M€ au titre de la loi sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (TEPA).

La LFR 2007 a ainsi complété le panier de recettes fiscales en transférant à la sécurité sociale une part de la taxe sur les salaires (5%) et des droits de consommation sur les tabacs (5,21%) jusque-là affectée à l'Etat.

Finalement, le bilan 2007 présente un excédent de 154M€ en encassements-décaissements et de 37M€ en droits constatés (dont +40M€ relatifs aux opérations afférentes à 2007 et -3M€ d'insuffisance des recettes fiscales enregistrées en 2008 au titre de 2007).

¹ On reprend ici la notion de « produits nets » présentée par la CCSS qui s'appuie sur les résultats comptables mais neutralise les effets comptables des dotations (en charges) et reprises de provision (en produits). C'est le concept qui retrace le mieux la réalité de la situation des recettes, même s'il reste purement « comptable » et peut s'éloigner de la « réalité économique ».

a3) La dotation de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le versement annuel a été de 410M€ en 2007 après 330M€ en 2006, en retrait par rapport au bas de la fourchette de la Commission ad hoc.

b) Recettes non pérennes

Deux mesures non pérennes ont mises en place en 2007, améliorant les recettes pour la seule année en cause :

- la généralisation du prélèvement à la source sur certains produits de placement à revenu fixe (intérêts des comptes épargne logement) a rapporté 330M€ à la CNAMTS ;
- l'élargissement du champ et la modification du calendrier de versement des acomptes versés au titre des prélèvements sur les placements dont le produit est de 200M€ pour la CNAMTS.

c) Evolution des assiettes exonérées et qui ne font pas l'objet d'une compensation

On assiste au développement de certaines de ces assiettes. C'est le cas notamment de l'intéressement et de la participation (favorisée par la loi du 30 décembre 2006) et dont on sait que les pouvoirs publics entendent le développer davantage, notamment dans les petites entreprises. C'est le cas aussi de la prévoyance en entreprise.

L'ensemble des exonérations de cotisations dans le champ du régime général sont présentées à l'annexe 1.

En sens inverse, l'article 13 de la LFSS pour 2008 institue au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires une contribution patronale de 10% et salariale de 2,5% sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites : 250M€ ont été affectés à la CNAMTS.

3) Evolution des dépenses

d) Les dépenses du champ de l'ONDAM

a1) Evolution de la dépense brute sur les trois champs de l'ONDAM

Le rythme de croissance de l'ONDAM s'est accéléré en 2007 avec un taux de 4%, essentiellement sur les dépenses de soins de ville (+4,6%).

La LFSS pour 2008 prévoit une progression de l'ONDAM de 2,8%. Les prévisions actuelles du comité d'alerte pour 2008 conduisent à un dépassement compris entre 500 et 900M€.

Tableau 4 – Décomposition des dépenses dans le champ de l'ONDAM

	Objectifs 2007 arrêtés^(*) (Md€)	Ecart/objectif 2007 (Md€)	Variation par rapport à l'année précédente			
			2004	2005	2006	2007
Soins de ville	66,7	3,1	4,3%	3,1%	2,6%	4,6%
Établissements sanitaires	65,6	-0,2	4,5%	4,4%	3,0%	3,3%
Médico-social	11,8	0,0	9,0%	7,8%	6,4%	6,7%
Autres	0,7	0,1			14,4%	3,6%
ONDAM	144,8	3,0	4,9%	4,0%	3,1%	4,2%
PIB en valeur			4,1%	4,0 %	4,7 %	4,7%

Source : rapport de la CCSS de juin 2008

() : Les écarts entre les objectifs arrêtés et ceux votés lors de la LFSS pour 2007 proviennent des transferts de fongibilité qui ont globalement un impact nul.*

Cette évolution appelle deux commentaires :

- sur quatre ans les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont progressé un peu moins vite que le PIB en valeur (+16,9 contre 18,7%) ;
- les dépenses de l'ONDAM médico-social connaissent une forte progression (un tiers entre 2004 et 2007).

Si l'on déflate l'ONDAM en valeur par l'évolution des prix de la CSBM, on obtient une estimation de l'ONDAM en volume que l'on peut comparer avec l'évolution du PIB en volume. Sur trois ans, les dépenses en volume dans le champ de l'ONDAM ont progressé beaucoup plus rapidement (+8,2%) que le PIB en volume (+6,7%).

	2004	2005	2006
ONDAM en volume	3,3%	2,4%	2,3%
PIB en volume	2,5%	1,9%	2,2%

Source : Insee, comptes nationaux pour le PIB, calculs secrétariat général HCAAM

a2) Evolution de la dépense remboursée

Le taux de prise en charge a connu un très léger fléchissement, soldé entre la progression des dépenses sans ticket modérateur (notamment celles des assurés en ALD) d'une part, des mesures réglementaires qui ont accru la participation des ménages d'autre part.

Le rapport du HCAAM de juillet 2007 les avait chiffrées à 2Md€. Celles des mesures² prises à la suite du comité d'alerte de juin 2007 qui ont modifié les conditions réglementaires de prise en charge ont généré des économies évaluées à moins de 200M€ sur 2007 (350M€ en année pleine).

L'institution de franchises sur les médicaments, les soins infirmiers et les transports sanitaires fait glisser 850M€ de l'assurance maladie sur les ménages en 2008.

**Tableau 5 – Evolution de la CSBM
et des principaux taux de prise en charge**

	2004	2005	2006
Taux de croissance de la CSBM	5,1%	4,4%	3,5%
Ratio dépense remboursée/CSBM ^(*)	77,3%	77,2%	77,0%
Ratio dépense remboursée/dépense présentée au remboursement	82,9%	82,8%	82,8%
Ratio dépense remboursée/dépense reconnue	87,0%	86,8%	86,8%

Source : DREES, Comptes de la santé 2006 (septembre 2007)

() Ce ratio correspond au taux de prise en charge par la sécurité sociale défini par la Drees.*

² Notamment la réforme du plafond journalier du forfait de un euro et l'accroissement de la pénalité en cas de consultation hors parcours.

Tableau 6 – Ventilation de la CSBM par nature de dépenses en 2000, 2004, 2005 et 2006

	2000		2004		2005		2006	
	Structure	Montants (Md€)						
CSBM	100,0	115,1	100,0	144,9	100,0	151,2	100,0	156,6
<i>Médicaments non remboursables, certaines lentilles oculaires, ...</i>	4,7	5,4	5,0	7,2	4,9	7,4	4,9	7,7
Dépense remboursable	95,3	109,7	95,0	137,7	95,1	143,8	95,1	148,9
<i>Médicaments remboursables non présentés au remboursement, soins non présentés au remboursement</i>	2,1	2,4	1,8	2,6	1,8	2,7	2,0	3,2
Dépense présentée au remboursement	93,2	107,3	93,3	135,1	93,3	141,1	93,1	145,7
<i>Dépassements</i>	4,0	4,6	4,5	6,5	4,4	6,6	4,3	6,8
Dépense reconnue	89,2	102,7	88,8	128,6	88,9	134,5	88,7	138,9
<i>Ticket modérateur, forfait journalier</i>	12,2	14,0	11,5	16,7	11,7	17,7	11,7	18,3
Dépense remboursée	77,1	88,7	77,3	111,9	77,2	116,8	77,0	120,6

Source : DREES, Comptes de la santé 2006 (septembre 2007)

(*) Sont compris ici les dépassements sur les honoraires médicaux et dentaires

a3) Evolution des IJ maladie

Les indemnités journalières maladie ont progressé de 2,5% en 2007 en raison d'une accélération des IJ de moins de 3 mois (+4,3%).

**Tableau 7 – Les indemnités journalières maladie (Régime général)
en millions d'euros**

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total	5 236	5 335	+1,9%	5 231	-1,9%	5 373	+2,7%
dont IJ – 3 mois	2 971	3 052	+2,7%	3 039	-0,5%	3 170	+4,3%
dont IJ + 3 mois	2 265	2 283	+0,8%	2 192	-4,1%	2 203	+0,5%

Source : rapport de la CCSS de juin 2008

e) Les prestations maladie hors ONDAMb1) Evolution des dépenses liées à la maternité

Les dépenses liées à la maternité ont progressé plus lentement en 2007 (+1,6%) que les années précédentes pour atteindre 2,6Md€.

**Tableau 8 – Les indemnités journalières maternité (Régime général)
en millions d'euros**

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 651	1,6%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 447	1,4%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	204	3,6%

Source : rapport de la CCSS de juin 2008 (DSS –SDEPF/6A)

b2) Les dépenses d'invalidité

Les pensions d'invalidité atteignent 4,4Md€ en 2007. Leur rythme de croissance décroît régulièrement.

Tableau 9 – Les pensions d'invalidité (régime général)

en millions d'euros

	2004	2005	2006	2007
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%

Source : rapport de la CCSS de juin 2008 (DSS –SDEPF/6A)

f) Les autres dépenses

- dépenses de gestion : 5,2Md€
- dépenses d'action sanitaire et sociale : 419,7M€
- dépenses de prévention : 393,7M€
- charges financières : 255,1M€

4) Prévisions 2008/2011 : les contraintes du retour à l'équilibre

Les pouvoirs publics se sont assigné deux objectifs :

1° régler le sort de la dette accumulée depuis le dernier transfert à la CADES (rappelons que si la solution retenue était de la transmettre à cette caisse, il conviendrait d'accroître ses recettes pour ne pas différer la date de fin d'amortissement de sa dette).

2° parvenir pour l'ensemble du régime général à l'équilibre en 2011. A supposer que la croissance de la dépense dans le champ de l'ONDAM n'excède que de 1/3 de point celle du PIB en valeur sur les 3 ans à venir – c'est à peu près le rythme des dernières années et c'est un peu au-dessous du chiffre à moyen terme que le HCAAM avait retenu dans son rapport de 2007 -, il faudrait améliorer le compte de 2008 de 9,8/10,3Md€ (rebasage à hauteur de 6,2Md€, progression de 1,6Md€ de l'ONDAM et dérives spontanée du taux de prise en charge de 2 à 2,5Md€).

Rappelons que 10Md€ représentent :

- 0,9 point CSG (valeur 2008)
- 5 points de taux de prise en charge par l'assurance maladie.

CHAPITRE II - LE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE

SECTION I - LE PARTAGE ACTUEL ENTRE BASE, COMPLEMENTAIRE ET MENAGES

Sous Section I : Prestations en nature

A) Dans le champ de la dépense présentée au remboursement

Cette dépense représente 93% de la CBSM.

1) Les caractéristiques structurelles du partage

Elles varient suivant les segments du marché.

a) Le schéma dominant associe

- des tarifs opposables ; il y a identité entre les paiements des assurés et les bases sur lesquelles l'assurance maladie calcule ses remboursements ;
- un taux de ticket modérateur ou de forfaits plutôt modéré. Ainsi dans le champ des soins de ville, le taux global de ticket modérateur est de l'ordre de 30% ; dans les établissements de santé, le taux de TM – lorsqu'il s'applique est de 20% et le forfait journalier est de 17€ ;
- la puissance des exonérations. Les deux plus importantes portent sur :
 - * les soins des assurés en ALD « en rapport » avec la maladie exonérante,
 - * les actes techniques en établissements de santé dès que leur prix dépasse 91€.
- l'intervention des couvertures complémentaires (massivement diffusées puisque 92% de la population dispose d'une couverture complémentaire ou de la CMUC). Elle porte sur :
 - * le ticket modérateur (pris très fréquemment en charge à 100%),
 - * le forfait journalier (sur une durée qui couvre l'essentiel - en nombre - des séjours hospitaliers).

Sur ce type de soins, le RAC final des assurés est la plupart du temps nul.

b) Les autres schémas

b1) Sur des segments très limités du marché, on a

- un taux de TM plus élevé ; c'est le cas pour une partie des médicaments (taux apparents de 15 et de 35% ; taux réels ramenés à environ 4% et 26% après application de la franchise de 0,5€ par boîte) ;
- une couverture « incomplète » par les complémentaires. Pour les médicaments à 15%, la situation la plus fréquente est la non prise en charge ; pour les médicaments à 35%, la prise en charge est la formule de loin la plus répandue (cependant certaines mutuelles limitent le taux cumulé base/complémentaire à 70%).

b2) A hauteur de chiffres plus importants, l'assuré supporte des dépassements

On les évalue à 10,8Md€ (7,6% de la dépense présentée au remboursement).

La moitié des personnes assurées supportent au moins un dépassement dans l'année. Mais ils sont très différents en termes de fréquence et de montant.

On peut les classer en trois catégories :

b21) Les dépassements d'honoraires « en ville » (1,5Md€).

C'est le fait :

- des médecins de secteur 1 pour des consultations « atypiques » (exigence particulière et consultations « hors parcours ») : 300M€ ;
- des médecins du secteur 1 DP et de secteur 2. Le champ de leurs dépassements n'est pas limité et le montant du dépassement est libre pour autant que le médecin les fixe avec tact et modération : 1,2Md€.

Ces dépassements sont fréquents mais de valeur unitaire limitée (de quelques euros à quelques dizaines d'euros).

Ils sont parfois pris en charge – en tout ou partie - par les couvertures complémentaires.

Ainsi dans l'analyse faite par la DREES sur les contrats modaux, et pour une consultation de spécialiste de 60€³, 2/3 des contrats calent la prise en charge sur le tarif conventionnel et le taux moyen de prise en charge pour l'ensemble des contrats est de 120% de ce tarif.

Lorsque la couverture complémentaire intervient, le RAC des ménages est alors nul ou très faible. Lorsque ce n'est pas le cas, le RAC reste modéré (sauf pour les assurés qui ont un nombre élevé de C/V en secteur 2).

b22) Les dépassements d'honoraires en établissements de santé (0,5Md€).

Dans ce cas, le montant du dépassement est d'un autre ordre de grandeur pouvant atteindre plusieurs centaines (voire plusieurs milliers) d'euros.

Le rapport de l'IGAS (2007) a ainsi analysé quatre séquences de soins dont l'acte principal a supporté un dépassement. On a les résultats suivants.

Tableau 10 – Les dépassements sur des séquences des soins en établissement de santé

	Accouchement	Chirurgie du cristallin	Prothèse de hanche	Coloscopie
Fréquence	52%	71%	72%	66%
Dépassement moyen en euros	74 (hôp. publics) et 178 (clinique)	91/200	225/454	60/105
Minimum	7/14	7/13	7/25	5/8
Maximum	167/377	189/465	567/964	110/226
Honoraires totaux moyens en euros	181/403	188/472	400/1 030	148/280
Dépassement / honoraires totaux hors dépassement	69%/79%	94%/74%	129%/79%	68%/60%

Source : Les dépassements d'honoraires médicaux, IGAS, avril 2007.

Lecture : pour les accouchements, il y a dépassement dans 52% des cas (fréquence) ; le dépassement moyen sur l'ensemble de la séquence est de 74€ dans les hôpitaux publics et 178 en clinique ; rapporté au total des honoraires (181€ à l'hôpital et 403€ en clinique), il représente 69% et 79% de ces honoraires diminués du dépassement.

³ La plupart des consultations en secteur 2 se font au dessous de cette valeur.

Ces dépassements sont parfois pris en charge – en tout ou partie - par les couvertures complémentaires. Le RAC des ménages est alors nul ou modéré. Lorsque ce n'est pas le cas, le RAC peut alors être élevé et durement pénalisant pour les ménages modestes qui n'ont parfois pas d'alternative de secteur à tarif opposable.

b23) Une part importante du marché des dispositifs médicaux (DM) (8,8Md€)

C'est le cas notamment en optique, pour les prothèses dentaires et les audioprothèses. La prise en charge par l'assurance maladie est faible, voire marginale ; il n'y a pas de prix limite de vente.

Les dépassements représentent 60% des prix (marché des DM en soins de ville).

Les couvertures complémentaires en prennent en gros la moitié ; mais de façon très différenciée selon les contrats.

Le RAC final des ménages est souvent élevé, en pourcentage du prix et en valeur absolue puisque les biens de l'espèce coûtent de quelques dizaines à quelques milliers d'euros.

c) Les biens et prestations pour lesquels on dissuade les OC de prendre en charge le reste à charge.

En proscrivant la couverture du RAC par les complémentaires on cherche à modifier le comportement des assurés.

La dissuasion provient notamment de ce que le maintien des avantages fiscaux et sociaux des contrats de complémentaires est subordonné à la non prise en charge de certains RAC.

c1) Forfaits et franchises

- on a institué en 2005 le forfait de 1 euro sur les consultations et visites d'une part, les actes de biologie d'autre part. Il existe des exonérations (CMUC et AME, femmes enceintes, enfants de moins de 18 ans) ; mais les assurés en ALD – qui ont de fréquents recours ces biens et services – supportent le forfait d'un euro. On estime que 36,6 millions de personnes sont dans la cible (population totale de 63M de personnes moins 19,5M de personnes exonérées et 6,5M de non consommateurs).
- on a institué en 2008 une franchise sur les médicaments (0,5€ par boîte), sur les actes infirmiers (0,5€ par acte) et sur les transports (2€). Le régime des exonérations est calé sur celui qui a été retenu pour le forfait de 1 euro. On estime le nombre de personnes de la cible à 31M, chiffre un peu moins élevé que pour le forfait de un euro compte tenu du nombre de non consommateurs.

Comme la dispersion de consommation des services et biens précités est forte, on a associé à ces forfaits/franchises deux mécanismes de plafond fixés l'un et l'autre à 50€.

Les enjeux financiers :

- les sommes en jeu sont évaluées à près de 1,5Md€;
- le plafond concerne une minorité significative des assurés pour le forfait de un euro et plus de 4,5M pour la franchise⁴ ;
- les forfaits/franchises qui ne sont pas « levés » du fait des plafonds sont évalués à 230M€ pour la franchise sur le médicament ;
- le forfait d'un euro est en moyenne de 16,4€/an (600M€/36,6M) ;
- la franchise est en moyenne de 27€/an (850M€/31).

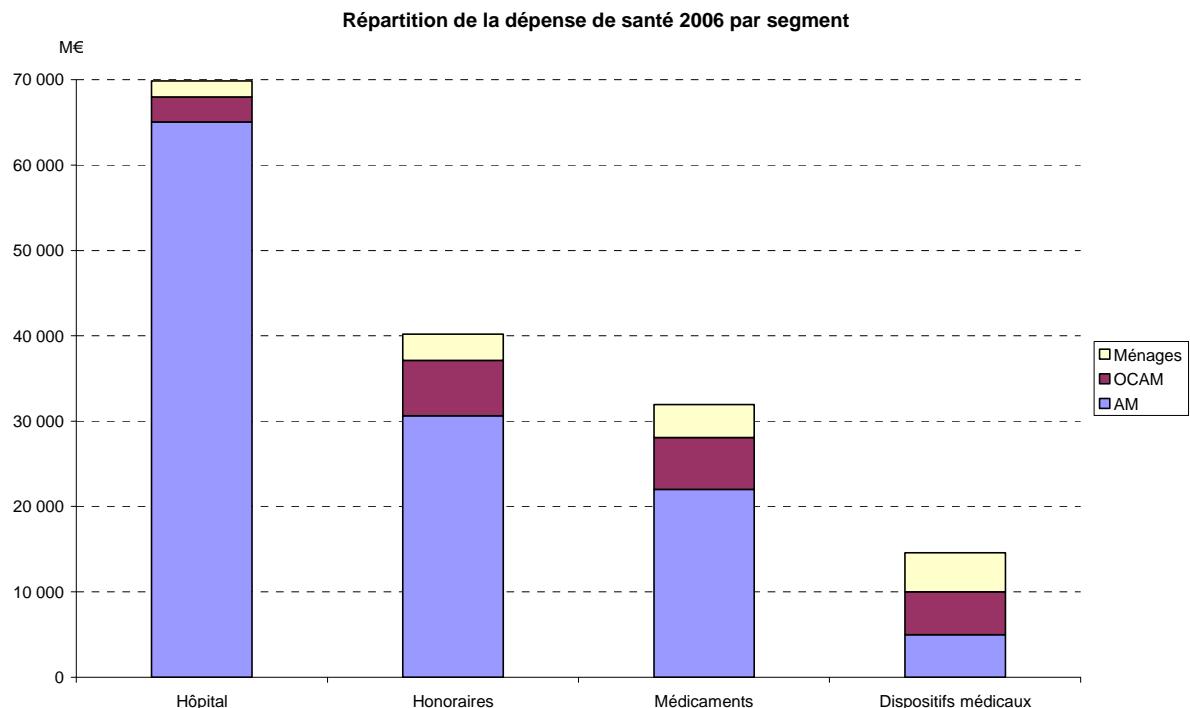
⁴ Ce chiffre est calculé comme si la franchise ne s'appliquait que sur le médicament.

c2) Pour favoriser le « parcours de soins » on a institué un double système de malus pour les consultations « hors parcours » : moindre remboursement par le régime de base (5€/CS), autorisation d'un dépassement pour les médecins de secteur I (8€/C)

Les OC, dans le cadre des contrats responsables, ne peuvent pas compenser le moindre remboursement et ne doivent pas prendre en charge les dépassements précités.

d) Consolidation : clés de partage entre assurance maladie, OCAM et ménages

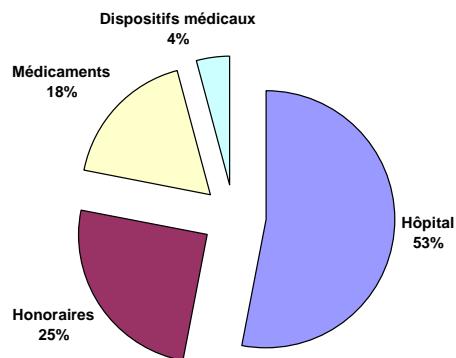
- par segments principaux de marché



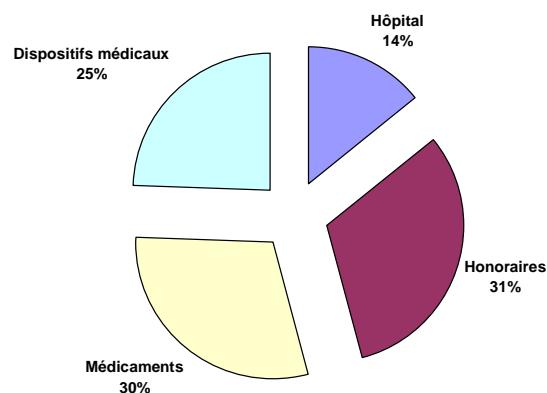
Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2006 (septembre 2007)

- par agent

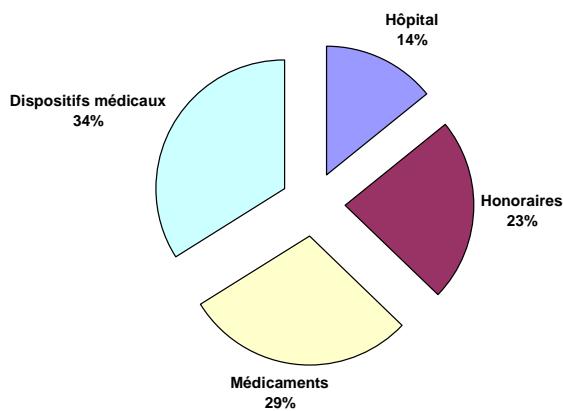
Répartition de la dépense de santé pour l'Assurance maladie (2006)



Répartition de la dépense de santé pour les OCAM (2006)



Répartition de la dépense de santé pour les ménages (2006)



2) Prise en compte du revenu dans le système d'assurance maladie

a) Financement

Le régime de base fait appel pour près de 90% de ses recettes à des prélèvements proportionnels au revenu.

Au contraire, comme la cotisation de la majorité des couvertures complémentaires tient compte du risque et que celui-ci ne varie guère avec le revenu, elle est forfaitaire pour un niveau de garantie donné.

b) Prise en charge

- dans le régime de base, on ne tient compte du revenu des assurés que de façon marginale (taux préférentiel de TM pour les allocataires du minimum vieillesse) ou « oblique » (le régime de la CMUC « neutralise » les RAC des assurés les plus pauvres) ;
- dans les couvertures complémentaires, la norme est de ne pas tenir compte, pour un niveau donné de garanties, du revenu des cotisants.

3) Evolutions

a) Tendance de long terme

Passée la période de généralisation de la sécurité sociale et de la montée en puissance des couvertures complémentaires, le partage entre l'assurance maladie, les OCAM et les ménages n'a pas connu de bouleversement.

Le taux d'engagement de la sécurité sociale dans la dépense reconnue ne varie que de façon très faible, résultat de mouvements de sens contraire :

- * dans le sens d'une augmentation, la croissance des ALD, le vieillissement, le glissement structurel de la consommation de médicaments vers les spécialités à fort taux de remboursement et la vive progression de l'ONDAM médico-social ;
- * dans le sens d'une diminution, la décroissance relative des dépenses hospitalières dont le taux de prise en charge est supérieur à celui des soins de ville et les mesures réglementaires d'augmentation du RAC.

La légère progression du taux de détention de contrat de complémentaire (y compris CMUC) dans la population et l'amélioration des garanties expliquent la montée relative des OCAM dans le partage du RAC, mouvement atténué par l'institution de forfaits et franchises non réassurables.

b) Depuis 2004

Le HCAAM dans son rapport de 2007 avait chiffré à 2Md€ l'incidence des mesures qui affectent le partage de la dépense reconnue entre les agents.

L'institution des franchises sur le médicament, les soins infirmiers et les transports sanitaires au 1^{er} janvier d'une part, le durcissement des pénalités pour les honoraires « hors parcours » a fait glisser plus de 900M€ (en année pleine) de l'assurance maladie vers les ménages.

B) Dans le champ de la dépense non présentée au remboursement

Le champ d'intervention des OCAM ne s'identifie pas complètement à celui de l'assurance maladie. Les éléments de différenciation relèvent de la dépense non remboursable, prescrite ou non (plus de 7Md€ en 2006) :

- les médicaments non remboursables (3,7Md€) ; l'intervention actuelle des OCAM est marginale
- l'automédication (environ 2,7Md€), c'est-à-dire les produits à prescription médicale facultative (PMF) non remboursables. Elle reste faible en France, du fait notamment que l'immense majorité des produits PMF (73% des unités et 66% du chiffre d'affaires) est remboursable ; sur ce segment, l'intervention des OCAM est marginale
- une part non chiffrée mais vraisemblablement non négligeable de la dépense sur les dispositifs médicaux (implants dentaires, lentilles oculaires ...) ;
- une part des dispositifs de prévention (certains vaccins, sevrage tabagique, pilule de troisième génération ...).

Pour ces derniers items, l'intervention des OCAM se développe rapidement.

C) Disparités dans la protection complémentaire

1) Contrats collectifs obligatoires en entreprise et autres contrats

a) Les contrats collectifs obligatoires en entreprise

Ils opèrent une mutualisation au sein du groupe de personnes assurées.

La cotisation est globale si bien que, par rapport à la logique classique de tarification, elle opère, toutes choses égales par ailleurs, un transfert au profit des salariés âgés, des agents aux salaires faibles et des familles nombreuses. Cette mutualisation est encore accrue lorsque la cotisation est proportionnelle au salaire ce qui serait le cas de 30% des contrats collectifs en entreprise.

L'employeur participe au financement dans 85% des cas et en moyenne à près de 60%.

Un régime fiscal et social d'exonérations fait que la charge réelle de la cotisation des employeurs et des salariés est sensiblement abaissée.

Compte tenu de ces caractéristiques financières, les contrats collectifs offrent souvent des garanties plus élevées que les contrats individuels.

Les différences de niveau de garantie en fonction des catégories de salariés (de fait au bénéfice des cadres) ne sont pas bien connues. On sait cependant (enquête IRDES 2008) que la cotisation des ménages de salariés bénéficiant de contrats collectifs en entreprise augmente avec le revenu, ce qui pourrait s'expliquer par un meilleur niveau de garanties (qui résulterait soit de l'adoption explicite de garanties différentes selon les catégories de salariés qui mettent en œuvre de tels contrats soit de la densité de cadres dans les entreprises qui par leur taille et le secteur économique de leur activité offrent des « bons contrats »).

b) Les autres contrats

La cotisation est à la charge intégrale de l'assuré ; elle est donc – à garanties égales – nettement plus coûteuse, d'autant plus qu'interviennent d'autres facteurs (le coût du risque est plus élevé dans les contrats individuels du fait de l'antisélection ; les frais d'acquisition du contrat sont plus élevés ; la structure démographique n'est pas la même que dans les contrats collectifs).

b1) La cotisation

- est, pour un niveau de garantie donné, normalement indépendante du revenu de l'assuré (solution cohérente avec la logique de l'assurance puisque le RAC ne varie pas sensiblement avec le revenu). Il est vrai que les garanties des contrats des ménages les plus aisés sont meilleures (notamment en optique et dentaire). Mais comme les contrats couvrent de façon homogène une grande partie des soins (90% des honoraires de médecins, l'essentiel du médicament ou du RAC dans les établissements de santé) la variation effective de la cotisation avec le revenu (qui tient compte du différentiel de niveau des garanties) est faible. Selon l'étude IRDES précitée, et pour les contrats acquis à titre individuel, la prime croît de 20% quand le revenu augmente de 130%.
- augmente avec l'âge (pour les couvertures individuelles, la prime des ménages de plus de 65 ans est le double de celle des moins de 30 ans⁵; un tiers des premiers paye plus de 1430€ contre 4% pour les seconds) et le nombre de personnes protégées. Selon la DREES, dans 70% des contrats modaux étudiés, la cotisation tient compte de l'âge.
- la cotisation varie souvent avec le lieu de résidence de l'assuré (compte tenu notamment de la dispersion dans la fréquence des dépassements).
- les garanties varient considérablement selon les contrats mais elles sont en moyenne inférieures à celles des contrats collectifs.

Contrariant la logique de l'assurance sur un marché concurrentiel, on observe des variations sensibles dans les politiques de tarification. Certains opérateurs par exemple essaient de modérer l'augmentation des cotisations avec l'âge (c'est le cas de nombreuses mutuelles de la fonction publique ou de PRO BTP par exemple) ou tiennent compte du revenu (la cotisation est proportionnelle au traitement dans la limite d'un plafond).

b2) La situation particulière des couvertures complémentaires des fonctionnaires

Le régime des contrats a été modifié par la loi de 2006. Les décrets d'application du 19 septembre 2007 s'appliquent aux seuls fonctionnaires de l'Etat de ses établissements publics.

- les aides indirectes dont bénéficiaient les mutuelles de fonctionnaires au titre de l'arrêté Chazelle ont été supprimées (elles étaient d'ailleurs très faibles ; la MGEN les chiffrait à 5€/an/personne soit environ 1% des cotisations⁶). Le nouveau régime prévoit la possibilité (mais pas l'obligation) pour l'employeur de cofinancer la couverture complémentaire pour autant que les contrats soient « solidaires », c'est-à-dire respectent un certain nombre de conditions :

- * les contrats garantissent la mise en œuvre des dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités
- * le rapport entre la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable⁷
- * les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants

⁵ Mais il faudrait éliminer le biais lié au nombre de personnes couvertes par le contrat. L'écart en serait accru.

⁶ Il est vrai que les mutuelles de fonctionnaires bénéficiaient avec le précompte et le caractère « quasi statutaire » du contrat un avantage concurrentiel important.

⁷ Extraits de l'article 16 du décret du 19 septembre 2007

* la garantie doit assurer un montant de remboursement qui ne peut être inférieur à un minimum fixé par arrêté (interministériel)⁸

- il n'y a pas d'âge limite d'adhésion mais « pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de trente ans depuis la date d'entrée dans la fonction publique, il est calculé une majoration égale à 2% par année »
- la participation (éventuelle) de l'employeur public est répartie entre les organismes en fonction « des transferts effectifs de solidarité, intergénérationnels⁹ et familiaux¹⁰, opérés au titre des garanties proposées à la population intéressée ».

Les textes actuels prévoient que les contrats de l'espèce restent facultatifs (si on se réfère à la logique retenue pour les contrats collectifs en entreprise, ces contrats, couvrant de façon facultative les couvertures complémentaires des fonctionnaires, n'ouvrirait pas droit au régime fiscal et social préférentiel des cotisations).

c) Taux d'effort pour les couvertures individuelles

L'étude IRDES précitée se limite aux couvertures individuelles ; les revenus et les niveaux de cotisation sont ceux déclarés par les personnes enquêtées.

Sous ces réserves, on a les résultats suivants :

Tableau 11 : Taux d'effort et niveau moyen de prime par quintile de revenu par unité de consommation (UC) :

	Taux d'effort moyen
Premier quintile (Revenu < 800)	10,3%
Deuxième quintile (800 <= Revenu < 1100)	6,3%
Troisième quintile (1100 <= Revenu < 1400)	4,8%
Quatrième quintile (1400 <= Revenu < 1866)	4,0%
Cinquième quintile (1866 <= Revenu)	2,9%

* le taux d'effort diminue avec le revenu par unité de consommation : de 10,3% pour le premier quintile à 2,9% pour le cinquième ; un taux d'effort aussi important pour les personnes du premier quintile de revenus mériterait que l'analyse (Voir encadré) soit complétée de manière à connaître le niveau de qualité de leur contrat, les transferts intrafamiliaux qu'ils reçoivent, leur niveau de consommation de soins et leurs droits éventuels (éligibilité à la CMU ou à l'ACS¹¹)

* le taux d'effort est supérieur ou égal à 6,6% du revenu/uc pour 30% des ménages.

* le taux d'effort augmente avec l'âge passant de 3,2% pour les ménages dont la personne de référence est âgée de moins de 30 ans à 7,1% pour les plus de 65 ans. La prime déclarée dépasse 1430€ pour 35% des séniors contre 3,6% pour les plus jeunes.

⁸ Pour les soins de ville, alignement sur le contenu des contrats responsables ; pour les hospitalisations prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier pour une durée maximale de 365 jours.

⁹ Le montant de transferts intergénérationnels est égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents et souscripteurs retraités, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.

¹⁰ Le montant de transferts familiaux est égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents et souscripteurs retraités, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.

¹¹ Le taux d'effort peut éventuellement être diminué par le montant perçu au titre de l'ACS.

Analyse du taux d'effort par l'IRDES

Parmi les ménages ayant moins de 800 euros mensuel par UC, près de 11% des chefs de famille sont au chômage contre moins de 5% parmi l'ensemble des chefs de ménages de l'échantillon (qui comprend les ménages protégés uniquement par des contrats individuels). Le chef de ménage est en moyenne plus âgé : 62 ans contre 58 ans. Les indépendants sont également surreprésentés : respectivement 14,9% et 11,7% sont agriculteurs et artisans commerçants contre 7,3% et 8,6% sur l'ensemble de l'échantillon. Les ouvriers non qualifiés représentent près de 21% des chefs de ménages dont le taux d'effort est le plus élevé contre 11,4% de l'échantillon. Notons enfin que les femmes seules avec et sans enfants y sont également plus présentes : respectivement 8,86% et 21,43% contre 4,73% et 17,84% parmi l'ensemble de l'échantillon.

A cette précarité financière se cumule un plus mauvais état de santé : plus de la moitié des ménages disposant moins de 800 euros mensuel par UC se déclarent en mauvaise santé contre seulement près du tiers pour l'ensemble de l'échantillon.

2) Analyse des contrats modaux

La DREES a analysé les contrats modaux (les plus fréquents dans la gamme des garanties proposée par les OCAM)¹². La représentativité de l'échantillon est très satisfaisante.

Les principales conclusions portent sur :

- le caractère « responsable » des contrats : la quasi-totalité le sont (c'est-à-dire remboursent au moins les C/V à 100% et les médicaments de vignette blanche au moins à 95% d'une part, ne prennent pas en charge les forfaits et franchises précités d'autre part)
- l'ampleur des écarts entre les niveaux de garantie
 - * pour les consultations de spécialistes, 2/3 ne prennent pas en charge le dépassement. Pour une consultation coûtant 60€, le taux de prise en charge moyen est de 120% du tarif de la sécurité sociale (100% pour le premier quartile de revenu et 150% pour le troisième)
 - * les variations considérables sur l'optique et les prothèses dentaires sont analysées dans le chapitre III
- le niveau des primes/ cotisations et la logique de leurs variations avec le niveau de garanties.
 - * la prime moyenne est de 456€ par bénéficiaire (soit 24,4Md€, chiffre cohérent avec les autres sources disponibles)
 - * la prime des contrats individuels est légèrement supérieure – d'environ 10% - à celle des contrats en entreprise qui offrent pourtant de meilleures garanties (la structure démographique plus âgée pour les contrats individuels explique largement ce constat).
 - * la variation des garanties entraîne une variation des cotisations ; mais comme indiqué supra, elle est relativement faible. La DREES en donne trois illustrations : « Par rapport à un contrat se limitant au remboursement des consultations à 100% du tarif conventionnel, la prise en charge partielle de dépassements (remboursement < 200%) entraîne une hausse modérée des primes – de l'ordre de 10%. Au-delà de 200%, la prime augmente de façon très nette (40%). Les contrats « haut de gamme » (remboursement optique supérieur à 250€ et dentaire supérieur à 300€) coûtent 40% de plus que les contrats « bas de gamme » ».

¹² Etudes et résultats n°635 de mai 2008.

Sous Section II : Prestations en espèces (régime général, hors sections mutualistes)

Sur ce champ quatre agents (et non pas trois) coexistent : l'assurance maladie, les OCAM, les entreprises pour les charges qui leur incombent au titre de la loi de mensualisation et les salariés.

Par ailleurs pour les arrêts maladie, la summa divisio n'est pas ici base/complémentaire mais garanties obligatoires/garanties conventionnelles (et individuelles).

On trouvera dans le chapitre III une analyse développée du problème. On se borne ici à dégager les traits structurants du système de prise en charge de façon à en permettre la compréhension synthétique.

Remarque préalable : les prestations en espèces sont encore mal connues alors que leur fréquence et le montant du risque (la perte de salaire sur une durée significative est lourde pour le salarié si sa couverture est limitée). Si bien qu'on est incapable de décrire le niveau, l'évolution et les disparités de taux de remplacement (et donc l'équivalent du RAC).

I - Les arrêts maladie (les indemnités journalières, IJ)

1) L'assurance maladie assure une part de la dépense moins forte que pour les prestations en nature.

Elle intervient :

- au profit d'une très large majorité de salariés (les conditions à l'entrée sont peu exigeantes). Mais à la différence des prestations en nature, on n'est pas dans un schéma de généralisation
- sur une durée longue (allongée pour les assurés en ALD) ;
- de façon assez stable dans la durée (le taux d'IJ ne varie que de façon faible avec la franchise de trois jours et un très léger ressaut au bout de six mois d'arrêt) ;
- à hauteur de 50% du salaire brut (en gros 60% du net) ;
- dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

2) Les entreprises sont légalement tenues de compléter les IJ de l'assurance maladie

Elles interviennent à ce titre :

- au profit d'une très large majorité de salariés même si la condition d'ancienneté¹³ dans l'entreprise explique que le champ personnel de cette intervention soit moins étendu que dans le régime de base ;
- sur une période de quelques semaines (cette durée augmentant avec l'ancienneté du salarié dans l'entreprise). Mais elle cesse avant le terme possible des IJ de la sécurité sociale ;
- pour atteindre un taux de remplacement de 90% du salaire brut en début de période (après une franchise ramenée dans l'accord précité à 7 jours) puis de 66%.

Il résulte de cet emboîtement – « à deux étages » - un profil bien typé du taux de remplacement : très élevé en début de période, passée la période des deux franchises, diminuant ensuite pour se stabiliser à 60% du salaire net.

¹³ Condition substantiellement allégée dans l'accord du janvier 2008, option dont le HCAAM s'était félicité.

3) La protection complémentaire non légalement obligatoire constitue un troisième étage, par définition inégale.

Elle porte :

- peu, semble-t-il, sur la neutralisation de la franchise de trois jours de l'assurance maladie et de façon modérée sur la neutralisation de la franchise de 7 jours de la loi de mensualisation ;
- surtout sur le paiement d'IJ lorsque la protection légale diminue (passage de 90 à 66% du salaire) ou s'interrompt.

Or cette protection est très inégalitaire notamment en fonction du secteur économique des entreprises et de leur taille (et de façon moins nette en fonction du niveau du salaire d'activité).

4) L'assurance individuelle par les salariés du régime général est faible

Il résulte de cet emboîtement – « à trois étages » - un profil intégré bien typé :

- un taux de remplacement élevé pour tous en début de période
- une baisse plus ou moins prononcée de ce taux avec la durée du congé maladie selon les caractéristiques de la protection conventionnelle

II - Les pensions d'invalidité

Certes de faible fréquence (admissions par an dans le régime général), l'invalidité est un risque lourd compte tenu de sa durée (plus de dix ans) et de la faible probabilité que les invalides puissent compléter leur pension par une activité professionnelle. Le niveau des pensions d'invalidité est donc une donnée capitale pour près d'un million d'invalides.

1) La sécurité sociale n'assure que des pensions modestes

Calculées au taux de 50% sur une référence salariale largement antérieure à l'arrêt maladie qui débouchera ensuite sur l'invalidité, les pensions sont nettement inférieures au salaire précédent l'arrêt. Indexées sur les prix, les pensions s'éloignent progressivement des références salariales.

Les mécanismes de minimum de pension restent limités par une condition de revenus assez stricte.

2) La protection complémentaire de prévoyance

Elle complète heureusement les pensions de la sécurité sociale ; mais de façon très inégale en fonction des choix opérés par les branches et les entreprises.

*

* * *

Les analyses qui précèdent montrent à la fois la robustesse et les limites du système actuel de mise en charge.

- robustesse puisque la couverture solidaire assurée par le régime de base limite de façon radicale les reste à charge pour la plupart des dépenses, ce qui permet à (quasiment) tous les assurés de recourir aux soins dans des conditions cohérentes.
- limites puisque la hiérarchie des taux de prise en charge selon les segments du marché abrite des inégalités très discutables (niveau et calendrier des prestations en espèces, dépassements parfois très élevés pour les prestations en nature...). Ces inégalités sont en partie compensées par les couvertures complémentaires.

Il serait pertinent d'engager une réflexion de long terme sur les voies et moyens permettant de remettre plus de cohérence dans ce système.

Certes le faire sous la double contrainte de progression des dépenses de soins et de maîtrise des prélèvements obligatoires est-elle une tâche très difficile ; mais elle est nécessaire.

SECTION II - ELEMENTS DE REFLEXION SUR LE PARTAGE ENTRE LES REGIMES DE BASE ET LES COUVERTURES COMPLEMENTAIRES

I - Deux remarques préalables

1) C'est par commodité de langage qu'on parle d'un partage entre AMO et AMC.

Il serait plus pertinent de parler d'un partage entre AMO et ménages, ces derniers ayant un très large recours aux couvertures complémentaires. Au demeurant une partie des restes à charge ne peuvent faire l'objet d'une assurance par les OC (sauf à perdre les avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats responsables)¹⁴.

Mais de fait, la couverture complémentaire est devenue la norme (l'Etat se sent d'ailleurs comptable de sa diffusion par des mesures en faveur des ménages les plus modestes).

Si bien qu'en fine un transfert aux ménages se résout pour l'essentiel dans une augmentation de l'intervention des OC.

2) L'analyse d'une réforme de la place des complémentaires se déploie sur deux approches radicalement différentes

a) Dans la première, on confie globalement à des opérateurs privés la gestion au premier euro des dépenses de soins.

a1) C'était l'objet du projet d'un grand assureur en juin 1997.

Dans ce schéma, on maintient les quatre principes fondamentaux de l'assurance maladie : son caractère obligatoire, son financement actuel (avec notamment une part importante des cotisations ou contributions proportionnelles au revenu), l'interdiction de la sélection des assurés et l'égalité dans la prise en charge quels que soient les revenus des assurés.

Deux formules sont envisageables : les assurés ont le choix de l'opérateur (et on assure une péréquation entre les portefeuilles des différents opérateurs ; c'est le cas en Suisse) ; l'opérateur reçoit une délégation de l'état (de l'assurance maladie) pour gérer un ensemble d'assurés (par exemple dans un ressort géographique donné).

Dans les deux cas, un cahier des charges encadre la gestion des opérateurs.

Ceux-ci « gèrent » directement le risque et seront naturellement amenés à déployer des instruments spécifiques : conventionnement sélectif, modulation du paiement des professionnels, orientation des patients, mesures incitatives sur les uns et les autres...

a2) Plus récemment, l'Institut Montaigne a proposé un schéma (assez proche du système suisse) qui repose sur les principes suivants

- l'Etat fixe le panier de biens santé et réassure le gros risque grâce à « *un impôt de solidarité* ».
- les professionnels de santé garantissent la prise en charge des soins fournis en se faisant agréer par un ou *plusieurs* assureurs.

¹⁴ Il s'agit là des acteurs de « premier niveau ». Mais au-delà d'autres agents interviennent : les entreprises par leur contribution aux contrats collectifs, les partenaires sociaux engagés dans la définition des contrats, l'Etat enfin qui abaisse le coût des contrats par des exonérations sociales et fiscales.

- les assureurs (CPAM, IP, Assurances, Mutuelles) s'engagent sur un cahier des charges fixé par l'Etat, agréent les *professionnels* de santé. Ils sont en concurrence et fixent librement le montant de la cotisation (variable par exemple en fonction de l'existence éventuelle d'une franchise, réassurable le cas échéant)
- l'assuré choisit librement son assureur. Il paye :
 - 1) la cotisation santé demandée par l'assureur choisi, ce qui entraîne deux conséquences : la cotisation santé ne varie plus en fonction du revenu (la solidarité est assurée par une aide publique à l'achat), l'employeur n'a plus la charge de la cotisation patronale (qu'il redistribue en salaire).
 - 2) « *l'impôt de solidarité* » (CSG) qui sert à financer d'une part une aide publique à l'achat de l'assurance santé sous condition de ressources et d'autre part les charges d'un fonds de péréquation entre assureurs santé permettant de réassurer les gros risques.

b) Dans la seconde, la seule analysée dans le présent rapport, on ne touche pas à la logique globale du système.

On se borne à ajuster le partage entre AMO et AMC avec le maintien d'une large zone de chevauchement (deux payeurs pour le même acte). Les champs où l'AMC serait seule en charge resteraient très limités.

II - Eléments de débat sur l'aménagement de la ligne actuelle de partage entre AMO et OCAM

A) Les objectifs envisagés

La modification de la ligne de partage peut intervenir :

1) Pour accroître l'intervention de l'assurance maladie.

a) C'est le cas, même dans une période de fortes contraintes de financement :

- pour étayer des politiques de prévention ;
- pour introduire dans la rémunération des médecins des éléments pris en charge à 100% par le régime de base (cotisations sociales en secteur I ; forfait de médecin traitant versé pour les patients en ALD) ;
- pour « suivre » la croissance des médicaments remboursés à 100% ;
- pour améliorer la prise en charge des soins des enfants ou des ménages les plus modestes (avec l'adoption de barèmes plus favorables de remboursement pour la CMUC)

Il y a là des pistes pertinentes même si elles sont forcément limitées par les contraintes actuelles de financement comme l'a rappelé le Conseil dans son récent avis sur les dispositifs médicaux.

b) Certains membres du HCAAM ont souligné qu'il ne fallait pas exclure a priori l'extension du régime local qui existe en Alsace/Moselle.

Elle se traduirait par un accroissement du régime de base avec ses caractéristiques propres (régime obligatoire ; cotisation additionnelle proportionnelle au revenu ; meilleures bases de remboursement dans le champ de la dépense reconnue).

Le régime local d'Alsace-Moselle

Le régime local d'Alsace-Moselle est un régime complémentaire obligatoire, dérogatoire par rapport au système de protection sociale en vigueur dans le reste de la France. Il concerne les salariés de l'industrie et du commerce ainsi que les salariés des professions agricoles et forestières.

Les bénéficiaires du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (salariés de l'industrie et du commerce) sont :

- les assurés actifs salariés du commerce et de l'industrie (salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle quel que soit leur lieu de travail en France et salariés travaillant dans l'un des trois départements concernés pour une entreprise ayant son siège social hors de ces départements) ;
- les chômeurs et préretraités qui relevaient du régime durant leur activité et leurs ayant-droits ;
- les titulaires de pension d'invalidité et leurs ayant-droits ;
- les titulaires de pension de vieillesse et leurs ayant-droits qui remplissent les conditions de durée de cotisations au régime local ;
- les frontaliers.

Au total, pour les salariés de l'industrie et du commerce : 1,4M de cotisants et 2,2M de bénéficiaires relèvent de ce régime.

Une cotisation spécifique proportionnelle est prélevée sur la totalité des rémunérations, avantages de retraite et autres revenus de remplacement ; le taux de cotisation est de 1,60% depuis le 1^{er} janvier 2008.

Dans le champ de la dépense reconnue – donc hors dépassements - ce régime complète les remboursements du régime de droit commun, souvent à hauteur de 90% de la dépense, soit un niveau inférieur à celui des « contrats responsables ». (voir tableau des prestations en *annexe 2*). Le reste à charge, assumé par l'assuré, peut être pris en charge par un organisme complémentaire privé.

2) Pour stabiliser le taux d'intervention de l'assurance maladie

Trois séries de considérations rentrent alors en ligne de compte. Il s'agit :

- de soulager les finances publiques dont la charge s'accroît avec l'augmentation de la dépense de soins d'une part, et avec celle, spontanée, de sa prise en charge par l'assurance maladie ;
- de donner des marges de choix aux ménages (par exemple les laisser définir le taux de prise en charge sur certains biens et services ou le niveau d'une franchise « réassurable »), ce qui suppose de limiter au strict nécessaire la réglementation des garanties des contrats de complémentaire (par exemple par le recours au « contrat responsable ») ;
- d'«ouvrir» plus largement la gestion du risque (Voir encadré) à d'autres opérateurs que l'assurance maladie (ce qui suppose qu'ils disposent des informations pertinentes, sujet complexe puisque la transmission de ces données par l'assurance maladie doit respecter le secret médical d'une part, ne doit pas permettre aux opérateurs de pratiquer la sélection des risques d'autre part).

La gestion du risque

L'expression même n'a été introduite dans le code de la sécurité sociale qu'en 1996. L'article L.161-28 du code de la sécurité sociale confie aux « *caisses nationales des régimes d'assurance maladie [...] la mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses. A cette fin, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination internes à ces régimes, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies* ».

Une définition de la gestion du risque pour l'assurance maladie obligatoire est donnée dans le rapport d'Yves BUR sur les ARS (février 2008) :

« *La gestion du risque passe en effet par différents types d'actions :*

- connaître le risque, c'est-à-dire les comportements des assurés, leurs déterminants, et les facteurs de coût du risque et de son évolution– d'où l'intérêt pour l'assurance maladie de disposer de systèmes d'information exhaustifs, y compris en ce qui concerne l'hôpital et le secteur médico-social, et des capacités techniques nécessaires à leur exploitation ;*
- prévenir les sinistres, en agissant sur le comportement des assurés ;*
- limiter l'aggravation des sinistres : à ce titre, l'assurance maladie finance notamment des actions de prévention destinées aux assurés en affection de longue durée (ALD) ;*
- réduire les coûts de la réparation des sinistres, en promouvant un recours aux soins plus pertinent et en maîtrisant les coûts de production des soins par des actions visant à infléchir les pratiques soignantes ;*
- fournir des services à l'assuré ou au fournisseur de prestations, par exemple en mettant à la disposition des médecins des profils de prescription leur permettant d'auto-évaluer leurs pratiques. »*

La DSS complète cette approche par la définition du contenu de la gestion du risque pour les caisses d'assurance maladie :

- s'assurer des droits des assurés à bénéficier du système d'assurance maladie
- vérifier et gérer l'étendue des droits
- fixer la base de remboursement au juste prix (par la négociation ou de façon unilatérale) et diminuer le coût de la prestation
- contrôler le remboursement : vérifier la réalité de la prestation et la facturation du bon tarif
- promouvoir les soins les plus pertinents et les plus efficents :
 - * être sélectif sur les actes et prestations admis au remboursement
 - * agir sur le comportement des professionnels de santé et notamment sur la prescription (de médicament, d'IJ etc..)
 - * agir sur l'adéquation des patients aux structures et sur l'adéquation des professionnels aux soins aux soins délivrés
 - * agir sur la non redondance des actes
- agir sur le comportement des assurés
 - * contrôler la consommation abusive
 - * prévenir le risque en agissant sur le comportement des assurés, notamment par la prévention et l'éducation thérapeutique

Il faut souligner que la gestion du risque est également le fait d'autres acteurs que l'assurance maladie.

B) L'intervention des organismes de couverture complémentaire – a fortiori si on l'accroît – ne peut se concevoir en dehors de garanties liées à la nature de la dépense et au souci de donner aux opérateurs les moyens nécessaires à leur gestion

1) Garanties des assurés

Ils souhaitent que soient garanties

- une meilleure concurrence, gage d'une maîtrise des cotisations. Or elle n'est pas forcément assurée du fait du faible contrôle du contenu des prestations offertes et de l'existence de marchés « captifs »
- une plus grande transparence sur les prestations et cotisations, ce qui passe par l'amélioration de la lisibilité des contrats ;
- la prohibition de la sélection des risques¹⁵ : des dispositifs législatifs existent pour limiter cet écueil (interdiction d'utilisation de questionnaires médicaux, définition du caractère viager des contrats, encadrement des conditions de sortie des contrats collectifs) auxquels s'ajoutent les règles du contrat responsable dont certains critères tendent à une meilleure couverture des populations considérées comme les plus fragiles. Mais leur efficacité doit être régulièrement vérifiée pour éviter les cas de sélection directe ou indirecte des risques ;
- la contribution des complémentaires à une politique cohérente en termes d'efficience ce qui suppose une meilleure association entre base et complémentaire dans la gestion du risque.
- la confidentialité des données individuelles de santé.

2) Les moyens des opérateurs

Les sujets en débat portent sur :

- l'accès aux données nécessaires à la gestion du risque
- le co-pilotage de la gestion du risque avec une meilleure participation des complémentaires aux négociations conventionnelles, notamment sur les secteurs où les organismes complémentaires ont une place importante ;
- la liberté de contracter avec les offreurs de soins.

3) L'encadrement des contrats

Même si le principe de la liberté des contrats doit prévaloir, il est logique que l'on souhaite disposer d'éléments d'encadrement des contrats, notamment pour faire prévaloir les garanties précitées. De même est-il logique que l'aide financière apportée aux contrats de complémentaire serve de levier d'action. Ainsi, la forte mutualisation des contrats collectifs obligatoires en entreprise est la contrepartie d'une aide sociale et fiscale étendue. C'est le même souci de faire évoluer les couvertures complémentaires qui a été retenu avec

- le lien entre la suppression de la taxe sur les conventions d'assurance et le renoncement à la sélection du risque¹⁶
- le concept des « contrats responsables » et des « contrat solidaires » dans la fonction publique.

¹⁵ Voir l'article 995 al 15 et 16 du Code général des impôts et l'article 2 de la loi EVIN 1989.

¹⁶ Pas de visite médicale et pas de questionnaire de santé pour l'adhésion à une OC.

Encore faudrait-il limiter l'encadrement des contrats au strict nécessaire pour laisser aux opérateurs le maximum de liberté de leur gestion.

C) Sur quelle référence faut-il réfléchir en termes financiers ?

Depuis son rapport de 2004, le HCAAM a rappelé avec constance que « *la conservation d'un système d'assurance maladie solidaire et économe en prélèvements obligatoires passe par la conjugaison de trois actions : ... améliorer le fonctionnement du système de soins et du système de protection sociale, ... l'ajustement des conditions de prise en charge, ... l'action sur les recettes* ».

L'amélioration de l'organisation de l'offre de soins afin de maintenir voire faire progresser son accessibilité et sa qualité et s'assurer de l'efficacité de la dépense constitue ainsi une première action prioritaire pour le Conseil.

Le HCAAM soulignait en 2007 l'importance des politiques de maîtrise de la dépense qu'« *il est impératif de (les) mener avec énergie et constance si on veut limiter les contraintes de financement que créerait l'évolution non maîtrisée de la dépense* ». Il rappelait dans son rapport les chantiers majeurs sur lesquels des marges de manœuvre existaient pour améliorer l'efficience de l'organisation de l'offre de soins

- en ce qui concerne la médecine de ville :

- * la stabilisation du nombre des recours au médecin par habitant
- * la maîtrise de la dépense de médicaments
- * le cantonnement de la dépense en ALD

- en ce qui concerne les soins hospitaliers publics et privés :

- * la mobilisation des marges de productivité dans les établissements de santé

Même si on ne peut attendre de ces politiques des mises en œuvre rapides parce qu'elles touchent plus de deux millions de professionnels d'une part et que les changements de comportements des patients comme des praticiens procèdent d'évolutions longues d'autre part, le Conseil constate qu'elles ont leur efficacité. La politique volontariste de recherche de retour à l'équilibre depuis 2004 a obtenu des résultats et permis de maintenir durant trois années la croissance des dépenses de santé à un rythme proche de celui de la richesse nationale.

L'efficacité de ces politiques passe par l'adoption de contraintes sur les usagers, les professionnels et les industriels. Les mesures de mise en œuvre du parcours de soins coordonnés, de la maîtrise médicalisée, du Plan médicaments n'ont pas toujours été vécues comme indolores pour les acteurs du système de santé. Il en est de même pour la TAA.

Si la restructuration du système de soins peut substantiellement desserrer l'étau financier, le Conseil avait conclu cependant en 2007, comme en 2004 que « *à long terme les dépenses de soins progresseront, selon toute vraisemblance, plus vite que la richesse nationale.* »

L'action sur les recettes peut constituer une réponse partielle à cette évolution. Le Conseil estime que, pour une partie du besoin de financement, on peut envisager des recettes nouvelles tant l'attachement des Français au système de l'assurance maladie est important. Mais s'en remettre à la seule augmentation des recettes aboutirait à une pression sur les prélèvements obligatoires de nature à conduire à effet d'éviction massif au détriment des autres besoins collectifs.

La stabilisation du taux de prise en charge s'inscrit alors comme le troisième volet d'action et constituait l'un des objectifs que le Conseil avait évoqué dans son rapport de juillet 2007 comme une des pistes de réforme.

Cette section a pour but de fournir des données de référence utile aux acteurs, au moment où les pouvoirs publics ont annoncé leur intention de réfléchir au partage entre la solidarité des régimes de base et les couvertures complémentaires, débat public déjà ouvert depuis de nombreuses années. Les éléments qui suivent ne constituent pas une prise de position du Conseil en faveur de telle ou telle forme de partage, mais une présentation des principales évolutions parfois évoquées et des conséquences sociales et financières qu'elles pourraient emporter. Le Conseil en a seulement pris acte.

1) Le rapport du HCAAM de juillet 2007 avait analysé les termes de la soutenabilité de long terme de l'assurance maladie.

Il avait évoqué les trois domaines qu'il fallait explorer pour garantir le maintien de notre système d'assurance maladie : la maîtrise de la dépense, la levée de recettes et la stabilisation du taux de prise en charge de la dépense de soins par l'assurance maladie.

S'agissant de ce troisième volet, il avait conclu en ces termes :

Les conclusions du rapport 2007 sur la soutenabilité du système d'assurance maladie

« B) Stabiliser ou abaisser le taux global de prise en charge

1) On a indiqué supra que les dépenses de santé progresseront très probablement plus vite que le PIB et que, par ailleurs, le taux de prise en charge a tendance à augmenter.

Si l'hypothèse – solide – d'une augmentation raisonnable de la recette peut être retenue, elle n'exclut pas de réfléchir à des réformes dans la prise en charge qui soulagent les comptes publics. C'était la ligne retenue par le HCAAM dans son rapport de 2004 qui envisageait des ajustements dans le taux de remboursement pour autant qu'on respecte les « fondamentaux » solidaires du système de prise en charge.

Il faudrait, dans l'hypothèse la moins exigeante, stabiliser le taux global de prise en charge pour neutraliser l'augmentation mécanique liée notamment au vieillissement et à la croissance des ALD. On pourrait, dans une hypothèse plus exigeante, le diminuer de façon modérée. »

Pour cadrer la réflexion, on s'est donné comme référence d'analyse et de chiffrement l'option de stabiliser sur les cinq prochaines années le taux de prise en charge de la sécurité sociale.

Or quatre facteurs majeurs poussent à l'augmentation spontanée de ce taux :

- la croissance rapide des dépenses des assurés en ALD. Comme, pour leurs soins de ville, le taux de ticket modérateur qui leur est appliqué est de 8% contre 31% pour les autres assurés, la concentration croissante de la dépense sur les assurés ALD tire le taux moyen de remboursement par l'assurance maladie. On estime ce facteur à 1,9Md€ à l'horizon 2013 ;
- l'effet de structure du marché du médicament dont le taux moyen de remboursement s'accroît avec la poussée des médicaments à 100% ;
- le vieillissement de la population puisque le taux de prise en charge des dépenses croît avec l'âge : 77,7% au dessous de 60 ans et 83,7% au dessus. ;
- l'augmentation des dépenses de soins dans le secteur médico-social où le taux de prise en charge est plus élevé que le taux moyen en assurance maladie.

L'augmentation tendancielle sur cinq ans du taux d'engagement de l'assurance maladie est donc de l'ordre de 3Md€. C'est donc sur ces montants qu'il faut réfléchir à un ajustement de la ligne de partage RO/RC.

Cette hypothèse de travail ne constitue pas, pour le Conseil, une option de fond (qui renvoie à un débat politique autrement plus ample que l'exercice ici mené) mais une

référence permettant de tester les conséquences d'une politique qui « neutralise » la dérive spontanée du taux d'engagement.

2) Cette approche appelle cinq remarques

a) S'il était retenu, l'ajustement sur les couvertures complémentaires n'apporterait qu'une contribution partielle au rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie dont le Gouvernement a fixé la date à 2011

Dans le type d'hypothèses analysé au chapitre I, la stabilisation du taux de prise en charge couvrirait 30% du besoin de financement (besoin couvrant le rebasage du compte, la croissance de la dépense dans le champ de l'ONDAM et la dérive spontanée du taux de prise en charge).

b) L'ajustement en cause n'est pas incohérent avec les mesures prises dans le passé

On peut citer ainsi :

- le plan Seguin (1986) dont la mesure centrale (application du TM aux dépenses sans rapport) appliquée aux dépenses actuelles « vaut » 3Md€ ;
- le plan Veil (1993) : 5 points de TM pour une valeur actuelle de près de 2Md€ ;
- rappelons enfin que le HCAAM a chiffré à 2Md€ les mesures qui ont augmenté la participation des ménages entre 2004 et 2007 (l'intégration des mesures prises en 2007/2008 en sus de ce chiffrage – et notamment les franchises – le porte à près de 3Md€).

On est donc bien dans la tendance tendant à compenser la dérive spontanée du taux de prise en charge par la sécurité sociale.

c) Le chiffre de 3Md€ doit s'entendre comme un gain net

Or un ajustement sur les couvertures complémentaires d'une partie de la dépense génère des coûts publics :

- comme on le verra infra, il serait logique qu'on augmente les crédits consacrés à aider les ménages les plus modestes à s'acquitter d'une cotisation - croissante - de complémentaire ;
- le statut social et fiscal des contrats collectifs en entreprise mobilise des crédits publics « en creux » (« dépense fiscale » et exonération de cotisations).

Il serait donc cohérent avec l'objectif de viser un chiffre plus élevé (4Md€ ?) si on raisonne sur l'ensemble du compte de prélèvements obligatoires.

d) Les chiffres précités de 3 à 4Md€ conduiraient à une augmentation significative des cotisations de complémentaire : un peu moins de 12 à 16%, soit de 130 à plus de 185€/an et par ménage (0,45 à 0,6% du revenu disponible)

Toutefois, sur un marché concurrentiel, la bonne santé financière des OC¹⁷, une politique plus volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité devraient permettre que,

¹⁷ Entre 2001 et 2006, la profitabilité des organismes complémentaires n'a en effet cessé de s'améliorer. Alors que les dépenses de santé des OC ont augmenté de 32,2%, le chiffre d'affaires du secteur, constitué des cotisations et des primes des assurés, a augmenté plus fortement, soit de 48,2 % sur la même période.

Cette amélioration de la profitabilité s'explique principalement par l'augmentation du taux de marge du secteur qui passe de 13% à 27% selon les familles d'OC. Les frais de gestion ont en effet augmenté moins vite sur la période que les cotisations. En outre, la modification des règles de provisionnement a renforcé la solvabilité du secteur et accéléré la restructuration de l'offre par concentration, permettant aux organismes complémentaires de bénéficier d'économies sur leurs coûts de gestion.

toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation des charges ne soit répercutée sur les cotisations ni de façon immédiate ni pour sa totalité. Certains membres du Conseil considèrent que le risque de répercussion sur les cotisations serait d'autant plus faible que les transferts concerneraient des risques sur lesquels les OCAM auraient des capacités de régulation. En l'absence d'ajustement, les cotisations des complémentaires devraient progresser moins vite que la dépenses de santé (CSBM).

e) Si elle est appliquée sur des objets pertinents et si elle s'accompagne de mesures d'aide aux ménages modestes, l'approche étudiée ici n'est pas de nature à affecter la logique solidaire de l'assurance maladie caractérisée par un taux élevé de prise en charge par les régimes de base.

D) Quelles conséquences pour les ménages ?

Dès lors qu'un ajustement de la dépense sur les OCAM est envisagé avec comme corollaire une augmentation de leurs cotisations, il est utile de situer les caractéristiques de la CSG qui fournit plus de 30% des produits de la branche maladie du régime général et dont l'augmentation est souvent présentée comme une solution alternative à ce :

- assiette large même si le poids de la CSG assis sur les revenus professionnels (79,8%) et sur les revenus de remplacement (3,2%) est très majoritaire
- taux proportionnel (avec un régime dérogatoire de taux nuls ou abattus sur les indemnités de chômage et de retraite)

1) L'augmentation de la cotisation de l'AMC se traduirait, toutes choses égales par ailleurs, par une augmentation du taux d'effort

a) Sur les personnes âgées

A la différence de l'AMO, une majorité des OC « tarifent » à l'âge. Un glissement de l'AMO vers l'AMC est donc « pénalisant » pour les seniors

Les OC qui cantonnent la tarification à l'âge

- les apports de la loi Evin

Les assurés prenant leur retraite sont assurés de maintenir, s'ils le souhaitent, les garanties dont ils disposaient au titre de leur contrat antérieur. La cotisation est plafonnée à 150% de la cotisation en entreprise et ne peut être ultérieurement augmentée avec l'âge.

- les mutuelles de la fonction publique d'Etat

* dans la situation actuelle – et à des degrés divers – certaines mutuelles mettent en œuvre une mutualisation plus ou moins prononcée entre actifs et retraités. C'est le cas notamment de la MGEN où les plafonds et planchers de cotisation des assurés de plus de 60 ans ne sont supérieurs que de 16% à ceux des assurés actifs.

*comme indiqué dans la section 1, le régime récemment adopté pour les fonctionnaires de l'état limite l'éventuel financement de l'employeur aux contrats solidaires. Une des conditions ainsi posées est que la cotisation des seniors ne doit pas être supérieure à trois fois celle des plus jeunes.

b) Sur les ménages modestes puisqu'à la différence de l'AMO la tarification de la majorité des OC est indépendante du revenu

Les OC qui tiennent compte du revenu dans la cotisation des ménages. C'est le cas

- de certaines mutuelles de la fonction publique. C'est la règle retenue notamment à la MGEN (dont les cotisations sont fixées à 2,5% du traitement indiciaire brut pour les actifs avec un plafond à 4000€ bruts/mois et 2,9% sur les retraités avec le même plafond) : plus de 3M de personnes couvertes

- d'une minorité de contrats collectifs en entreprise (31% selon l'enquête de l'IRDES)

c) Sur les ménages sans couverture complémentaire qui auront à supporter directement l'augmentation du reste à charge (il s'agit largement de ménages modestes) : environ 5M de personnes.

*
* *

Bien entendu, l'incidence de cette pression n'est pas le même suivant les prestations concernées par l'ajustement AMO/AMC ou la technique retenue. Ainsi une franchise à la base est plus « égalitaire » qu'une augmentation du ticket modérateur. Une pression sur les ALD frappe plus nettement les personnes âgées. Le désengagement de l'AMO en dentaire concerne plus les adultes d'âge intermédiaire etc.

Il faut donc, pour chacune des rubriques énumérées infra au 5, qualifier leur incidence sur les différentes catégories de ménages.

2) Faut-il alors admettre ou corriger l'augmentation du taux d'effort qui pourrait s'exercer sur ces ménages ?

Certes, le transfert, progressif sur quelques années, sur lequel on raisonne est modéré. Mais il peut être dur pour les ménages modestes et il sera contesté par les personnes âgées. Si on doit s'orienter vers des mesures correctrices, on peut envisager :

a) Une aide financière pour les ménages modestes

Le réaménagement du bloc CMUc/ACS pourrait être alors envisagé. Il faut être relativement « ouvert » si on veut atténuer les incidences qu'un transfert AMO/AMC implique. Bien entendu, il ne faut pas engager des financements trop élevés par rapport aux économies directes liées à ce déport. C'est au regard de cette double préoccupation qu'on peut analyser par exemple la proposition du CISS.

a1) La proposition du CISS.

a11) Objet, coût et conséquences

- objet : le plafond de la CMU-C serait fixé au niveau du seuil de pauvreté à 60% et le montant de l'ACS serait augmenté de 50%.
On a considéré que le plafond de l'ACS augmenterait mécaniquement avec celui de la CMUc ; on a retenu le même barème en métropole et dans les DOM.
- coût : au titre de la CMUC, l'augmentation de l'effectif de 11% entraînerait une charge de 156M€. Au titre de l'ACS, l'augmentation de l'effectif serait de 35% mais la majoration de 50% du montant de l'aide entraînerait, elle, une charge plus élevée de 426M€.
Le coût total serait alors d'un peu plus de 580M€ pour la métropole et 700M€ pour la France entière.
- effets de seuil et taux d'effort dans l'hypothèse étudiée d'une majoration de 20% du coût des contrats liée à l'ajustement précité.

Tableau 12 – Taux d'effort et part de l'aide financière selon la situation familiale et de revenus du bénéficiaire de l'ACS

	<i>Plafond CMU-C</i>		<i>Plafond ACS</i>	
	actuel	analysé	actuel	analysé
Célibataire, 60 ans				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	5,3% 53%	3,4% 67%	4,3% 53%	1,6% 67%
Célibataire, 40-49 ans				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	4,2% 42%	3,1% 53%	3,4% 42%	2,5% 53%
Célibataire, 30-39 ans				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	3,2% 48%	2,2% 60%	2,7% 48%	1,8% 60%
Célibataire, 30-39 ans, 1 enfant				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	3,5% 47%	2,9% 59%	2,9% 47%	2,3% 59%
Couple, 30-39 ans, 2 enfants				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	3,6% 55%	2,3% 69%	2,9% 55%	1,9% 69%
Couple, 30-39 ans, 3 enfants				
Taux d'effort en % ACS/cotisation	3,3% 56%	2,1% 71%	2,7% 56%	1,7% 71%

Source : Fonds CMU ; calculs : secrétariat général du HCAAM

a12) Discussion

- Le chiffrage du surcoût financier induit par le réaménagement du bloc CMUc/ACS est à prendre avec beaucoup de précaution car il présente un certain nombre de points faibles. En particulier :

* les estimations d'effectifs potentiels sont très fragiles : incertitude sur les revenus, sur les DOM, sur les ménages mal connus dans l'enquête, sur les personnes exclues tant de la CMUc que de l'ACS parce qu'elles sont couvertes par un contrat collectif en entreprise.

* le coût estimé est celui de la cible théorique : il est très improbable que tous les bénéficiaires potentiels accèdent à l'aide, notamment en ACS (défaut d'information, personnes en ALD ou exonérés à titre personnel ou habitant des zones géographiques où l'on ne pratique pas de dépassement et ne jugeant donc pas nécessaire d'avoir une couverture complémentaire, taux d'effort encore excessif...)

- comme le montant de l'aide est fortement augmenté, les taux d'effort fléchissent de façon sensible ; mais la baisse n'est pas radicale parce que la réforme simulée est associée à une forte augmentation (20% de la cotisation)¹⁸.
- l'effet de seuil est d'un niveau plus cohérent (le dépassement du plafond de l'ACS entraîne une charge de l'ordre de 2% du revenu contre 3,5% actuellement).

a13) Variantes moins onéreuses

- variante 1 :

On se cale sur le seuil de pauvreté à 50% du revenu médian. Il n'y a pas pratiquement d'effet de champ. Le progrès résulte de l'augmentation de 50% du montant de l'aide.

- variante 2 :

On se cale sur le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian. L'effet de champ est substantiel mais on n'augmenterait pas le montant de l'ACS dans la proportion précitée, soit en se donnant comme objectif un taux d'aide de 50% sur les contrats (pour un niveau donné de garanties) ; soit en se bornant à augmenter le montant de l'aide de 25%.

Tableau 13 – Chiffrage du surcoût financier du réaménagement du bloc CMUc/ACS

(en M€)	Surcoût financier	Métropole	DOM	France entière
CISS	CMUc	156	46	202
	ACS	427	69	496
	TOTAL	583	115	698
Variante 1	CMUc	0	0	0
	ACS	208	31	239
	TOTAL	208	31	239
Variante 2	CMUc	156	46	202
	ACS	286	47	333
	TOTAL	442	93	535

a14) Arbitrages

Pour une enveloppe donnée, il vaut mieux étendre le champ que le montant de l'ACS (cela minimise l'effet de seuil).

¹⁸ Encore ne tient-on pas compte dans ce calcul de la croissance de la cotisation liée à l'augmentation des dépenses de 0,5 point de plus que le PIB.

a15) Indépendamment des voies de progrès précitées, on peut améliorer l'ACS :

- en en facilitant la gestion par les assurés concernés (c'est l'objet de l'option d'un chèque retenue par la ministre de la santé) ;
- en poursuivant l'effort d'information (notamment par les caisses de sécurité sociale) ;
- en réfléchissant à la pertinence de créer un ou plusieurs contrats « repère » que tous les assureurs devraient intégrer dans leur gamme de produits et dont on définirait les caractéristiques principales. Mais cette dernière option est contestée par les OCAM qui privilégient une approche pragmatique et ne souhaitent pas qu'on adopte un dispositif réglementaire.

b) Des contraintes de tarification protégeant les personnes âgées.

Cet objectif peut être discuté. On peut en effet trouver normal que la plupart des personnes âgées contribuent de façon plus marquée à leurs dépenses de soins (en ce sens, une augmentation de la cotisation de couverture complémentaire permettant de soulager les finances publiques est une alternative à l'augmentation du taux de la CSG pour les personnes âgées). On peut donc admettre la pression exercée sur les personnes âgées d'autant plus que l'approche retenue ci-dessus sur l'ACS - dont le montant progresse avec l'âge - permet d'épargner les plus modestes des séniors.

On peut au contraire souhaiter cantonner l'effet de l'ajustement base/complémentaire sur les personnes âgées.

Si on veut contenir ces effets, on peut étendre à l'ensemble des OC la discipline de tarification imposée pour les fonctions publiques dans le décret du 19 septembre 2007 qui subordonne l'aide des employeurs publics au plafonnement (1 à 3) de l'écart de la cotisation, pour un même niveau de garantie entre assurés de plus de trente ans (voir supra page 20). Cette forme de tarification qui protège les personnes âgées impose en contrepartie une charge plus importante pour les personnes les plus jeunes.

Cette contrainte ne semble pas trop dure¹⁹ à respecter dans l'état actuel des charges des OC²⁰. Si la piste est retenue, on pourrait actualiser les données (qu'il s'agisse de l'écart des RAC ou l'écart des cotisations).

Son extension – dans le régime des contrats responsables – constituerait une garantie envisageable.

¹⁹ Rappelons qu'elle mutualise à un degré nettement moindre que la MGEN ou PRO-BTP

²⁰ Extrait du rapport HCAAM de 2007 : dans l'EPAS, le rapport des RAC entre les assurés de plus de 70 ans et ceux de 30/35 ans est de 2,5. Ce ratio est sous estimé notamment par le fait que les dépenses d'hospitalisation sont insuffisamment prises en compte dans l'EPS. En 2005, une étude de la mutualité situait ce ratio à 2,9 et celle d'une assurance à 2,6.

c) Le bouclage de la complémentaire

L'enquête de l'IRDES 2006

1) Les ménages sans couverture complémentaire ni CMUC

8% des ménages sont dans ce cas et déclarent ne pas avoir de contrat de complémentaire parce que

- * ils ne sont pas malades et se jugent en bonne santé (17%)
- * ils sont pris en charge à 100% (14%)
- * parce que leur situation financière les en écarte (53%)

2) Les ménages qui ont perdu leur couverture complémentaire

4% des ménages sont dans ce cas et déclarent ne plus avoir de couverture complémentaire parce que

- * ils ont perdu leur emploi et sont au chômage (21%)
- * ils ont changé d'emploi (12%)
- * parce que leur situation financière ne leur permet pas de garder leur couverture antérieure (30%)

Pour tendre (voire atteindre) le bouclage (détention à 100% d'un contrat), on peut agir dans deux directions :

- l'amélioration de l'ACS y contribuerait de façon sensible (si la réforme est ambitieuse et est portée par un réel effort de la faire réussir concrètement) ;
- la relance de la discussion sur la prévoyance santé dans les PME comme envisagé par le précédent gouvernement (mémorandum Larcher).

L'idée parfois évoquée de rendre obligatoire la couverture santé pose deux problèmes majeurs :

- la définition des garanties minimales du contrat ;
- la définition de la sanction à appliquer en cas de défaut d'assurance (dont on voit mal la portée). Rappelons que le rapport Chadelat – qui voulait fonder le système de prise en charge sur une assurance à deux étages, l'assurance maladie de base et l'intervention réglementairement encadrées des complémentaires – n'avait pas retenu l'obligation d'assurance.

d) Rappelons que le bouclier peut être une alternative au bouclage (les assurés hors CMUC et sans couverture complémentaire sont alors protégés de RAC trop élevés et/ou de taux d'effort abusifs)

Il n'y a pas lieu de reprendre ici les conclusions du rapport Briet/Fragonard dont le Conseil a pris acte dans sa séance du 22 novembre 2007.

Mais il est clair que l'hypothèse d'un ajustement de la base vers le complémentaire rend l'option bouclier plus « actuelle ».

e) Faut-il aller plus loin en instituant une aide universelle pour l'acquisition de la couverture complémentaire ?

Ce serait à l'évidence une compensation importante du dépôt. Elle serait bien accueillie par les classes moyennes.

e1) Dans l'approche la plus ambitieuse, on mettrait en place un crédit d'impôt (variant le cas échéant avec l'âge) pour l'ensemble des ménages.

Mais, sauf si on retient un montant dérisoire, la dépense serait élevée et le gage parfois évoqué (supprimer le statut social et fiscal des contrats collectifs en entreprise et le statut fiscal des contrats Madelin) sera très contesté.

Le HCAAM avait adopté un point de vue plutôt négatif sur un schéma de ce type dans son avis du 24 février 2005, repris dans le rapport 2007 (voir annexe 3).

e2) Dans une approche moins ambitieuse, on met en place un dispositif d'aide s'inspirant des aides au logement.

Son champ personnel serait plus large que celui de l'ACS et l'aide diminuerait de façon linéaire entre le plafond de la CMUC et le plafond d'exclusion.

Le HCAAM a adopté un point de vue nuancé sur un schéma de ce type dans son rapport de juillet 2007 (voir annexe 3) : la réforme ne s'impose pas dans la situation actuelle ; « une telle approche ne semblerait devoir être retenue qu'en cas d'ajustement caractérisé des régimes de base, perspective qui s'écarte du cadre global qui avait réalisé le consensus du HCAAM dans son rapport de 2004 ».

E) Quels types de transfert pour les prestations en nature ?

Deux voies sont envisageables, éventuellement cumulables.

E1) La spécialisation par domaines (suppression ou forte réduction du domaine où les deux payeurs coexistent)

L'AMC aurait en propre la totalité – ou la quasi-totalité – d'un segment de soins. L'AMO s'en désengage (totalement ou plus nettement).

On évoque classiquement certains des segments du marché des dispositifs médicaux (et notamment l'optique).

1) Les prothèses dentaires

L'intervention de l'AMO en matière de prothèses dentaires est déjà très limitée (moins de 20 % de la dépense. Les OC sont déjà engagées dans la gestion du risque.

Ces éléments plaident, selon certains intervenants, pour un basculement intégral des prothèses dans le champ des couvertures complémentaires.

Le désengagement des régimes de base serait alors de 1,2Md€.

Cette perspective est très contestée.

Pour certains des membres du Conseil par exemple, il n'est pas concevable que l'assurance maladie se désengage totalement (et son absence sur les champs de l'orthodontie et des implants au-delà de la seizième année n'est pas un argument pertinent pour l'étendre à d'autres segments du marché) d'autant plus qu'il est nécessaire de sauvegarder la vision unitaire des soins dentaires et la continuité de la gestion du risque (à ce dernier titre, ils considèrent qu'une collaboration plus étroite entre l'UNOCAM et l'UNCAM permettrait des progrès substantiels dans la régulation du marché).

Dans l'hypothèse d'un désengagement à hauteur des Md€ concernés, resterait à définir si on constraint les OC à un minimum de prise en charge ou si on laisse une liberté intégrale au jeu des contrats. Si on retient un plancher de garantie, doit-on le situer au tarif actuel de la

sécurité sociale (dans ce cas, toutes choses égales par ailleurs, les cotisations des OC augmenteraient de près de 5%) ou par exemple au niveau du barème CMUC (dans ce cas, les OC seraient conduites à augmenter plus leurs cotisations pour couvrir le désengagement du régime de base et l'amélioration des garanties des contrats d'entrée de gamme)?

2) L'optique

C'est un secteur très original dans la dépense de soins : très faible implication de l'assurance maladie (3% pour l'optique adulte pour la dépense présentée au remboursement ; implication nulle pour certains soins²¹²²) ; marché très mal régulé et à prix excessifs.

Les OC qui couvrent 50% de la dépense présentée au remboursement ont entamé une politique de gestion du risque.

Ces caractéristiques du marché de l'optique expliquent qu'on évoque parfois le désengagement complet de l'assurance maladie pour les soins des adultes.

Notons que la dimension financière du problème est totalement secondaire.

3) Les audioprothèses

Les caractéristiques du secteur le rapprochent de l'optique (notamment le faible taux de prise en charge par l'assurance maladie).

E2) L'accroissement de la part des OC et/ou des ménages pour des dépenses où les deux payeurs interviendraient conjointement

1) Les formules qui sollicitent les ménages en fonction de leurs dépenses

a) Une augmentation générale du ticket modérateur dans son champ actuel.

Une augmentation de 5 points du TM en soins de ville procure une économie de plus de 1,9Md€ pour l'AMO. L'incidence moyenne est faible (30€ par personne et par an ; 70€ par ménage) mais varie considérablement selon les ménages.

- classé par déciles de consommateurs, le TM actuel passe de un à cent entre le premier et le dernier décile.

- la variation est sensible avec l'âge (le TM est dans un rapport de 1 à près de 3 entre les personnes de moins de 40 ans et de plus de 60 ans)

- la variation est peu sensible au revenu

- contrairement à ce qui est souvent avancé,

- * le TM moyen par tête est supérieur de 20% pour les assurés en ALD à celui des autres assurés

- * le TM du dernier décile est plus élevé pour les assurés non-ALD que pour les assurés en ALD (680€ contre 400€ en 2004)

L'augmentation du RAC serait très largement prise en charge par les couvertures complémentaires : resterait à définir s'il convient de procéder à l'ajustement du coefficient d'intervention des « contrats responsables » pour maintenir le niveau actuel de prise en charge pour les honoraires de médecins et les médicaments à vignette blanche. L'augmentation des cotisations (plus de 7%) pourrait être un peu plus forte pour les personnes âgées.

²¹ Lentilles pour les faibles degrés de correction.

²² Près de 20% pour les enfants.

L'effort financier ne pèserait donc de façon sensible que pour les ménages à la fois gros consommateurs et dépourvus de couverture complémentaire et non allocataires de la CMUC.

b) Un aménagement du régime des assurés en ALD

b1) Le resserrement des conditions d'accès et de maintien en ALD.

L'avis du HCAAM de 2005 avait souligné la pertinence du principe des ALD (exonération du TM sur les soins en rapport) qui écrête de façon radicale les gros RAC qui résulteraient du ticket modérateur de droit commun appliqué à de très fortes dépenses de soins de ville.

Le Conseil a confirmé cette option dans son rapport de 2007.

Nonobstant – et dès 2005 – il avait signalé que le niveau de soins de ville de certains assurés ne justifiait pas une exonération aussi totale ; et ce d'autant plus que certains assurés non ALD supportaient un RAC élevé.

Dès cette époque il avait appelé à une réflexion sur les méthodes qui rendraient le système plus équitable entre assurés (proposition principale) et plus économique des deniers publics (proposition seconde).

La délibération de 2005

« dès lors, la question peut se poser de savoir si le régime de prise en charge par les régimes de base ne devrait pas couvrir de façon plus cohérente, efficace et équitable les ménages. Il s'agirait de prendre en charge mieux qu'aujourd'hui certains assurés non ALD qui supportent un fort reste à charge. Et symétriquement, dans la logique qui est profondément la sienne, le régime des ALD devrait se concentrer sur les seules dépenses les plus coûteuses – ou sur les cumuls les plus coûteux de petites dépenses – pour les personnes dont il assure la couverture.

Pour disposer des données statistiques permettant de fonder une telle approche, le Haut Conseil recommande qu'une étude détaillée soit menée sur le profil de dépenses et les facteurs de dispersion des dépenses – notamment de soins de ville – des assurés supportant un RAC important, qu'ils soient ou non en ALD.

Si l'étude suggérée ici montrait des profils de dépenses qui pourraient justifier des aménagements du système de prise en charge, il y aurait lieu d'analyser la pertinence de schémas de réforme, portant notamment sur :

- le recours à un mécanisme financier qui unifie les prises en charge sur la base d'un plafonnement du RAC.

- une approche plus fine de l'exonération. On pourrait faire varier le taux d'exonération en fonction du niveau et du profil des dépenses et mettre ainsi en oeuvre des exonérations partielles comme la possibilité en est ouverte par l'article L 322-28. C'est une approche de ce type qui avait été retenue pour les titulaires du minimum vieillesse (plafonnement du RAC à 20% sauf pour la pharmacie) ».

Depuis lors la discussion s'est développée sur deux axes :

- la déconnexion entre le régime financier d'exonération et les maladies exonérantes, le critère pertinent étant le niveau de la dépense, que l'assuré soit ou non en ALD.

L'analyse a débouché sur le schéma de bouclier sanitaire (rapport Briet/Fragonard).

- le déclassement de certaines ALD : la révision des conditions d'admission et de sortie permettrait de dégager des économies sur des affections ou séquences d'affections pour lesquelles on constate que le niveau de dépenses ne justifie pas un régime de dérogation aussi généreux.

Malgré les difficultés de cette approche (analysées par la HAS dans ses travaux de 2007)²³ ²⁴, il convient de poursuivre dans cette voie (dans son audition à la MECSS le mai 2008, le directeur de la sécurité sociale a ainsi rappelé le progrès réalisé lors de la révision des conditions d'admission en matière de psychiatrie).

Le secrétariat du HCAAM n'a aucune indication sur les conséquences possibles d'une réforme de ce type. Mais les économies peuvent être significatives : la soumission au TM de droit commun de 1% de la dépense en soins de ville des assurés en ALD procure une économie de 100M€.

b2) L'institution d'un TM modéré sur les soins « en rapport » des assurés en ALD

Les chiffres clé : 40Md€ en soins de ville ; 75% (environ 30Md€) sont « en rapport » avec la maladie exonérante et ne supportent aucun TM ; 25% (10Md€) « sans rapport » avec la maladie exonérante supportent en moyenne un TM de 31%.

Assujettir les premières à un léger ticket modérateur procure une économie de près de 300M€ par point. L'incidence moyenne par point est donc faible (35,3€ par personne et par an) mais deviendrait significative à 3 voire 5 points (avec ce dernier taux on aurait un rendement équivalent à l'augmentation précitée du TM de droit commun et un montant par ménage de près de 180€).

Le RAC nouveau varierait considérablement selon les ménages :

- la dépense de soins de ville en rapport avec la maladie exonérante sur laquelle on appliquerait le ticket modérateur est très dispersée : de un à cent entre le premier et le dernier décile.
- la variation est sensible avec l'âge compte tenu de la forte concentration des ALD chez les personnes âgées ;
- la variation est peu sensible au revenu.

Certes cette augmentation du RAC serait très largement prise en charge par les couvertures complémentaires et la très forte diffusion des « contrats responsables » permettrait de parvenir à une prise en charge totale pour les honoraires de médecins et les médicaments à vignette blanche. Mais

*l'augmentation des cotisations (7% pour un taux de TM de 5%) des contrats de complémentaires serait donc plus forte pour les personnes âgées.

* l'effort financier pèserait de façon sensible pour les ménages à la fois gros consommateurs et dépourvus de couverture complémentaire et non allocataires de la CMUC. Compte tenu de la forte dispersion des dépenses de l'espèce – et sur un schéma de taux de 3 à 5 points – l'accroissement du RAC pour les ménages modestes sans couverture complémentaire serait très sévère.

Dans ces conditions, une telle réforme ne semble guère concevable sans recours à des formules « de compensation » :

- majoration du champ de la CMUC et de l'ACS ;

²³ Cette appréciation a constitué un argument important dans le débat sur le bouclier.

²⁴ La réflexion entamée sur le diabète de type II non insulino-dépendant en témoigne.

- bouclier propre aux ALD (avec ou sans modulation avec le revenu). Dans cette hypothèse, on peut opter pour un taux unique de TM quelle que soit la nature des prestations²⁵ ou maintenir la séparation entre les « soins en rapport » avec un taux bas de TM et les « soins sans rapport » avec le TM de droit commun. Dans le rapport Briet/Fragonard on a une opération blanche en soins de ville 2004 avec un taux de TM de 4,5% et un plafond de 450€ (30% des assurés étant au plafond).

b3) La prise en charge par les complémentaires d'une partie d'éléments de rémunération autres que le C/V si on devait modifier la rémunération des médecins pour le suivi des patients en ALD.

Actuellement, le forfait versé en sus du paiement à l'acte est modeste (40€/an) et intégralement supporté par l'assurance maladie.

b4) Le remboursement « 35 à 35 » pour les médicaments à vignette bleue « en rapport avec l'ALD »

L'idée sous jacente de cette réforme est que les médicaments de l'espèce ne sont pas stratégiques en termes de santé d'une part, sont souvent de faible prix d'autre part. Un moindre remboursement ne serait pas insupportable.

Cette réforme avait été évoquée au printemps 2007 dans l'étude des suites à donner au comité d'alerte (elle rapporterait environ 250M€). L'incidence moyenne aurait été faible (28€ par assuré) avec une dispersion significative.

Comme la définition du contrat responsable ne s'applique pas aux médicaments de l'espèce, les OCAM seraient libres de compléter ou non le remboursement à 35%.

* * *

Cette mesure a été unanimement rejetée par le Conseil de la CNAMTS le 26 juin dernier. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir à ce stade. Tout au plus peut-on souhaiter qu'on étudie les situations qui ont été jugées si pénalisantes qu'elles ont entraîné l'opposition du Conseil, celles d'assurés dont la consommation de médicaments de vignette bleue est

- 1) importante en volume et coûteuse
- 2) précieuse en termes de santé et de bien être

c) Le forfait journalier

Une nouvelle augmentation (faisant suite aux trois précédentes) justifierait qu'on étudie de « passer » par la formule du contrat responsable pour conduire les OC à le prendre en charge sur la durée. Telle était la ligne évoquée par le HCAAM dans son rapport de 2007.

1€ procure une économie de 100M€ pour l'AMO.

d) La non actualisation du tarif de prise en charge par l'assurance maladie dans les segments de marché sans prix limite de vente (certains dispositifs médicaux par exemple) d'une part, sur les prestations pour lesquels le praticien peut dépasser ces tarifs (dépassements d'honoraires par exemple) d'autre part.

Cette non actualisation se solde par des dépassements qui sont à la charge des ménages et/ou des complémentaires. C'est ce qui s'est passé de façon massive pour l'optique, les prothèses dentaires et les audioprothèses.

²⁵ La suppression de l'ordonnancier bi-zone est analysée dans le rapport Briet/Fragonard pages 12 et 13.

C'est – de façon rampante, non explicite – une manière de désengager la sécurité sociale. Elle est ainsi d'une nature très différente d'une formule comme l'augmentation du ticket modérateur. Dans cette formule le reste à charge est plafonné (à l'écart entre le tarif et la base de remboursement) et, dans certains cas, le recours aux contrats responsables permet de « normer » sa prise en charge par les complémentaires.

Dans le cas des dépassements, il n'y a pas de borne supérieure au RAC (sous réserve du respect du tact et de la mesure ?) et on a jusqu'à présent accepté des différences importantes dans les garanties des complémentaires.

La rupture avec le principe d'opposabilité qui résulterait d'un gel subreptice des bases de remboursement affecterait gravement la logique de l'assurance maladie.

Elle ne saurait donc être retenue comme l'outil d'une politique de régulation budgétaire.

Reste à déterminer ce qui doit être fait sur les segments du système de soins où des dépassements importants et largement diffusés existent déjà.

Trois options sont concevables :

- l'acceptation de l'état de fait ;
- la « reconquête » par le rehaussement des bases de remboursement de la sécurité sociale ;
- la mise en cohérence des interventions du régime de base et des complémentaires, associée à la maîtrise des dépassements.

d1) Pour les dispositifs médicaux

Le Conseil a souligné l'irréalisme d'une revalorisation majeure des bases de remboursement et privilégié des avancées modestes (à supposer qu'on juge que les marges de financement adéquates soient prioritaires dans la gestion des politiques publiques).

Il a laissé ouvert des perspectives de mise en cohérence des régimes de base et des complémentaires.

Extraits de l'avis du 29 mai 2008

a) Est-il concevable de revenir à la double option d'opposabilité et de niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie ?

Il y a deux volets dans cette problématique :

- l'ampleur du RAC à « couvrir » est considérable. A supposer que les dépassements soient pris en charge à hauteur de 70% par l'assurance maladie, c'est une dépense de plus de 6Md€ qu'il faudrait consentir. Les contraintes des finances publiques ne permettent pas de l'envisager. L'effort financier serait ramené à plus de 4Md€ si la gestion du risque conduisait à une baisse des prix de 20%, somme qui semble encore hors de portée dans le cadre actuel du financement de la sécurité sociale...

b) Comment corriger la faiblesse de la prise en charge pour des ménages « prioritaires » en ayant recours à des tarifs de remboursement améliorés ?

b1) Un effort a été mis en œuvre pour les soins des enfants

b2) La CMUC concourt à alléger la charge des ménages modestes....

La prise en charge se fait sur des tarifs substantiellement supérieurs à ceux du droit commun (facteur 2,2 pour les audioprothèses ; 2,2 pour les prothèses dentaires et 4,6 pour l'optique). Ces tarifs sont en partie opposables (prothèses dentaires).

Ce régime constitue donc un progrès très sensible mais pour une petite minorité d'assurés.

(La généralisation à l'ensemble des assurés des tarifs CMUC représenterait un investissement de près de 2Md€ pour l'assurance maladie).

b3) Pour les DM qui sont aussi des « aides techniques », comment combiner la prise en charge par l'assurance maladie (au titre du soin) et la prise en charge complémentaire au titre de la « perte d'autonomie » ?

b31) Les départements allouent une prestation additionnelle spécifique (la PCH) aux personnes handicapées...

b32) Les fonds départementaux de compensation peuvent apporter des aides complémentaires...

b33) L'AGEFIPH et le FIPHFP peuvent attribuer des aides aux travailleurs handicapés

Même s'ils ne « mordent » que de façon limitée sur les dépassements, les efforts décrits supra ont d'indéniables mérites et leur consolidation semble plus crédible qu'un effort généralisé à l'ensemble des ménages.

*

* * *

A défaut d'une reconquête globale du marché en termes d'opposabilité, le HCAAM estime que dans l'emploi des marges de manœuvre envisageables, les outils précités peuvent se révéler pertinents.

d2) Pour les honoraires des médecins

Le débat est vif sur les formules avancées, notamment le secteur optionnel dans lequel les dépassements seraient :

- 1) « maîtrisés » (par un plafond ? ou une référence) ou conditionnés (notamment par des engagements sur la pratique médicale) ;
- 2) pris en charge par les complémentaires (« opposabilité intégrée ») de façon plus ou moins contrainte²⁶ ;
- 3) éventuellement ouverts à d'autres médecins que ceux du secteur II ;
- 4) éventuellement associés au gel du secteur II « traditionnel »²⁷.

²⁶ Dans sa lettre ouverte du 12 mars 2008 sur le secteur optionnel, l'UNOCAM a posé comme principes
- les OCAM veulent conserver la liberté d'inclure ce nouveau dispositif dans leurs garanties
- les compléments de rémunération doivent comporter des contreparties qualitatives mesurables

Le HCAAM ne s'est pas saisi de ce problème.

Il a considéré que la priorité concernait les dépassements en établissements de santé (qui ne représentent que le quart des dépassements d'honoraires) pour lesquels on peut peut-être trouver plus facilement les termes d'une maîtrise cohérente.

2) Les formules qui sollicitent les ménages de façon moins dépendante (ou quasi indépendante) de leur consommation

a) L'accroissement de la franchise sur les médicaments.

Une perspective de ce type appelle trois commentaires :

- dans sa forme actuelle, la franchise n'est pas réassurable auprès des OC. En l'absence de bouclier, il a donc paru logique de prévoir son plafonnement²⁸ (ce qui protège les ménages « gros consommateurs » dont la dépense au titre de la franchise peut être élevée pour certains ménages²⁹) ;
- comme la franchise est forfaitaire, la dégradation de la part du remboursement par l'assurance maladie varie avec le taux de prise en charge (35, 65% ou 100%) et avec le prix de la boîte. Ainsi les médicaments à 35% d'un prix public moyen de 5,4€ sont-ils en fait remboursés à 26% par l'assurance maladie ([€*35%]-05€) ;
- un durcissement de ce système dépendrait du choix des paramètres retenus (montant de la franchise ; niveau du plafond) comme indiqué dans le tableau ci dessous.

Tableau 14 - Rendement des franchises

Franchise unitaire	Plafond	Rendement	Population au plafond ³⁰
0,5€	50€	650M€	15%
0,5€	100€	780M€	5%
1€	50€	950M€	33%
1€	100€	1 295M€	17%

b) L'institution d'une franchise globale à la base.

Le rapport 2007 du HCAAM l'avait évoquée comme suit :

« La grande majorité des assurés va supporter la franchise, de montant forfaitaire (seuls les petits consommateurs payeront moins que la franchise ; leur contribution variera de 1 euro jusqu'au montant de la franchise).

Le système de la franchise « épargne » donc, toutes choses par ailleurs, les gros consommateurs dont la contribution est plafonnée au montant de la franchise.

²⁷ Pour l'UNOCAM (document précité), la régulation du secteur 2 est indissociable de la mise en place du secteur optionnel. La lettre mentionne « la restriction des entrées en secteur 2 ».

²⁸ 15% des assurés bénéficieraient du plafond (s'ils n'avaient pas recours aux autres soins auxquels la franchise est appliquée sous un plafond commun).

²⁹ Le dernier vingtile consomme en moyenne 232 boîtes de médicaments par an.

³⁰ Sur la population concernée : consommateurs hors enfants, femmes enceintes et assurés CMUC, soit 37M de personnes.

Dans ce système, une partie des assurés ne « toucheront rien de la sécurité sociale » : ceux dont les remboursements sont actuellement inférieurs à la franchise envisagée³¹.

Certains craignent que l'expérience « amère » du « non retour sur cotisations » diminue leur adhésion à la sécurité sociale et les pousse à réclamer un « droit de sortie ».

Beaucoup considèrent que cela affecterait la solidarité.

Pourtant la plupart des gens peuvent comprendre que le « retour sur cotisation » n'intervient que faiblement pour les petits risques, ce qui permet une prise en charge élevée dans les épisodes graves ou au grand âge : l'assurance maladie est avant tout un système de solidarité dans le temps, sur tout le cycle de vie ».

Un système de franchise appelle deux remarques :

- il s'agit d'une mesure de rendement puisque la quasi-totalité des assurés serait amenée à la supporter (les assurés les plus modestes pouvant en être dispensés). Avec comme seul motif d'exonération le régime CMUC, une franchise de 100€ sur les soins de ville remboursés a un rendement voisin de 4,2Md€
- elle peut ou pas être modulée avec le revenu.

c) Le déremboursement de certains biens médicaux sur un critère de coût

Dans une telle approche – et sans avoir à statuer sur l'utilité relative des biens – on considère que les ménages peuvent supporter la perte d'un remboursement qui se compte en dizaines de centimes d'euro ou en quelques euros (les complémentaires les prenant ou non en charge en fonction de leurs offres et des choix des ménages).

Le rendement d'une mesure de ce type dépend :

- de son champ : est-elle applicable ou non aux assurés en ALD ? aux enfants ? aux assurés exonérés à titre personnel ?
- de son montant.

Dans une hypothèse forte citée (5€ sans exonération sauf CMUC) le rendement serait de l'ordre de 2,3Md€.

d) Le déremboursement (ou le déclassent de taux) pour des biens qui n'ont pas de valeur majeure dans la stratégie thérapeutique (et qui sont très souvent de faible prix)

- le HCAAM avait pour sa part évoqué - sans conclure - le déremboursement complet des médicaments à vignette bleue en prescription facultative.
- la réforme de la prise en charge des cures thermales est parfois évoquée dans cet esprit (mesure proposée par le RSI dans le cadre des mesures d'équilibre 2009).

3) Les formules précitées peuvent être ou non associées à un mécanisme de bouclier (avec ou pas modulation en fonction du revenu).

L'existence d'un bouclier, surtout s'il est modulé avec le revenu, protège ceux des ménages pour lesquels l'absence ou la modestie des garanties d'un contrat de couverture complémentaire les expose à « prendre de plein fouet » les conséquences d'un désengagement de la sécurité sociale sur des dépenses élevées.

³¹ Environ 30% de la population pour une franchise de 100€ sur les soins de ville remboursés ; un peu plus avec une franchise de 200€ sur les soins de ville présentés au remboursement (chiffre calés sur les dépenses de 2004).

F) Quels types de transfert pour les prestations en espèces

Compte tenu de la très large implication des entreprises dans les prestations en espèces, durcir les conditions de prise en charge par l'AMO s'analyse en fait non comme un transfert sur les ménages mais d'un transfert sur les entreprises qui soit en supporteraient directement la charge soit la réassurerait auprès d'une OC.

1) Le HCAAM a évoqué le transfert aux employeurs des arrêts maladie de courte durée au double motif

- qu'ils y sont déjà lourdement engagés avec la loi de mensualisation et les conventions collectives ou accords d'entreprise
- qu'une politique de prévention des arrêts courts serait mieux menée si l'employeur avait la main sur la totalité du risque.

Des pays étrangers ne font d'ailleurs démarrer l'intervention de la sécurité sociale que plusieurs semaines après la date de l'arrêt maladie.

Dans sa note du 28 février 2008, le secrétariat du Conseil avait considéré que ce transfert devrait être compensé pour les entreprises par une baisse de leurs cotisations.

Le Conseil avait conclu en ces termes

Avis de février 2008 sur le portage des premiers jours des arrêts maladie et la date d'intervention de la sécurité sociale

« Dans le régime général, l'intervention de la sécurité sociale est précoce (à partir du quatrième jour), ce qui la distingue de la plupart des pays européens où l'employeur doit assurer directement le maintien du salaire pendant une durée liminaire de plusieurs semaines ou mois. Mais il convient de relativiser cette comparaison dès lors que les systèmes sociaux – et de financement de la protection sociale – sont très différents.

Par ailleurs l'employeur est en France légalement tenu de compléter l'indemnisation de la sécurité sociale à un degré de généralisation élevé (même s'il est moindre que ce qui prévaut en assurance maladie). Les partenaires sociaux viennent d'ailleurs d'étendre le champ personnel de la loi de mensualisation avec le passage de trois à un an de l'ancienneté dans l'entreprise requis pour ouvrir le droit.

Enfin on a vu que les déterminants des arrêts de faible durée renvoient souvent aux conditions de travail qui expliquent une part significative des écarts dans la fréquence de ces arrêts.

Ce triple constat a conduit le secrétariat du Conseil à s'interroger sur l'opportunité de basculer l'indemnisation des premières semaines d'arrêt maladie sur l'employeur (au-delà de leur implication actuelle). On pourrait en attendre un traitement plus pertinent de l'absentéisme (actions de prévention, meilleure prise en compte des contraintes familiales...). Dans cette option, les entreprises – dans le prolongement de la loi de mensualisation – auraient l'obligation légale d'assurer les arrêts pendant le nombre de semaines et à hauteur du taux de remplacement arbitrés. En contrepartie, leur cotisation de sécurité sociale serait diminuée et le transfert devrait être globalement neutre pour les entreprises.

Dans ce transfert le solde propre à chaque entreprise dépendrait de la densité de l'absentéisme. On rejoindrait en partie la logique des AT où la cotisation dépend partiellement de la sinistralité.

Cette option a des conséquences complexes (liées par exemple à l'intégration des IJ « transférées » dans l'assiette des cotisations sociales, au poids que ce transfert pourrait représenter faute de mutualisation pour les petites entreprises ou encore aux modifications éventuelles de comportement qu'il induirait).

Le Conseil a considéré que les termes de cette option n'étaient à ce stade pas suffisamment étudiés pour permettre d'aller plus loin que sa simple évocation. »

2) Dans une approche plus conservatrice on peut diminuer les conditions de prise en charge par l'AMO.

Ont été ainsi évoqués l'allongement de la franchise de trois jours ou la baisse du taux de remplacement des IJ dans la période initiale.

Le HCAAM avait considéré que si elles devaient intervenir, ces mesures (comme l'imposition des IJ/ALD) devraient être recyclées pour lisser le calendrier des indemnités journalières au delà de la période initiale et/ou pour améliorer les minima d'invalidité et non être retenues dans un plan d'économies.

G) Transferts vers d'autres institutions que les OC/maladie

Pour qu'ils aient un sens en termes de finances publiques, il faut que les transferts se traduisent par une diminution des prestations publiques et/ou, par une gestion plus facile et lisible.

Le HCAAM a considéré qu'on devrait étudier en ce sens la répartition des dépenses de dépendance en établissements entre l'assurance maladie et la « section » dépendance.

Selon la Cour des Comptes, ce partage serait déséquilibré en défaveur de l'AMO et au profit des ménages. Or la logique de prise en charge par ces deux agents est très différente. L'AMO intervient à 100% et pour tous de façon égalitaire ; en revanche, lorsque les dépenses sont imputées sur la section dépendance, il y a une participation des ménages (certes très faible³²) et qui varie avec le revenu. Un transfert de l'Assurance maladie soulagerait donc les finances publiques sans que les ménages modestes soient trop mis à contribution si on parvient à moduler leur participation avec leur revenu de façon plus effective.

Nous avions convenu avec le directeur de la CNSA d'étudier ce problème à l'automne. Il s'agit là d'un problème technique très complexe qui ne pourra être analysé que lorsque l'on connaîtra les options retenues de la prise en charge globale de la dépendance.

³² Cf. la modestie du « talon » en établissement

CHAPITRE III - APPROCHES SECTORIELLES

SECTION I - LES PRESTATIONS EN ESPECES

Le Haut conseil a étudié l'indemnisation des arrêts maladie et de l'invalidité. Le système est complexe et mal connu (A). Il se révèle un système de très forte protection mais qui reste inégalitaire parce qu'un petit nombre d'assurés sont « exclus » par les conditions d'ouverture du droit et parce que la protection complémentaire n'est ni générale ni homogène.

Dans son avis du 28 février 2008, le Haut conseil a rappelé les enjeux et souligné les pistes de réflexion pour la politique à mener (B).

A) Les règles d'indemnisation

1) Le système d'indemnisation est complexe

a) Il varie selon :

- le type de profession et le régime de sécurité sociale ;
- l'ancienneté du salarié dans l'entreprise ;
- le temps de travail du salarié ;
- le régime de prévoyance.

b) Pour les arrêts maladie, il se comprend par la succession de trois étages

- l'assurance maladie indemnise les arrêts de travail à partir du 4^{ème} jour à hauteur de 50% du salaire brut, dans la limite du plafond de la sécurité sociale (premier étage) ;
- l'entreprise, conformément à la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 vient compléter les IJ de la sécurité sociale en portant ce taux à près de 90% du salaire brut à partir du 7^{ème} jour puis à 66% et ce sur une durée variant selon l'ancienneté du salariés dans l'entreprise (deuxième étage) ;
- l'entreprise assure le cas échéant une protection complémentaire soit directement soit en déléguant la gestion à un tiers OC (son apport financier souvent conséquent s'adossant à un statut social et fiscal très favorable).

c) Pour l'invalidité, l'indemnisation cumule souvent la pension servie par le régime de base et des rentes servies au titre de la prévoyance

- à la différence des arrêts maladie il n'y a pas d'obligation légale pesant sur les entreprises (analogie au dispositif de la loi de mensualisation). L'écart entre les salariés couverts en prévoyance et ceux qui ne le sont pas est donc, toutes choses égales par ailleurs, plus important en invalidité ;
- le revenu des ménages de pensionnés est complété lorsqu'il est très faible par un système de minimum d'invalidité : l'ASI. 15,8% des allocataires du régime général perçoivent l'ASI.

2) Si on connaît avec précision les conditions de prise en charge pour le régime de base des IJ maladie, ce n'est pas le cas pour les dispositifs qui viennent les compléter (2ème et 3ème étages).

a) On connaît avec précision des règles d'indemnisation des régimes de base des IJ

a1) pour un salarié affilié au régime général (hors section mutualiste) ou à la MSA :

- l'ouverture du droit est subordonnée à une condition d'activité antérieure à l'arrêt de travail.
 - * pour les arrêts courts (inférieurs à six mois), il faut que le salarié ait cotisé sur au moins 1 015 fois le SMIC horaire, soit 8 566,60 € brut, pendant les six mois civils précédant l'arrêt de travail ou avoir travaillé 200 heures au cours des trois mois civils ou 90 jours précédant l'arrêt de travail, ce qui correspond environ à seize heures hebdomadaires.
 - * pour les arrêts supérieurs à six mois, il faut que le salarié ait cotisé sur au moins 2 030 fois le SMIC horaire au cours des douze derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, dont 1 015 fois au moins la valeur du SMIC au cours des six premiers mois ou avoir travaillé 800 heures au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail, dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois.
- l'indemnisation ne débute qu'au quatrième jour de l'arrêt de travail (franchise de trois jours) ;
- la durée cumulée d'arrêts de travail indemnisables est de un an dans une période de trois ans. Par exception, les assurés en ALD peuvent être arrêtés pendant trois ans dans une période de trois ans ;
- le taux des IJ est de 50% du salaire brut de référence (en règle générale sur les trois dernières paies³³) dans la limite du plafond de la sécurité sociale, soit une IJ maximum de 44,70 € au 1/1/07 (4,6% des IJ sont plafonnées). L'IJ est majorée d'un tiers à partir du 31^{ème} jour si l'assuré a au moins trois enfants à charge (2 % des assurés sont concernés) ;
- il n'y a d'IJ minimum que lorsque l'arrêt (continu) dépasse 3 mois : 8,40€, ce qui correspond à - un salaire mensuel de référence de 504€ (moins de 8% des IJ sont portées au minimum) ;
- les IJ supportent la CSG à un taux de 6,2% et la CRDS ;
- les IJ ne sont pas imposables³⁴ lorsque l'arrêt de travail est « en rapport » avec la maladie exonérante³⁵. Un sur trois des assurés en ALD arrêtés l'est au titre de son ALD (les deux autres tiers sont arrêtés pour une maladie sans rapport avec la maladie exonérante). Mais lorsque l'arrêt se fait au titre de la maladie exonérante, il est particulièrement long ;

³³ 12 mois antérieurs lorsque le travail est discontinu ou saisonnier.

³⁴ L'article 80 quinque du Code général des impôts dispose que les IJ « allouées à des personnes atteintes d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse » sont exonérées de l'impôt sur le revenu. Cette disposition était entendue comme permettant aux personnes en ALD exonérante, mais aussi à celles dont la pathologie est reconnue par le service médical de sa caisse comme justifiant d'un arrêt continu de plus de 6 mois (art L324.1 CSS), de n'être pas imposables sur leurs IJ maladie de base. Cependant, depuis une dizaine d'années, il a été demandé à l'assurance maladie d'avoir une interprétation plus restrictive des textes. Les IJ sont désormais imposables si l'arrêt n'est pas en rapport avec l'affection de longue durée.

³⁵ C'est le cas également de cette catégorie d'IJ servies par la MSA. Comme on le verra, les IJ de l'espèce sont imposables dans les autres régimes.

- l'exonération au titre de l'IR emporte comme conséquence que les IJ ne sont pas décomptées dans la base ressources des prestations, notamment pour le calcul des aides au logement : l'assiette sur laquelle l'allocation est calculée est donc inférieure au revenu réel de l'assuré.

a2) pour un agent de la fonction publique

- maintien de tout ou partie du traitement par l'employeur selon la nature de l'arrêt (voir tableau ci-dessous) ;
- l'indemnisation commence au premier jour (pas de franchise) ;
- l'assiette n'est pas plafonnée ; elle correspond normalement au salaire brut majoré de l'indemnité de résidence (en moyenne 0,8% du salaire brut), du supplément familial de traitement (1,05%) et de la NBI (0,03%). En théorie, les primes liées à l'exercice des fonctions (de l'ordre de 14% pour les personnels civils) ne font pas partie de l'assiette. De fait, cette règle semble largement contournée dans les trois premiers mois d'arrêt.

Tableau 15 - Droits statutaires en cas de maladie

	Durée maximale	taux plein	taux réduit (50%)
congés de maladie	1an	3 mois	9 mois
congés de longue maladie	3 ans	1 an	2 ans
congés de longue durée	5 ans	3ans	2 ans

a3) pour les commerçants et artisans affiliés au régime des professions indépendantes

- l'assuré doit être affilié depuis au moins un an au RSI (1,7% des arrêts initiaux sont rejetés pour ce motif) ;
- l'assuré doit être à jour de ses cotisations ;
- la durée de service est la même que celle du régime général ;
- la franchise est en général de 7 jours (dans 60% des cas) et ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation (35% des cas) ;
- l'indemnisation est de la moitié du revenu professionnel moyen brut des trois dernières années dans la limite du plafond de la sécurité sociale (environ 10% des IJ sont au plafond). L'IJ moyenne est de 27€. L'allocation plancher est de 17,88€ en 2007 (plus de 25% des IJ versées sont au plancher en 2006).
- les IJ supportent la CSG, la CRDS et les cotisations sociales ;
- il n'existe pas pour les indépendants de majoration pour famille nombreuses ;
- les IJ servies à des assurés en ALD au titre de leur maladie exonérante sont imposables.

a4) pour certaines autres professions libérales affiliées au régime des professions indépendantes

Cinq professions sont couvertes par une garantie incapacité gérée par leur caisse de retraite. Il s'agit de systèmes forfaitaires, d'une philosophie différente des autres régimes où l'IJ est (plutôt) proportionnelle au revenu professionnel :

- les avocats et conseils juridiques : 61€/jour avec une franchise d'un mois (8 jours en cas d'accident ; nulle en cas d'hospitalisation) ; durée maximale de service de trois ans ;
- médecins : 86,50€/jour (taux réduit après un an de prestation) ; durée maximale de trois ans ;
- chirurgiens-dentistes : 82,50€/jour à compter du 91^{ème} jour d'arrêt ; durée maximale de trois ans ;
- auxiliaires médicaux : 43,89€/jour (taux majoré en fonction des charges de famille ou si l'assuré doit recourir à une tierce personne) ; durée maximale de un an ;

- sages-femmes : IJ variant selon la classe de cotisation (de 12,10 à 36,30€/jour) ; durée maximale de trois ans.

a5) Pour les autres professions libérales et les exploitants agricoles

Leur régime de base ne sert pas d'indemnités journalières.

b) On connaît moins bien l'étendue des systèmes de complément

Les 2^{ème} et 3^{ème} étages ne concernent que les salariés du régime général et de la MSA.

b1) Le deuxième étage

- en sont exclus :

* les travailleurs à domicile, les intermittents et les travailleurs temporaires

* les salariés qui n'ont pas trois ans d'ancienneté dans l'entreprise : l'accord de janvier 2008 abaisse à un an la durée d'ancienneté requise. Selon les premières évaluations du secrétariat du HCAAM, 2,5M de salariés seraient concernés. Mais en fait des conventions collectives ou accords d'entreprises avaient déjà abaissé la durée d'ancienneté ; l'effectif net pour lequel l'accord se traduit par une avancée réelle est donc inférieur.

* les salariés dont l'activité antérieure ne leur donne pas accès aux IJ,

- l'indemnisation ne démarrait qu'au onzième jour de l'arrêt de travail (franchise de dix jours). Dans l'accord précité, elle est ramenée à sept jours.

- la prestation est déplafonnée

b2) le troisième étage

L'étendue de ce troisième étage n'est pas connue ; mais on sait qu'elle est :

- importante (50,2 % des établissements interrogés déclaraient avoir une protection de ce type³⁶) : 75 % de la population salariée serait couverte.
- et inégalitaire en fonction de la taille et du secteur d'activité de l'entreprise.

On ne connaît pas non plus de façon précise le nombre de salariés ni de professions indépendantes ou agricoles qui ont une assurance individuelle.

c) La prévoyance

- selon une enquête de l'IRDES (2003), 50% des établissements interrogés proposaient une prévoyance (incapacité, invalidité et décès) ;
- il existe parfois des conditions d'ancienneté (2 ans le plus souvent), des différences de garanties et cotisations selon les cadres et les non-cadres, selon les contrats, des contrôles spécifiques de la part de l'employeur sur l'état d'incapacité du salarié voire contre-expertises médicales, des indemnisations différencierées selon les tranches de salaire (cf. garanties AG2R) ou encore selon les causes de l'invalidité ;
- la rente d'invalidité complémentaire est versée tant que la pension SS est versée. Elle cesse également à la date de liquidation de la pension vieillesse de la SS, au dernier jour du mois du 60^{ème} anniversaire ou à la date du décès.

³⁶ Enquête IRDES de 2003

3) Le taux de remplacement des arrêts maladie décroît avec le temps

Le système intégré d'indemnisation (cumul des trois étages) :

- assure un taux de remplacement élevé pour la plupart des salariés ;
- indemnise le salarié de façon décroissante avec la durée d'arrêt (une fois passée la phase initiale où des franchises sont souvent mises en œuvre) ;
- varie selon les CSP (les cadres sont mieux couverts que les autres salariés), la taille de l'entreprise (le taux de couverture des petites entreprises est beaucoup plus faible) et selon les branches.

a) Evaluation globale du taux de remplacement par le régime de base

a1) pour les salariés du secteur privé

Pour 201M de jours d'arrêt indemnisés et un salaire de référence - en net - de 43€/jour, la perte de salaire des assurés serait de 8,65Md€ en 2006. Mais il faut l'ajuster pour tenir compte :

- en plus : des exclus (conditions d'ouverture non remplies), de la franchise de trois jours (pour 18,5M de journées, la perte de salaire est de 800 M€), des congés inférieurs à 3 jours (340M pour 8 M de journées), du plafonnement des IJ (une cinquantaine de millions ?) ;
- en moins : de la majoration pour les familles nombreuses en cas d'arrêt de plus de 31 jours (une cinquantaine de millions ?).

Les « salaires perdus » sur l'ensemble des arrêts de travail pourraient ainsi se situer à environ 10Md€.

La contribution de la sécurité sociale serait alors de 52% (60% pour les jours indemnisés ; 0% pour les jours non indemnisés).

a2) pour les agents de la Fonction publique

- pour un même type de congé, le taux de remplacement varie en fonction des choix faits en matière de durée de prise en compte des primes d'une part, du taux de prime d'autre part :

* pour les congés ordinaires : sur des périodes variant selon les administrations mais qui ne dépasseraient pas 90 jours, tout ou partie des primes liées à l'exercice des fonctions sont retenues dans l'assiette. Il en résulte alors un taux de remplacement égal à (proche de) 100%. Au-delà de ces périodes initiales, l'assiette ne comprend plus les primes et le taux de remplacement est alors (pour un taux moyen de primes) de 84% (le cas échéant jusqu'à 90 jours) et 42% du salaire net initial. Bien qu'on ne connaisse pas le nombre de congés maladie pour lesquels les primes sont intégrées dans l'assiette, on estime généralement que c'est une pratique très étendue pour les trois premiers mois.

* pour les congés de longue maladie et de longue durée, les primes ne sont pas intégrées dans l'assiette et le taux de remplacement s'établira selon les périodes à 84 ou 42% du salaire net initial.

a3) Pour les assurés du régime des indépendants

L'analyse de ces types permet de souligner que le taux de remplacement net (rapport entre le montant des indemnités journalières perçues par l'artisan ou le commerçant et son revenu net journalier) :

- est supérieur à 100 %, ce qui se traduit par un gain financier lorsque le commerçant ou l'artisan a un revenu inférieur au double du montant plancher de l'indemnité journalière ;
- remplacement varie entre le tiers et la moitié du revenu professionnel selon la durée de l'arrêt de travail, la période de carence ayant un poids relativement moins lourd pour des arrêts de longue durée lorsque le revenu est compris entre le double du plancher de l'IJ et le plafond de la sécurité sociale.

b) Les apports des deuxième et troisième étages

b1) La loi de mensualisation du 19 janvier 1978

- le complément qu'elle apporte aux IJ de base porte le taux de remplacement à 90 % du salaire brut pendant les trente premiers jours et à 66 % les trente jours suivants (ces temps d'indemnisation étant prolongés de 10 jours par période de cinq ans d'ancienneté supplémentaire dans la limite de 90 jours), ce qui améliore le calendrier de complément ;
- l'adoption d'une franchise plus élevée que dans le régime général (7 jours depuis l'accord précité) s'inscrit dans la logique selon laquelle les ménages peuvent supporter les premiers euros de perte de salaire. Combinée avec la franchise de la sécurité sociale, on aboutit actuellement au profil suivant : indemnisation nulle pendant trois jours, IJ à 50% du salaire brut (59,4% du salaire net) plafonnée pendant sept jours, IJ à 90% du salaire brut (99,4% du net) pendant une période de 30 à 90 jours, enfin 66% du brut (76,1% du net) pendant une période supplémentaire variant de 30 à 90 jours ;
- les durées de complément s'accroissent avec l'ancienneté du salarié – élément majeur compte tenu de la concentration des IJ sur les salariés âgés qui ont souvent une forte ancienneté ;
- le taux cumulé de remplacement décroît de 90 à 66% du salaire brut pour passer ensuite à 50% (l'assuré n'a plus que des seules IJ de base) ;
- le complément d'IJ, intégralement supporté par l'entreprise, est imposable et supporte CSG, CRDS et cotisations sociales (patronales et salariales).

b2) Le troisième étage en entreprise

- il supprime totalement ou partiellement les franchises des premiers jours : selon l'analyse du CTIP³⁷, 50 % des conventions collectives ne font intervenir les garanties de prévoyance qu'à partir du 11^{ème} jour, 50% entre le 4^{ème} et le 10^{ème} jour. Il semble que la couverture de la franchise de la sécurité sociale soit plutôt de la responsabilité de l'entreprise : dans l'enquête précitée de l'IRDES, 56% déclarent couvrir cette franchise, 6% la couvrir partiellement ; 38 % ne pas la prendre en charge ;
- il améliore le taux de couverture dans la période couverte par la loi de mensualisation, notamment pour porter le taux de 66% à 90% mais cette option relèverait davantage de la responsabilité de l'employeur que d'une garantie de prévoyance ;
- il intervient le plus souvent dès la fin de la période couverte par la mensualisation, au moins pour les salariés ayant le plus d'ancienneté ;
- il peut apporter le bénéfice de la couverture à des salariés qui n'ont pas trois ans d'ancienneté : selon le CTIP, 38 % des conventions collectives prévoient de ramener la condition de durée à une année ;

³⁷ Le CTIP a fait une analyse des garanties prévoyance de 50 conventions collectives en 2007.

- l'allongement des périodes où le taux de remplacement est porté à 90/66% du brut : au-delà de la loi de mensualisation, les contrats de prévoyance collective semblent intervenir sur une durée égale à celle du service de la prestation sécurité sociale. Pour le CTIP, le complément se fait sur un taux moyen de 80 %, pour la FFSA, sur un taux qui varie de 75 % à 100 %. Les entreprises n'ayant pas toutes un contrat prévoyance, on retrouve dans les entreprises, selon les résultats de l'enquête IRDES précitée, la même logique que la loi de mensualisation : le taux de maintien du salaire décroît avec la durée de l'arrêt ; les durées de maintien augmentent avec l'ancienneté du salarié. Au-delà de six mois, 54 % des établissements déclaraient organiser un complément de salaire ;
- la contribution de l'entreprise est fréquente dans les accords collectifs et couvre dans le cas le plus fréquent 60% de la cotisation. Le statut social et fiscal des cotisations est très favorable (exonération de charges sociales et fiscales, exemption de la taxe sur la prévoyance), ce qui a favorisé le développement de la prévoyance maladie ;
- les compléments versés sont imposables (c'est le corollaire de ce que leur financement par l'entreprise a fait l'objet d'exonération fiscale).

Dans la période récente de forte progression des IJ (cette tendance s'achevant en 2003) a conduit logiquement les assureurs – notamment les IP – à proposer des augmentations de cotisations. Devant la résistance des entreprises :

- l'ajustement se serait traduit par un tassement des conditions d'indemnisation (notamment par la limitation des périodes avec un taux intégré de 100/66% du brut) et non par la remise en cause de la large neutralisation de la franchise ;
- il se traduirait également par une accentuation des contrôles sur les conditions d'indemnisation ;
- une attention plus grande serait portée à la prévention des arrêts de travail.

b3) La protection complémentaire dans la fonction publique

- Elle est fortement diffusée (notamment dans la Fonction publique d'Etat : près de 90 % de la population) et liée à l'adhésion à une garantie santé.
- Les mutuelles proposent des compléments de rémunération : indemnités de perte de traitement pour assurer un niveau total d'indemnisation de 70 à 90 % du traitement initial. Les prestations sont souvent servies aussi longtemps que dure l'incapacité temporaire.
- La cotisation est actuellement intégralement à la charge de l'agent. Mais le nouveau régime défini par le décret du 19 septembre 2007 ouvre le champ d'une aide éventuelle de l'employeur pour les contrats répondant aux obligations définies par le décret précité et les arrêtés du 19 décembre 2007.
S'agissant des arrêts maladie, « la garantie...doit assurer, déduction faite du maintien de la rémunération versée par l'employeur public...un montant correspondant au minimum à 75% du traitement indiciaire brut³⁸ et au plus à 100% de la rémunération nette totale ».
- La prestation servie actuellement par les complémentaires est non imposable.

4) En résumé, on peut comparer les régimes de prise en charge

- a) L'arrêt maladie fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire pour l'ensemble des actifs à l'exception des exploitants agricoles et de quelques professions libérales.

³⁸ A l'exclusion des primes, du SFT de l'IR qui représentent en moyenne plus de 15% de la rémunération totale

b) Des conditions d'ouverture des droits excluent les assurés dont les références d'activité antérieure sont trop ténues.

c) Les durées de bénéfice de la prise en charge sont relativement étendues (plus « longues » pour les fonctions publiques)

d) Les règles d'indemnisation sont plus ou moins « généreuses » sur les items suivants

- Les délais de franchises : ils varient de façon sensible : aucun dans les fonctions publiques ; trois jours dans le régime général et les salariés agricoles ; sept jours pour les commerçants et artisans ; plus longues dans les professions libérales où elles peuvent atteindre trois mois. Au regard de ce qui prévaut dans les pays européens l'intervention de la sécurité sociale est très précoce (dans la plupart des pays étudiés, c'est l'employeur qui « porte » l'indemnisation pendant une durée initiale qui peut être relativement longue)
- Le taux de remplacement : comme dans la plupart des pays européens, l'indemnisation est proportionnelle au revenu antérieur, sauf dans certaines professions libérales. Elle est, en France, le plus souvent encadrée par des règles de minima et de plafonnement (mais il n'y a pas de plafond pour les fonctions publiques). Le taux de référence dans le régime général et pour les salariés agricoles est de 60% du net. Il est stable sur toute la durée de service.

Le taux est stable et un peu inférieur au RSI.

Il est plus élevé dans les fonctions publique (égal au [ou proche du] salaire antérieur) pendant une durée assez longue ; un peu inférieur à 50% ensuite.

5) Les conditions de prise en charge de l'invalidité

a) La pension servie par le régime général

- elle est proportionnelle au salaire antérieur (sous la réserve de l'application du plancher et du plafond) comme c'est le cas pour les arrêts maladie.
- le taux le plus fréquent – 50% de l'assiette brute- en catégories 2 et 3 est « dans la continuité » de l'IJ maladie. Il est plus faible - 30% - pour la catégorie 1 ce qui est logique puisque l'invalidé est théoriquement en état de travailler.
- on ne prend pas en compte la durée de la carrière de travail.
- elle est calculée sur une référence salariale « du type retraite ». On se réfère au salaire brut des dix meilleures années³⁹ parmi celles ayant précédé l'arrêt de travail dans la limite du plafond de la sécurité sociale.
- compte tenu du régime préférentiel de CSG/CRDS⁴⁰, les taux de 30 et 50% du SAMB brut débouchent sur des taux « nets » plus élevés.

Tableau 16 - Taux de remplacement net/net de la pension d'invalidité

	Pension à 30%	Pension à 50%
CSG à 0%	38,2%	63,7%
CSG à 3,8% et CRDS à 0,5%	36,6%	60,9%
CSG à 6,6% et CRDS à 0,5%	35,5%	59,1%

³⁹ Référence plus favorable que celle retenue pour la retraite : 25 meilleures années

⁴⁰ Si l'impôt sur le revenu du pensionné est inférieur ou égal à 61€, la CSG est prélevée au taux préférentiel de 6,6% ; s'il est inférieur à 61€, le taux est de 3,8% si le revenu fiscal de référence est supérieur aux seuils de l'article 1417 du code général des Impôts ; il y a exonération de la CSG et de la CRDS au dessous de ces seuils.

- le taux moyen (hors majoration) est de 44,6% du salaire annuel moyen brut. La dispersion est encadrée par les règles de minimum et de plafond (minimum et plafond : 255€ et 804€ en catégorie 1 ; 510€ et 1 341€ en catégorie 2)

A la CRAMIF on a la dispersion suivante (stock)

Tableau 17 - Répartition des pensions d'invalidité CRAMIF

	1 ^{ère} catégorie	2 ^{ème} catégorie
20% des pensions sont <	272€	449€
50%	454€	739€
70%	578€	934€
90%	714€	1 159€

b) La prise en charge par des couvertures complémentaires

- elle vient très souvent compléter la protection par les régimes de base ou l'employeur public pour couvrir les franchises et/ou compléter l'indemnisation de base et/ou « effacer » le plafonnement.
- elle est :
 - pour partie obligatoire (2^{ème} étage dans le régime général avec la loi de mensualisation) ; dans ce cas à la charge de l'entreprise ;
 - pour partie encouragée par des financements publics (prévoyance en entreprise⁴¹ – et dans ce cas, très souvent financée par l'employeur ; contrats Madelin) ;
 - pour partie facultative et à la charge de l'assuré (c'est le cas actuellement dans les fonctions publiques ; c'est le cas des salariés du secteur privé faute d'accord de branche ou d'entreprise).
- elle a tendance à se développer (cf. fonction publique ; pression des pouvoirs publics pour la promouvoir dans les PME).

B) Les pistes de réflexion du Haut conseil

Dans son avis du 28 février 2008, le Haut conseil a rappelé les enjeux et souligné les pistes de réflexions pour améliorer les systèmes d'indemnisation des arrêts maladie et de l'invalidité :

⁴¹ Uniquement pour des contrats collectifs obligatoires.

Avis sur les prestations en espèces
- hors maternité et accident du travail -
adopté à l'unanimité sauf 2 abstentions par le
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

I - Les enjeux

1) Un assuré sur quatre s'arrête au moins une fois en congé de maladie et certains sur une longue durée. Dans 800 000 foyers on compte un pensionné d'invalidité.

Plus d'un million d'assurés ont un état de santé très dégradé, parfois de façon durable.

Malgré l'étendue de la protection sociale assurée par les régimes de base et la prévoyance complémentaire, la maladie entraîne pour nombre de ces assurés une forte diminution de revenus.

2) Les dépenses sont importantes :

Pour le seul régime général (hors sections mutualistes) : 5,2Md€ pour les arrêts maladie et 4,2Md€ en invalidité en 2006. A ces sommes, il faut rajouter environ 3Md€ de protection complémentaire.

3) Les conditions de vie et de revenus de ces assurés sont mal connues.

Les carences majeures concernent le nombre de ménages couverts par des dispositifs de prévoyance et les caractéristiques de l'indemnisation qu'ils assurent.

Le Haut conseil constate que ce manque d'information entrave l'amélioration du pilotage du système et propose, dans l'annexe 1, une première liste des travaux qu'il conviendrait de mener pour mieux apprécier les pistes de réforme évoquées dans la note et dans l'avis qui lui est associé.

4) La politique à mener doit être centrée sur la prévention des arrêts maladie et l'amélioration des prises en charge en vue (et lors) du retour au travail. L'analyse de cette politique dépasse la compétence du Haut conseil ; mais celui-ci considère qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour les entreprises, les salariés et les intervenants professionnels (médecins traitants, médecins du travail et médecins conseil de la sécurité sociale).

Le Conseil souligne :

- l'intérêt de développer les études sur les déterminants des arrêts de travail et leurs variations.
- la nécessité que les mécanismes d'assurance (dont il ne s'agit pas de mettre en cause la valeur) contribuent à ce que les intéressés (entreprises et salariés) privilégient le maintien (ou le retour) au travail.

5) S'agissant des conditions d'indemnisation, trois conclusions principales s'imposent :

- la protection des travailleurs est inégale notamment du fait des écarts dans la diffusion de la protection complémentaire et de la qualité des garanties qu'elle assure ;
- le degré de protection globale est très élevé pour les ménages bien couverts en complémentaire ; plus modéré, voire insuffisant, pour ceux qui ne le sont pas ;
- l'invalidité, risque pourtant de longue durée, est moins bien prise en compte que les arrêts maladie de courte durée.

II - Le système des prises en charge

L'analyse des systèmes de prestations en espèces montre qu'on devrait les améliorer sur certains de leurs éléments.

Dans cette perspective, une grande majorité des membres du Conseil considère que les évolutions envisagées devraient se faire à enveloppe constante de prestations en espèces. D'autres estiment qu'on devrait soit augmenter les recettes affectées à ces prestations soit optimiser globalement le système de l'assurance maladie en améliorant les prestations en espèces quitte à « serrer » les conditions de prise en charge des prestations en nature (dans ce cas on raisonne à enveloppe constante à l'échelle de la branche). Ce débat souligne l'importance pour les membres du Conseil de la question du financement de la protection sociale et des arbitrages à opérer entre ses différentes composantes.

Quelle que soit leur appréciation sur ces points, la quasi-totalité des membres du Conseil ont accepté de mener l'analyse en partant d'une hypothèse de stabilité globale des prestations en espèces. Les avancées devraient être alors gagées par redéploiement. Le travail a donc porté sur l'identification des points sur lesquels l'équité et la cohérence conduisent à des réformes impliquant parfois des charges financières d'une part, sur les marges de redéploiement envisageables d'autre part.

1) Les arrêts maladie

La politique en matière d'arrêts maladie doit concilier trois impératifs : assurer de façon équitable la protection contre un risque qui, dans de nombreux cas, se traduit par un arrêt prolongé du salaire ; contenir la dépense publique en assurant une meilleure gestion du risque ; lutter contre les abus alors qu'un taux élevé de remplacement rend indolore la majeure partie des arrêts de travail et que les prescripteurs ont des pratiques parfois laxistes.

a) L'inégalité du système de prise en charge.

Au-delà du « bloc » législatif qui définit les obligations de l'employeur, la négociation sociale a ajouté des dispositions complémentaires protégeant les salariés, selon les branches et les entreprises.

La protection complémentaire⁴² intervient le plus souvent sur « l'aval » du parcours, en relevant, au delà des obligations issues de la loi de mensualisation, le taux de remplacement, porté, dans certains cas, de 66% puis 50% (socle assuré par les IJ du régime général), à 90% du salaire brut.

Peu de conventions collectives interviennent sur « l'amont » des parcours et la grande majorité d'entre elles (plus de 60%) sont impactées par l'abaissement de 11 jours à 7 jours du délai de carence, issu de la loi de mensualisation. Le solde, soit 40% des conventions étudiées, améliore le taux de remplacement pour la période allant du 4^{ème} jour au 7^{ème} jour en le portant au niveau prévu par la première phase de la loi de mensualisation.

Pour être totalement rigoureuse, cette analyse, devrait cependant être complétée par l'étude des accords d'entreprise.

Le « bloc légal » (les indemnités servies par la sécurité sociale et celles versées au titre de la loi de mensualisation) est égalitaire par nature. Mais on ne retrouve pas cette égalité pour la prévoyance en entreprise, inégalement diffusée et dont les garanties qu'elle procure sont disparates.

⁴² Etude du CTIP sur 50 conventions collectives.

Comment réduire alors cette inégalité ?

L'option la plus naturelle qui s'inscrit dans la continuité du développement de la protection complémentaire et qui s'adosse à un système de larges exonérations sociales et fiscales consisterait à pousser à la généralisation de la prévoyance.

Afin d'étayer cette option, il conviendrait au préalable d'établir l'état des lieux pour connaître mieux les caractéristiques principales de la situation actuelle : degré de diffusion, nature des garanties (fréquence de la neutralisation des franchises, durée et taux de remplacement au-delà de la période couverte par la loi de mensualisation).

A défaut d'un progrès réel sur cette voie, on pourrait réfléchir à l'extension de l'obligation légale, formule plus directe pour accroître le caractère égalitaire de la prise en charge.

La loi de mensualisation de 1978 s'était inscrite dans cette perspective et elle a assuré à la très grande majorité des salariés un bloc homogène de protection pendant les premières semaines des arrêts maladie. Le récent accord de janvier 2008 est de même nature.

Faut-il aller plus loin dans le rééquilibrage entre la protection légalement obligatoire et la prévoyance complémentaire ?

Le Conseil estime qu'une réflexion sur une option de ce type ne pourrait être menée qu'au terme d'une analyse de ses points d'application éventuelle (conditions d'activité préalable, durées de prise en charge...) d'une part et l'ensemble de ses conséquences économiques et sociales d'autre part.

b) L'existence - et le niveau - de barrières d'entrée dans les dispositifs légaux.

Leur existence – qui s'explique par le choix initial d'un système contributif et le souci d'éviter des embauches de complaisance ou la souscription de contrats d'assurance pour des risques avérés – contraste avec la généralisation des prestations en nature.

b1) pour le régime de base

Comme on le voit dans l'annexe 4 de la note de référence, les pratiques des Etats sont différentes et dans certains les conditions d'activité préalable ont été supprimées. Les règles adoptées en France ne se distinguent pas de façon nette de celles recensées pour les Etats qui maintiennent des conditions d'entrée.

Certes les conditions d'activité requises pour avoir droit à prise en charge ne semblent pas exclure un nombre élevé d'assurés. Mais il s'agit souvent d'assurés modestes, le plus souvent à temps partiel et de petit salaire. L'absence d'IJ est particulièrement pénalisante pour eux puisque, faute d'indemnités de sécurité sociale, ils ne peuvent percevoir celles versées au titre de la loi de mensualisation. Cette exclusion est d'autant plus choquante s'ils sont actifs depuis de longues années⁴³. Au demeurant, le niveau des IJ auxquelles ils pourraient prétendre resterait faible puisque la référence salariale sur laquelle elles seraient calculées serait modeste.

Enfin, si comme on le pense, le taux d'exclusion est faible, les coûts du desserrement de ces conditions d'activité ne seraient pas excessifs.

Comment envisager ce desserrement ? La piste qui pourrait être privilégiée serait de diminuer progressivement les références d'activité en commençant par les salariés les plus anciens. C'est cette logique qui sous tend d'ailleurs la loi de mensualisation.

b2) la loi de mensualisation rajoute aux conditions d'activité dans la période précédant l'arrêt une condition supplémentaire d'ancienneté dans l'entreprise

⁴³ On peut juger paradoxal d'ouvrir les droits à un cadre débutant de bon salaire et à exclure un petit salarié qui a travaillé de longues années et dont les références salariales antérieures à l'arrêt sont faibles.

Le récent accord en diminue sensiblement la portée, ce qui, pour le Conseil, est un progrès. Il convient d'en apprécier les conséquences avant d'envisager le cas échéant une nouvelle étape (tenant compte par exemple de l'âge). La réflexion sur la portabilité des droits permettrait si nécessaire de diminuer la sévérité du critère selon lequel l'ancienneté requise se calcule dans l'entreprise.

On pourrait sur ces bases réfléchir au rapprochement des règles des deux systèmes légaux et parvenir à un dispositif unifié plus protecteur des petits salariés.

c) Calendrier de la prise en charge.

Le taux de remplacement qui résulte des dispositifs légaux évolue de façon sensible dans le temps.

L'indemnisation est faible pour les premiers jours d'arrêt du fait des franchises (trois jours pour les IJ du régime général, sept jours désormais pour la loi de mensualisation) ; puis elle s'établit au voisinage du salaire net pendant une durée qui varie avec l'ancienneté du salarié ; elle baisse ensuite lorsque les indemnités versées au titre de la loi de mensualisation diminuent puis disparaissent ; elle est alors stable au voisinage de 60% du salaire net.

Ce profil est-il justifié ?

c1) Faut-il maintenir, diminuer ou augmenter les franchises initiales ?

La combinaison des franchises existantes (trois jours pour la sécurité sociale ; sept jours désormais pour la loi de mensualisation) fait que le manque à gagner du salarié n'est pas excessif.

Ce système a le mérite de protéger de façon assez rapide les ménages, ce qui est important pour les plus modestes d'entre eux ; en permettant des arrêts précoce, il contribue au bien-être et à la santé de ces salariés.

Mais c'est une option coûteuse, pour les entreprises et pour les finances publiques. Elle rend pratiquement indolores les « petits arrêts » de travail.

L'appréciation de la situation actuelle doit aussi tenir compte :

- * de l'ignorance où nous sommes de la prise en charge des franchises par les entreprises (selon l'enquête de l'IRDES, 56 % des entreprises prendraient en charge la franchise de trois jours de la sécurité sociale).

- * de la disparité actuelle des systèmes de franchise selon les régimes (aucune franchise pour les fonctions publiques ; franchise plus longue au RSI)

Dans ce contexte, le Conseil :

- considère que la diminution des franchises n'est pas prioritaire.
- n'estime pas opportun de revenir sur l'état qui résulte de l'accord de janvier 2008 ou de retenir certaines des pistes évoquées (instituer une franchise d'ordre public ou de supprimer le statut préférentiel, fiscal et social, des cotisations pour des contrats qui ne prévoiraient pas de franchise, à concurrence au moins des trois jours retenus dans le régime de base).

La modulation de la franchise avec le niveau de salaire antérieur pourrait être étudiée si on voulait procéder à une nouvelle diminution des franchises.

c2) Faut-il lisser dans le temps le taux de remplacement ?

On pourrait juger en effet qu'il est illogique d'assumer la charge financière d'un très bon taux d'indemnisation en début de période mais d'accepter une diminution de ce taux lorsque les difficultés de l'assuré s'accroissent avec la durée de son arrêt maladie.

Comme les salariés arrêtés pour de longues durées sont plus âgés que la moyenne et ont une importante ancienneté dans l'entreprise, nombre d'entre eux ont un taux de remplacement voisin de 100% pendant deux mois ou plus, puis voisin de 76% pendant deux mois ou plus, enfin de près de 60% à la fin des garanties liées à la loi de mensualisation.

Le profil d'indemnisation se caractérise donc par :

- un niveau élevé (entre 100 et 76% du net pendant de longs mois)
- une baisse du taux de remplacement (de 100 à 60%) avec la durée de l'arrêt.

Dans d'autres systèmes c'est l'option inverse qui prévaut et le risque « lourd » (la durée de l'arrêt, l'importance de l'incapacité) est mieux indemnisé que le risque léger. Ainsi, en AT/MP qui est, il est vrai, un régime de réparation.

- le taux de l'IJ augmente d'un tiers à partir du 29^{ème} jour d'arrêt
- les rentes ne sont pas proportionnelles au taux d'incapacité mais croissent avec lui : le taux d'incapacité supporte un abattement de 50% lorsqu'il est inférieur à 50% mais est majoré de 50% pour la fraction qui dépasse 50% ; 25% de taux « vaut » 12,5% pour le calcul de la rente et 75% de taux « vaut » 50% ; le niveau de la rente est multiplié par quatre quand le taux d'incapacité l'est par trois).

A défaut d'un taux uniforme sur la période, on pourrait étudier un lissage modéré du taux de remplacement de la protection légale, au-delà de la phase des franchises.

Compte tenu des contraintes de financement, l'opération devrait être équilibrée.

Pour certains membres du Conseil, on pourrait en caler les paramètres pour dégager un solde légèrement positif qui permettrait de gager les dépenses à consentir par ailleurs (y compris sur l'invalidité). Cette proposition de lissage faisant référence à l'hypothèse de stabilité globale des prestations en espèces, certains membres du Conseil n'y sont pas favorables.

d) On devrait étudier la suppression du régime fiscal préférentiel des IJ des assurés en longue maladie.

Elle générerait des plus values non négligeables en recettes fiscales (IR notamment). Elle se traduirait aussi par une baisse de prestations sociales (aides au logement par exemple).

Ces plus values – quel que soit le compte public qui les enregistrerait – devraient être recyclées pour gager les améliorations envisagées (desserrement des conditions d'accès, amélioration du taux de remplacement dans les arrêts de longue durée, augmentation de l'IJ minimale...).

e) On pourrait remettre en cause l'abattement sur le revenu d'activité auquel on procède au sixième mois d'IJ pour le calcul de l'aide au logement.

Cette réforme se traduirait là encore par une baisse de prestations qui devrait être recyclée pour gager les améliorations envisagées par ailleurs.

f) Les dates de début et de fin de congé maladie.

f1) le portage des premiers jours des arrêts maladie et la date d'intervention de la sécurité sociale

Dans le régime général, l'intervention de la sécurité sociale est précoce (à partir du quatrième jour), ce qui la distingue de la plupart des pays européens où l'employeur doit assurer directement le maintien du salaire pendant une durée liminaire de plusieurs semaines ou mois (voir l'annexe 4). Mais il convient de relativiser cette comparaison dès lors que les systèmes sociaux – et de financement de la protection sociale – sont très différents.

Par ailleurs l'employeur est en France légalement tenu de compléter l'indemnisation de la sécurité sociale à un degré de généralisation élevé (même s'il est moindre que ce qui prévaut en assurance maladie). Les partenaires sociaux viennent d'ailleurs d'étendre le champ personnel de la loi de mensualisation avec le passage de trois à un an de l'ancienneté dans l'entreprise requis pour ouvrir le droit.

Enfin on a vu que les déterminants des arrêts de faible durée renvoient souvent aux conditions de travail qui expliquent une part significative des écarts dans la fréquence de ces arrêts.

Ce triple constat a conduit le secrétariat du Conseil à s'interroger sur l'opportunité de basculer l'indemnisation des premières semaines d'arrêt maladie sur l'employeur (au-delà de leur implication actuelle). On pourrait en attendre un traitement plus pertinent de l'absentéisme (actions de prévention, meilleure prise en compte des contraintes familiales...).

Dans cette option, les entreprises – dans le prolongement de la loi de mensualisation – auraient l'obligation légale d'assurer les arrêts pendant le nombre de semaines et à hauteur du taux de remplacement arbitrés. En contrepartie, leur cotisation de sécurité sociale serait diminuée et le transfert devrait être globalement neutre pour les entreprises.

Dans ce transfert le solde propre à chaque entreprise dépendrait de la densité de l'absentéisme. On rejoindrait en partie la logique des AT où la cotisation dépend partiellement de la sinistralité.

Cette option a des conséquences complexes (liées par exemple à l'intégration des IJ « transférées » dans l'assiette des cotisations sociales, au poids que ce transfert pourrait représenter faute de mutualisation pour les petites entreprises ou encore aux modifications éventuelles de comportement qu'il induirait).

Le Conseil a considéré que les termes de cette option n'étaient à ce stade pas suffisamment étudiés pour permettre d'aller plus loin que sa simple évocation.

f2) la durée de bénéfice du congé de maladie

Comme indiqué dans la note de référence, il n'y a pas lieu de servir des IJ maladie au-delà des indications résultant de la loi elle-même qui prévoit que le passage en invalidité doit intervenir dès la stabilisation de la situation de santé de l'assuré.

Les caisses de sécurité sociale ont amélioré leurs procédures d'examen de la situation des assurés arrêtés sur longue durée par des points de situation plus systématiques et précoces. Il en est résulté un glissement des IJ vers l'invalidité dont on sait qu'il se traduit par des économies pour l'assurance maladie.

Il serait nécessaire de mieux connaître l'évolution de la pratique des caisses.

Il conviendrait par ailleurs d'étudier le processus de passage en invalidité au cours de la troisième année pour étayer une éventuelle réduction réglementaire à deux ans du bénéfice des IJ en cas d'ALD (l'information pertinente porterait sur le taux de retour à l'emploi au cours de cette année ; s'il s'avère très faible, l'abaissement à deux ans serait envisageable).

g) Compte tenu de la nature des arrêts maladie, plus liés aux comportements que les dépenses de soins, et du haut niveau du taux de remplacement pour de nombreux salariés, il est nécessaire de mener une politique active de contrôle de ces arrêts.

Le Conseil considère que la politique mise en œuvre depuis 2003 dans les régimes d'assurance maladie va dans le bon sens⁴⁴.

2) Les pensions d'invalidité

Trois caractéristiques majeures permettent de qualifier la protection assurée par les pensions d'invalidité :

- à la différence de l'arrêt maladie, le plus souvent de courte durée, l'invalidité est un statut durable (de l'ordre de dix ans) ;
- on retrouve – mais à un moindre degré que pour les arrêts maladie – l'emboîtement entre protection légale et prévoyance. Mais cette dernière est moins diffusée et si elle complète les pensions servies par le régime général, elle assure un taux de remplacement moins élevé que pour les arrêts maladie ;
- comme les pensions d'invalidité sont souvent de faible niveau et que la grande majorité des pensionnés ne travaille pas, les revenus de ces ménages sont très modestes ; les systèmes de minimum destinés aux plus pauvres d'entre eux sont très rigoureux ; l'indexation des pensions sur les prix fait que les pensionnés ne profitent pas de l'enrichissement du pays.

Sur ce constat, la Haut Conseil considère qu'il convient d'étudier les pistes suivantes.

a) Seule une minorité⁴⁵ des pensionnés d'invalidité – pour l'essentiel en catégorie 1 – ont une activité professionnelle.

C'est encore insuffisant.

Au demeurant, dans la majorité des cas l'activité n'est pas telle que les pensionnés retrouvent leur niveau de revenu antérieur (le total de leur pension et de leur revenu d'activité ne dépasse leur référence salariale « d'avant la maladie » que pour moins de 10%, situation qui conduit au demeurant à l'écrêtage de la pension).

L'action prioritaire à mener est de faciliter la reprise du travail.

Cette problématique dépassant sa compétence, le Conseil ne l'a pas étudiée. Mais il souligne l'importance cruciale de progresser sur cet enjeu.

Il recommande d'ores et déjà qu'on examine si les règles d'intéressement – qui diffèrent de celles, récemment améliorées, mises en œuvre dans d'autres législations – sont suffisamment attractives.

b) S'agissant des ressources des pensionnés, la priorité est de pousser à l'amélioration de la prévoyance en entreprise dont on sait qu'elle est inégalement répartie.

L'extension de la prévoyance devrait être une priorité portée par les partenaires sociaux (dont on a vu avec l'accord de janvier 2008 qu'ils s'étaient engagés dans une amélioration de la couverture des arrêts de travail en maladie). Il est souhaitable là encore qu'elle s'appuie sur des études portant sur l'état actuel de la prévoyance et les conditions d'une démarche plus offensive dans le sens d'une diffusion plus large.

Plusieurs membres du Conseil souhaitent qu'on étudie l'adoption pour l'invalidité d'un dispositif parallèle à celui qui existe pour les arrêts de travail avec la loi de mensualisation. Dans cette option l'extension de l'obligation légale – éventuellement compensée pour partie

⁴⁴ Il ne semble pas que l'Etat ait mis en œuvre de politique de contrôle d'ambition significative pour les arrêts maladie de moins de six mois de ses fonctionnaires.

⁴⁵ 20% à la CRAMIF

par une rétraction de la prévoyance – serait de nature à introduire plus d'égalité dans le système d'indemnisation.

c) Pour l'essentiel, les pensions d'invalidité «font suite » à des arrêts maladie. Les conditions d'activité préalable retenues pour ces arrêts forment une barrière d'entrée discutable pour l'invalidité.

Compte tenu de l'âge des entrées en invalidité, des difficultés du marché du travail et de la durée des périodes d'invalidité, il est probable qu'elles soient trop sévères.

Le resserrement des dispositifs de préretraites et d'indemnisation du chômage – et il n'y a pas lieu de le contester - font que les alternatives à l'invalidité diminuent. C'est une raison supplémentaire pour procéder à un examen critique des conditions actuelles d'activité préalable.

d) Dans le régime général, la priorité de l'effort à consentir concerne les minima de pensions.

Elle s'impose d'autant plus qu'il n'y a pas de cohérence entre les régimes de la pension d'invalidité d'une part, et de l'AAH d'autre part. Le desserrement du plafond de ressources pourrait être progressivement recherché parallèlement à une augmentation du montant de la pension minimale.

Au-delà de ces minima, les marges de manœuvre sont étroites :

* l'augmentation du niveau des pensions dans le régime général est financièrement lourde (qu'il s'agisse de se caler sur la référence salariale utilisée pour les arrêts maladie ou d'augmenter le taux de calcul des pensions).

Au demeurant la situation des comptes publics ne permet pas d'envisager un alourdissement des charges du régime général s'il devait conduire à un désengagement important de la prévoyance.

* il est difficilement concevable de toucher à la règle d'indexation qui est cohérente avec celle retenue pour les retraites. Il va de soi cependant que tout « coup de pouce » accordé aux retraités devrait être appliqué pari passu aux pensionnés d'invalidité.

e) La situation des pensionnés en matière de couverture maladie mérite réflexion.

Le régime d'exonération qui est le leur – et qui leur est maintenu lors de leur passage à la retraite – fait qu'ils n'ont peut être qu'un intérêt le plus souvent faible à garder ou acquérir une couverture complémentaire qui pèse sur leur budget (certes une partie d'entre eux est éligible à l'ACS ; mais même dans ce cas le coût de la cotisation nette de l'aide publique est élevé au regard de leur revenu).

On ne connaît actuellement ni le taux de détention d'un contrat de complémentaire par les pensionnés d'invalidité ni la nature des garanties souscrites.

Si l'analyse montrait que ce taux est élevé et que l'essentiel des garanties porte sur la dépense « couverte » par l'exonération, on devrait en conclure que l'existence d'un contrat de complémentaire est « de faible rentabilité » pour les assurés.

Comment sortir de cette contradiction ?

Il ne semble guère concevable de dissuader les pensionnés de souscrire un contrat de complémentaire. Peut être faudrait-il alors étudier l'alternative consistant à augmenter les pensions d'invalidité et à supprimer le régime d'exonération spécifique des pensionnés d'invalidité. L'opération serait bénéfique pour les pensionnés qui verraient leur pension augmenter. Elle serait neutre pour l'assurance maladie (économie en prise en charge des prestations en nature en contrepartie de l'augmentation des dépenses de pension d'invalidité).

Elle conduirait à une charge pour les OC qui auraient à prendre en charge un niveau plus élevé de ticket modérateur.

f) Il serait pertinent de reprendre au fond le problème de la cohérence entre les statuts des pensionnés d'invalidité d'une part, des invalides titulaires de la carte d'invalidité et des personnes handicapées d'autre part.

Les zones de superposition (un pensionné d'invalidité peut avoir une AAH différentielle ; il peut accéder dans certaines conditions aux avantages accordés aux titulaires d'une carte d'invalidité) ne sont ni claires ni peut être rationnelles. Les écarts de statut – en termes de revenu et d'avantages fiscaux – sont discutables.

Il conviendrait de remettre à plat l'ensemble de ces dispositifs pour y mettre plus d'ordre, de simplicité et d'équité.



SECTION II - LES DISPOSITIFS MEDICAUX

Le secteur des dispositifs médicaux est un marché important, de l'ordre de 19 Md€ (A). Il est caractérisé par une très grande hétérogénéité ; sans avoir l'ambition d'en cerner toutes les dimensions, le Haut conseil a étudié les éléments d'administration du marché (B) et de leur prise en charge, en distinguant les segments du marché dont l'administration est équilibrée de ceux qui souffrent d'un manque de régulation (C). Dans son avis du 29 mai 2008, le Conseil a analysé les voies d'amélioration de la prise en charge de ces derniers (D).

A) Le marché est important et il est en croissance

1) Le marché est important

a) Définition des DM

« On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens (Art L.5211-1 du Code de la Santé Publique)

A partir de cette définition, on regroupe sous l'appellation de DM :

- les dispositifs inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables,
- les prothèses dentaires,
- les dispositifs médicaux à usage collectif.

Plus de 60 000 DM différents sont remboursés.

b) Le marché

Le marché des dispositifs médicaux est important en valeur : 19Md€ soit 12% de la Consommation de soins et de biens médicaux. Il pèse ainsi 55% du marché des médicaments et autant que les honoraires médicaux.

Tableau 18 - Estimation du marché des dispositifs médicaux, France 2006, prix publics (en M€)

DM ambulatoires	14 302
dont DM à usage individuel	3 393
dont optique	4 300
dont prothèses dentaires	5 609
dont prestations associées	1 000
DM hospitaliers	2 850
dont DM en GHS	1 650
dont DM liste en sus	1 200
DM équipement	2 500
dont DM	1 700
dont prestations	800
ensemble marché DM au prix public	19 652

Sources : DREES, CNAMTS, SNITEM, APPAMED ; calculs : SG HCAAM

c) C'est un marché en croissance

On l'a vu ces dernières années avec des taux de progression très conséquents notamment des dépenses de l'assurance maladie (4,2Md€ pour l'ensemble des régimes).

En 2006, les dépenses du régime général au titre des DM ont augmenté de 4,9 % et contribuent à hauteur de 15 % à la croissance des soins de ville.

Sur la période 2000-2006, la croissance de la dépense de l'assurance maladie pour les DM a été de 10% en moyenne annuelle, soit un rythme plus rapide que celui du médicament (+6%), ce qui correspond à 1,4 Md€ de dépenses supplémentaires. La tendance au maintien à domicile semble constituer le principal facteur d'évolution, au moins en volume.

Des facteurs objectifs (notamment le vieillissement de la population ou l'existence de besoins non couverts) amènent à penser que cette croissance se poursuivra.

B) L'administration du marché des dispositifs médicaux

1) La mise sur le marché et la surveillance d'un DM sont plus ou moins contraignantes selon les risques qu'il présente

a) Le marquage CE

Aujourd'hui, tout dispositif mis sur le marché est revêtu du marquage CE qui atteste qu'il remplit les exigences essentielles de sécurité et de santé qui lui sont applicables.

Ce marquage est apposé sous la responsabilité du fabricant. C'est lui qui doit faire la preuve de la conformité de son produit aux exigences de la Directive concernée, avant d'apposer le marquage CE sur son produit. Pour certaines classes de DM l'intervention d'un organisme notifié⁴⁶ est nécessaire. L'intervention d'un organisme notifié n'est toutefois pas nécessaire pour les DM peu ou pas invasifs et à niveau de risque très faible. La procédure se résume alors à une *autocertification* (c'est le cas par exemple pour les lits médicaux, stéthoscopes, etc.).

Apposé de la propre initiative du fabricant qui en endosse, par conséquent, la pleine et entière responsabilité, le marquage CE ne saurait à ce titre valoir « autorisation administrative » et répondre au même régime.

b) La surveillance du marché

C'est à la charge de l'Afssaps d'assurer la matériovigilance et la surveillance du marché des DM pour vérifier que les DM mis sur le marché sont bien conformes aux exigences essentielles de santé et de sécurité et que leur fabricant a bien respecté les procédures de certification de la conformité de leur produit. La surveillance est renforcée pour les produits à risque particulier⁴⁷. Comme pour la matériovigilance, les opérations de surveillance peuvent aboutir à des demandes de mise en conformité, à des recommandations ou des restrictions d'utilisation, ou des retraits.

⁴⁶ En France, ce sont des organismes désignés et surveillés par l'AFSSAPS.

⁴⁷ Décret du 10 septembre 2002

Certains dispositifs médicaux doivent faire l'objet d'une maintenance ou d'un contrôle qualité particulier. Il s'agit des dispositifs médicaux d'équipement essentiellement liés aux radiations et de certains dispositifs médicaux invasifs.

2) Les conditions de la prise en charge par l'assurance maladie diffèrent selon le lieu d'utilisation du DM

Le fabricant peut choisir soit de distribuer directement son produit auprès d'établissements de santé ou d'institutions, soit de suivre la procédure d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP)⁴⁸.

La procédure de prise en charge par l'assurance maladie va dépendre du lieu d'utilisation du dispositif.

a) Dans les établissements de santé, le principe général est l'intégration du DM dans les GHS mais une dérogation est prévue à travers la liste « en sus »

a1) les dépenses de DM sont intégrées dans les prestations d'hospitalisation : ainsi les DM tels que les implants d'ophtalmologie, les matériels d'ostéosynthèse, les sutures et agrafes digestives sont inclus dans le coût des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

a2) une dérogation est prévue au principe d'intégration de DM dans les prestations d'hospitalisation : certains DM susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans les coûts de séjour en raison de leur prescription variable au sein du même GHS, peuvent être facturés en sus du tarif des prestations d'hospitalisation. C'est le cas par exemple des implants cardiaques et vasculaires (dont les stents) et des stimulateurs cardiaques. Ces dispositifs sont alors inscrits sur une liste, dite « liste en sus ».⁴⁹.

Il ne s'agit en principe que d'un processus dérogatoire, mais la réintégration de dispositifs dans les GHS s'avère en pratique difficile et à ce jour, beaucoup de DMI qui ont vocation à être intégrés dans les GHS, sont toujours sur la liste en sus des DMI. C'est le cas par exemple des prothèses de la hanche, des stimulateurs cardiaques (simple et double chambre) ou des défibrillateurs cardiaques.

Le concept et le contenu de la liste en sus pose des problèmes difficiles d'arbitrage. La facturation en sus n'incite pas les gestionnaires à une gestion optimale et va à l'encontre du principe même de la T2A, qui s'en trouve fragilisé. Les administrations cherchent à maîtriser l'évolution de la liste en sus et à cette fin, le comité opérationnel, animé par la mission T2A, devrait étudier la possibilité de réintiquer dans les GHS en 2009 certaines catégories de produits actuellement sur la liste en sus. Soulignons que des solutions adaptées doivent être trouvées pour que la régulation de la liste en sus permette l'évaluation des DM dans les GHS et le bon déroulement des études cliniques éventuellement en cours au moment de leur réintégration.

Le Haut conseil reviendra sur cette question très débattue dans son avis sur l'hôpital prévu à l'automne.

b) En ville, tout DM inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables est pris en charge par l'assurance maladie

⁴⁸ Sur la LPP, se reporter au paragraphe b) infra.

⁴⁹ Pour des raisons historiques, il existe de fait deux listes de dispositifs facturables en sus des prestations d'hospitalisation, l'une pour les établissements publics et l'autre pour les cliniques privées, comportant une partie commune. Ces deux listes sont à terme amenées à converger afin de constituer une liste unique.

b1) L'inscription sous forme de description générique est la plus fréquente...

- environ 80% des dépenses de l'assurance maladie concernent les produits inscrits sous forme générique.
- cette inscription identifie un type de produits selon sa finalité thérapeutique, ses spécifications techniques, sans mention de nom de marque ou de société. Si le fabricant estime que son produit ou sa prestation répond à l'intitulé d'une des lignes génériques de la LPP, il lui suffit d'étiqueter son produit selon la nomenclature LPP.
- cette inscription ne comporte pas de contrainte. Le produit ne fait pas l'objet d'évaluation mais fait toutefois l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de l'Afssaps⁵⁰..
- jusqu'à fin 2004, les inscriptions sous forme générique valaient pour une durée illimitée. Une limite de cinq ans a été introduite en 2004 dans la cadre d'un programme annuel de révision des descriptions génériques (à la mi 2008, 16 % du programme a déjà été effectué)
- L'inscription sous forme de description générique pose deux types de problèmes :
 - * celui de la qualité de certains DM pour lesquels les spécificités techniques des caractéristiques des DM ne sont pas toujours suffisamment décrites dans les lignes génériques pour assurer une qualité uniforme des DM remboursés.
 - * celui de l'opacité du marché, la procédure rendant impossible la connaissance exhaustive des produits inscrits à la LPP. Pour pallier en partie ce problème, les fabricants ou distributeurs ont désormais, depuis avril 2008, l'obligation de déclaration auprès de l'Afssaps de l'ensemble des produits et prestations qu'ils commercialisent ou inscrivent à la LPP.

b2) ...toutefois, l'inscription peut se faire sous forme de marque ou de nom commercial

- cette modalité est mise en œuvre :
 - * pour les produits qui présentent un caractère innovant (par exemple les neurostimulateurs implantables pour le traitement de la douleur) ;
 - * ou lorsque l'impact sur les dépenses d'assurance maladie (ex : les défibrillateurs), les impératifs de santé publique (ex : les anneaux gastriques) ou le contrôle des spécifications techniques minimales (ex : ancrès méniscales) nécessite un suivi particulier du produit.
- le bien fondé de la demande d'inscription sur la LPP est évalué par la CEPP⁵¹ qui s'appuie notamment sur des cahiers des charges techniques ainsi que sur des études scientifiques. La

⁵⁰ Article 11 de la loi n°2008-337 du 15 Avril 2008

⁵¹ La CEPP qui à l'origine était localisée à l'Afssaps est devenue une commission spécialisée de la Haute Autorité de Santé.

Elle est composée (article R.165-18 du Code de la Sécurité Sociale), outre son président et ses deux vice-présidents :

- de 12 experts nommés en fonction de leur compétence scientifique ayant voix délibérative,
- des directions ministérielles intéressées (Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), de l'AFSSAPS, de l'assurance maladie, des représentants des industriels et des distributeurs ou prestataires, des associations de malades (4 représentants), ayant voix consultative.

Ses missions sont précisées dans le décret n°2004-1419 du 23 décembre 2004 relatif à la prise en charge des produits et prestations.

CEPP émet des avis médico-techniques sur le *service attendu*⁵² d'un DM et *l'amélioration du service attendu* puis, lors du renouvellement de l'inscription, sur le *service rendu* et son *amélioration*.

- pour la CEPP, l'une des difficultés de l'évaluation spécifique aux DM est que de nombreux DM sont « opérateurs-dépendants ». Leur évaluation suppose alors de considérer dans le même temps l'environnement médical et l'organisation des soins.

c) Dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la tarification de la consommation des résidents au titre de dispositifs médicaux a été tour à tour intégrée puis sortie des forfaits soins

A partir du 1^{er} août 2008, l'ensemble des dispositifs médicaux défini par arrêté sera pris en charge par le forfait de soins des établissements⁵³.

3) Pour tous les DM remboursables, un tarif est fixé et éventuellement un prix

a) La détermination des tarifs et des prix des DM est sensiblement différente de celle des médicaments.

Pour les spécialités pharmaceutiques remboursables le comité économique des produits de santé (CEPS) fixe le prix du fabricant et comme les marges de distributions sont réglementées, le prix public de vente est *ipso facto* déterminé. Pour les DM, le CEPS fixe les tarifs des produits et prestations, tarifs qui servent de base au remboursement par l'assurance maladie, mais il n'y a pas toujours de prix limites de vente pour ces produits et prestations⁵⁴.

- la détermination des tarifs tient compte principalement du service rendu, de l'ASR, du tarif et des prix des produits ou prestations comparables, du volume des ventes prévues et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.
- en principe, les produits et prestations qui n'apportent ni amélioration du service attendu ni économie dans le coût du traitement ou qui sont susceptibles d'entraîner des dépenses pour l'assurance maladie ne peuvent être admis au remboursement. Mais en pratique la procédure d'auto-inscription a pour conséquence de faire tomber cette règle car « *la grande majorité des produits ou prestations qui entrent dans le remboursement le font dans le cadre d'une ligne de nomenclature existante, et donc à un tarif équivalent, bien qu'ils n'aient pas d'ASR, à celui des produits ou prestations équivalents déjà remboursés* » (extrait du rapport d'activité 2006 du CEPS).

⁵² L'article 35 de la loi du 13 août 2004 a introduit la notion de *service attendu* alors que pour le médicament la notion utilisée est toujours celle de *service médical rendu*, définie par le décret d'octobre 1999.

⁵³ Circulaire interministérielle n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

⁵⁴ Le CEPS a fixé des prix de cession (prix maximum appliqué par le dernier revendeur au distributeur) pour certains DM avec PLV, tels que les pompes à insuline ou certains pansements.

b) Le CEPS fixe un prix limite de vente (PLV) lorsqu'il estime qu'il n'est pas souhaitable qu'un écart important apparaisse entre le tarif de prise en charge par l'assurance maladie et le prix⁵⁵.

Juridiquement, le prix limite de vente pourrait être fixé à un niveau supérieur au tarif (on évoque cette possibilité notamment à propos des audioprothèses). Mais le CEPS n'a encore jamais fait l'usage de cette possibilité et lorsqu'un prix est fixé, il est toujours identique au tarif.

Il n'existe actuellement que deux cas de figure :

- le CEPS fixe uniquement le tarif de prise en charge par l'assurance maladie et le prix de vente est libre (audioprothèses, fauteuils roulants, etc.)
- le CEPS fixe à la fois au même montant le tarif et le prix limite de vente (grand appareillage, dispositifs médicaux implantables).

On évalue ainsi la part de la dépense remboursée par l'assurance maladie pour laquelle il n'y a pas de dépassement tarifaire :

- 77,5% pour les dépenses liées au Titre I : matériels et traitements à domicile, aliments diététiques, articles pour pansements
- 30,5% pour les dépenses liées au Titre II : orthèses et prothèses externes (lunettes, montures, appareils correcteurs de surdité, prothèses oculaires et faciales, chaussures orthopédiques, corsets, prothèses pour amputation, etc.)
- 0% pour les dépenses liées au Titre III : dispositifs médicaux implantables (prothèses internes)
- 100 % pour les dépenses liées au Titre IV : Véhicules pour Handicapés Physiques

4) Le régime des tarifs et prix des prothèses dentaires

Le champ des prestations admises à la prise en charge par l'assurance maladie et les tarifs de remboursement sont définis par la NGAP⁵⁶.

- certaines prothèses restent hors nomenclature (c'est le cas des implants, prestation en net développement et d'un coût très élevé)
- le remboursement se fait sur la base d'une lettre clé « SPR » de 2,15€ actuellement multipliée par le coefficient propre à chaque prestation. Le taux ordinaire est de 70%. Ainsi une couronne cotée SPR50 donne lieu à une prise en charge de 75,25€.

Les ententes préalables ont été supprimées.

Les prix sont libres.

⁵⁵ Une procédure particulière peut être mise en œuvre à l'encontre du professionnel ne respectant pas ce PLV. Elle consiste pour les caisses à rembourser la différence entre le prix facturé et le prix réglementé à l'assuré et à mettre en demeure le professionnel de restituer à la caisse ce différentiel (au risque d'une pénalité financière dans le cas contraire).

⁵⁶ Nomenclature générale des actes professionnels.

5) Les conditions de délivrance des produits et prestations évoluent

La plupart des professionnels exerçant dans le secteur des orthèses et prothèses externes (Titre II de la LPP) voient leur exercice réglementé par le code de la santé publique.

Les professionnels exerçant dans le DM liés aux matériels et traitements à domicile et des Véhicules pour handicapés physiques (Titres I et IV de la LPP) ont depuis 2002 la possibilité d'adhérer à la convention nationale conclue entre les trois caisses d'assurance maladie et les organisations professionnelles représentant les prestataires⁵⁷.

En 2006, l'encadrement de la délivrance et le suivi des matériels destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades s'est renforcé par voie législative et réglementaire.

Cette évolution va dans le bon sens dans la mesure où la progression des dépenses sur ces catégories de DM est particulièrement rapide (+12 % en moyenne annuelle depuis 2001) et sa part dans la LPP est ainsi passée de 50 % à 61 %. Le conseil a souligné l'intérêt de mieux étudier les conditions de prescription et le respect des règles de qualité de l'utilisation de ces prestations, notamment pour les DM qui n'ont pas de prix limite de vente et qui intègrent la délivrance du dispositif ainsi que le suivi qui lui est associé (tels la nutrition entérale ou les perfusions à domicile).

6) Le marché reste opaque

De l'hétérogénéité des DM et de leur étendue, il résulte un marché peu investigué dont l'opacité se traduit par :

- l'impossibilité de connaître tous les produits qui y sont inscrits (la déclaration d'inscription n'est pas obligatoire pour les produits auto inscrits). Pour pallier en partie ce problème, le législateur a souhaité renforcer les obligations qui incombent aux fabricants ou aux distributeurs par la déclaration auprès de l'Afssaps de l'ensemble des produits et prestations qu'ils commercialisent ou inscrivent à la LPP.
- l'insuffisance des outils d'observation statistique : contrairement aux médicaments, il n'existe pas de liste exhaustive recensant tous les dispositifs médicaux. Même le codage actuel élaboré par l'assurance maladie et qui comporte plus de trois mille lignes, ne s'intéresse qu'aux DM qu'elle prend en charge. Il est de plus obligatoire que depuis début 2005⁵⁸ et on commence à peine à avoir quelques données fines pour analyser ce champ
- les prix de ventes ne sont pas connus : il n'existe pas de base de données ni dans les organisations professionnelles ni à l'Assurance maladie. Les informations disponibles pour cette dernière sont rendues insuffisantes par le faible taux de télétransmission lors de la délivrance de DM.
- on connaît mal l'utilisation réelle des DM : les études sur le respect de leurs indications, l'observance, leur durée d'utilisation et leur besoin de renouvellement sont rares.

⁵⁷ Il s'agit de tous les prestataires susceptibles de servir les prestations des Titres I et IV de la LPP, sociétés commerciales ou associations, à l'exception des pharmaciens qui ont leur propre régime conventionnel.

⁵⁸ La codification alphanumérique existait avant 2003. L'arrêté du 26 juin 2003, publié au JO du 6 septembre 2003 a rendu obligatoire le code barre sur la facture, à l'exception des orthèses, du grand appareillage orthopédique et de l'aérosolthérapie. La mise en œuvre du codage obligatoire de la LPP est intervenue à compter du 1^{er} mars 2005.

- on manque également de visibilité sur le service de la prestation liée au DM, dont la complémentarité avec l'appareil (le DM) est l'une des caractéristiques de la LPP : le service rendu (maintenance, adaptation, suivi...), est peu mesurable puisque la facturation ne permet pas de distinguer le prix du dispositif de celui de la prestation liée.

C) La répartition de la prise en charge des DM ambulatoires

1) Près de la moitié des assurés a une dépense au titre d'un DM dans l'année

Près d'un assuré sur deux utilise un ou plusieurs DM dans l'année (soit un taux de recours très inférieur à celui qu'on constate pour les médicaments).

La dépense moyenne par assuré concerné est d'environ 580€ (contre 700€ pour les médicaments par exemple).

Le recours varie avec l'âge (voir tableau ci-dessous) :

- pour les assurés de moins de 40 ans, il est toujours plus faible,
- pour les assurés de plus de 40 ans,

* le profil est assez plat pour l'optique et les prothèses dentaires, avec un maximum de recours pour les 50/59 ans en optique et 70/79 ans pour les prothèses dentaires

* pour les autres DM de la LPP la croissance est forte avec l'âge à partir de 50 ans.

**Tableau 19 - Taux de consommants en un an (2007)
de dispositifs médicaux inscrits à la LPP et de prothèses dentaires**

Optique	Ensemble des assurés			Assurés en ALD				
	DM LPP autres que optique	Prothèses dentaires	Ensemble DM (LPP et prothèses dentaires)	Optique	DM LPP autres que optique	Prothèses dentaires	Ensemble DM (LPP et prothèses dentaires)	
0-19 ans	13%	24%	0%	34 %	20%	41%	0%	52 %
20-39 ans	14%	23%	6%	37 %	15%	40%	7%	51 %
40-49 ans	22%	26%	11%	48 %	22%	44%	11%	60 %
50-59 ans	28%	31%	14%	56 %	26%	50%	13%	66 %
60-69 ans	25%	40%	16%	61 %	23%	54%	14%	68 %
70-79 ans	22%	50%	17%	67 %	20%	60%	15%	71 %
80 ans et +	19%	70%	15%	81 %	15%	67%	12%	74 %
Total	19%	30%	8%	46 %	21%	54%	12%	67 %

Source : CNAMTS, ERASME VI et RNIAM – année de remboursement 2007

Champ : régime général y compris SLM, hors DOM.

2) Sur la base du tarif de responsabilité, le taux moyen de remboursement⁵⁹ de l'ensemble des DM remboursés par le régime général de 84%.

Le taux de remboursement est un peu plus élevé (de 89%) pour les seuls DM de la LPP (c'est à dire hors dentaire).

Ce taux est nettement supérieur au taux de référence de 65% en raison d'exonérations fréquentes du TM liées à la qualité des assurés consommants (23%) et de la prise en charge à 100% de certains DM quels que soient les statuts des assurés.

⁵⁹ Ce taux est obtenu en rapportant le montant remboursé au tarif du produit ou de la prestation.

71 % de la dépense de l'assurance maladie au titre des DM du marché LPP est une dépense sans ticket modérateur⁶⁰ : 87 % des cas pour les fauteuils roulants, 92 % pour les lits médicaux et 21 % pour l'optique. L'ALD est le motif très majoritaire de ces exonérations (respectivement, 77 %, 85 % et 13 % des cas).

3) Du fait des écarts entre prix du marché et tarifs, le taux de prise en charge par les régimes d'assurance maladie est de 34% et varie considérablement selon les segments du marché

a) Sur l'ensemble de la dépense de DM prescrits (14,6Md€) en ambulatoire, on estime que

- les régimes de base et l'Etat en financent 34% ;
- les OCAM en financent 34% (5,0Md€) : le TM pour 92% des assurés (849M€) et une partie des dépassements (4,2Md€) ;
- le « RAC final » pour les ménages serait alors de 31% (4,6Md€). Il est en partie diminué des prises en charge assurées par d'autres financeurs (par exemple les départements à travers la prestation de compensation du handicap, d'un montant encore modeste en 2006).

b) La situation est très différente selon les catégories de DM.

Les régimes de base financent :

- 4% de la dépense d'optique
- 18% de la dépense de prothèses dentaires
- 80% de la dépense des autres DM ambulatoires.

Tableau 20 - La dépense des biens médicaux autres que le médicament, par financeurs

ANNEE 2006	Sécurité sociale	Etat	Mutuelles	Assurances	IP	Ménages	TOTAL
Montants							
Prothèses dentaires	1 020	67	1 297	601	442	2 248	5 676
Optique	176	71	1 050	524	597	1 880	4 298
Autres prothèses et VHP	798	7	103	52	59	425	1 444
Petits matériels et pansements	2 852	9	139	69	79	8	3 156
TOTAL	4 846	154	2 589	1 246	1 177	4 561	14 574
Structure							
Prothèses dentaires	18,0%	1,2%	22,9%	10,6%	7,8%	39,6%	100,0%
Optique	4,1%	1,7%	24,4%	12,2%	13,9%	43,7%	100,0%
Prothèses en ambulatoire et VHP	55,3%	0,5%	7,2%	3,6%	4,1%	29,5%	100,0%
Petits matériels et pansements	90,4%	0,3%	4,4%	2,2%	2,5%	0,2%	100,0%
TOTAL	33,3%	1,1%	17,8%	8,5%	8,1%	31,3%	100,0%

Sources : DREES, CNAMTS, calculs SG HCAAM

4) Des concours publics viennent améliorer le taux de prise en charge

La faiblesse du taux de prise en charge par l'assurance maladie sur les secteurs où il n'y a pas de prix limite de vente expose les ménages à un effort financier élevé. Soulignons que pour les enfants, les tarifs de remboursement sont parfois plus élevés pour les enfants, comme c'est

⁶⁰ Statistiques mensuelles de la CNAMTS, décembre 2006.

le cas en optique et pour les aides auditives. Les tarifs retenus pour la CMUC se sont alignés sur ces tarifs spécifiques.

C'est pour corriger cette situation qu'ont été mis en place des dispositifs dérogatoires qui augmentent la prise en charge publique. C'est le cas avec la CMUC et la PCH instaurée depuis 2006 pour les DM intervenant dans la compensation des situations de handicap

Par ailleurs, la législation sociale et fiscale abaisse le coût des garanties des couvertures complémentaires.

5) La prise en charge par les OCAM varie considérablement selon les contrats

- les dispositifs médicaux LPP et les prothèses dentaires représentent une part non négligeable des dépenses des organismes complémentaires : 5 Md€ en 2006, soit 24,5 % de leurs prestations. Les deux postes les plus importants sont l'optique et les prothèses dentaires qui représentent pour l'ensemble des OCAM respectivement 43,3 % et 46,7 % de leur dépense consacrée aux dispositifs médicaux.
- les OC prennent généralement à leur charge le ticket modérateur. C'est une dépense minime (près de 6% de la dépense totale).
- la plupart des organismes complémentaires prévoient une prise en charge au-delà du ticket modérateur en assumant tout ou partie de l'écart entre le prix et le tarif de l'assurance maladie : on estime que les OC, avec 4,2Md€, couvrent 50% des dépassements (dans ces dépassements, sont comprises les dépenses pour des DM non pris en charge par l'assurance maladie tels les implants dentaires par exemple).
- les niveaux de prise en charge varient considérablement avec les contrats : dans l'ensemble, les contrats collectifs en entreprise offrent des garanties plus élevées (mais leur régime fiscal et social fait que la cotisation qui les finance est « abaissée », ce qui en diminue le coût pour les contributeurs, entreprises et salariés).

Tableau 21 - Remboursements médians des prestations par type d'organisme et par nature des contrats les plus souscrits (2005)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs
Montant de remboursements par la SS et les OC, en €						
<u>Optique simple</u> (prix de référence = 100 € pour la monture, 50 € par verre, soit un total de 200 €)	4,82 + 103	4,82 + 169	4,82 + 63	4,82 + 173	4,82 + 110	4,82 + 195
<u>Optique complexe</u> (prix de référence = 100 € pour la monture, 200 € pour un verre, soit un total de 500 €)	15,33 + 188	15,33+205	15,33 + 128	15,33+189	15,33 + 134	15,33+308
<u>Prothèse dentaire</u> (prix de référence = 750 €)	75,25 + 183	75,25 + 215	75,25 + 140	75,25 + 247	75,25 + 142	75,25+462

Source : Drees, Etudes et résultats n°575, mai 2007

Lecture : pour les prothèses auditives, le remboursement médian des contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles est de 161 % du tarif de responsabilité en plus des 65 % pris en charge par la sécurité sociale. Pour une prothèse dentaire, le remboursement médian des contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles est de 183 € en plus des 75,25 € pris en charge par la sécurité sociale.

6) Pour les ménages le reste à charge sur les DM représente 37% du RAC sur l'ensemble de leurs dépenses de santé

a) Sur certains segments du marché pour lesquels un prix limite de vente a été fixé (ou le tarif est respecté) l'assurance maladie assure une prise en charge intégrale :

- le reste à charge est nul sur des postes aussi importants que les prestations respiratoires (oxygénothérapie, pression positive continue pour l'apnée du sommeil), les produits pour diabétiques (stylos, aiguilles, matériel de contrôle de la glycémie), les prothèses implantables (prothèses de hanches, stimulateurs cardiaques), les pansements actifs (pour traitement des escarres, ulcères, brûlures) notamment.
- il est également nul pour un certains nombre d'orthèses ou prothèses : prothèses oculaires, chaussures orthopédiques, appareil podo-jambier notamment.

Sur d'autres segments et notamment l'optique médicale, l'audioprothèse, les prothèses dentaires, les véhicules pour personnes handicapées, aucun prix limite de vente n'est fixé et les ménages peuvent être exposés à des restes à charge élevé.

Sur ces segments, le dépassement par consommant augmente avec l'âge (voir tableau ci-dessous). Le croisement de ces données avec celles du recours par l'âge (voir B 1)) montre que la masse de la dépense est concentrée sur les classes d'âge les plus élevées. C'est un élément qu'il convient de garder en mémoire compte tenu de la place des couvertures complémentaires dont on sait qu'elles retiennent largement l'âge pour déterminer le montant des cotisations.

Tableau 22 - Dépassement moyen selon la tranche d'âge (2007)

	Optique	Prothèses dentaires	Audioprothèses(*)	Ensemble des 3
0-19 ans	180€	384€	372€	187€
20-39 ans	296€	595€	1 628€	413€
40-49 ans	377€	692€	1 796€	535€
50-59 ans	456€	730€	1 942€	619€
60-69 ans	468€	708€	2 063€	657€
70-79 ans	445€	644€	2 123€	677€
80 ans et +	391€	589€	2 056€	695€
Total	357€	665€	1 976€	515€

(*) hors entretien et réparation

Source : CNAMTS, ERASME VI et RNIAIM, Champ : régime général y compris SLM, hors DOM.

Dans ces situations :

- la contribution des couvertures complémentaires reste insuffisante pour couvrir la totalité de la dépense ce qui entraîne un reste à charge plus ou moins important pour les assurés : on évalue à 4,6Md€ le reste à charge final des ménages au titre des DM dont 74M de TM.

Rappelons par ailleurs que près de 8% de la population, souvent de revenus modestes, n'a pas de couverture complémentaire.

- dans tous les cas de figure présentés dans le tableau ci-dessous, l'assuré a un reste à charge supérieur s'il a souscrit un contrat individuel plutôt qu'un contrat collectif.

**Tableau 23 - Restes à charge médians pour l'assuré
par type d'organisme et nature des contrats (2006)**

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs
Optique simple Prix de référence : 200 € (84,22 €	32,16 €	72,58 €	21,94 €	52,58 €	0,00 €
Optique complexe Prix de référence : 500 €	266,42 €	274,67 €	349,67 €	216,67 €	336,42 €	255,67 €
Prothèses auditives numériques Prix de référence : 3 000 € pour 2 appareils		2 001,45 €	2 001,45 €	1 562,09 €	2 480,76 €	1 542,12 €
Prothèses dentaires Prix de référence : 750 €	444,75 €	444,75 €	481,25 €	427,50 €	527,50 €	212,50 €

Source : Drees, Etudes et résultats n°635, mai 2008

D) Les voies d'amélioration de la prise en charge avancées par le Haut conseil dans son avis du 29 mai 2008 :

**Extraits de l'avis sur les dispositifs médicaux
adopté à l'unanimité sauf 1 abstention par le
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**

5) Sur le marché des DM à usage individuel, les places respectives de l'assurance maladie, des OC (qui gèrent les couvertures complémentaires) et des ménages se distribuent de façon très originale

a) Les marchés

a1) le marché de la LPPR est caractérisé par un net clivage entre :

- le titre I, composé notamment de matériels pour le maintien à domicile. Dans ce titre, 77,5% des DM fait l'objet d'un prix limite de vente et d'un taux de prise en charge par l'assurance maladie élevé
- le titre II pour lequel il n'y a de prix limite de vente que pour 30,5% des DM et sur lesquels on constate un net décalage entre les bases de remboursement par l'assurance maladie et les prix (notamment sur l'optique).
- le titre III (DM implantables), pris en charge intégralement par l'assurance maladie.
- le titre IV (véhicules pour handicapés physiques), pour lequel il n'y a pas de prix limite de vente mais une politique de prise en charge publique spécifique.

a2) le marché des prothèses dentaires est un marché de prix libres sur lequel on constate un net décalage entre les bases de remboursement par l'assurance maladie et les prix.

b) Sur le champ de la dépense reconnue, le taux de prise en charge par l'assurance maladie est élevé compte tenu de la fréquence d'exonérations (notamment sur le titre I de la LPPR). Pour les DM de la LPPR on estime à 11% le ticket modérateur ; il serait de 28,7% pour les prothèses dentaires ; il s'établirait à 16% pour l'ensemble des DM.

c) Mais sur certains segments du marché, le taux de dépassement (écart entre les bases de remboursement et les prix) est très élevé

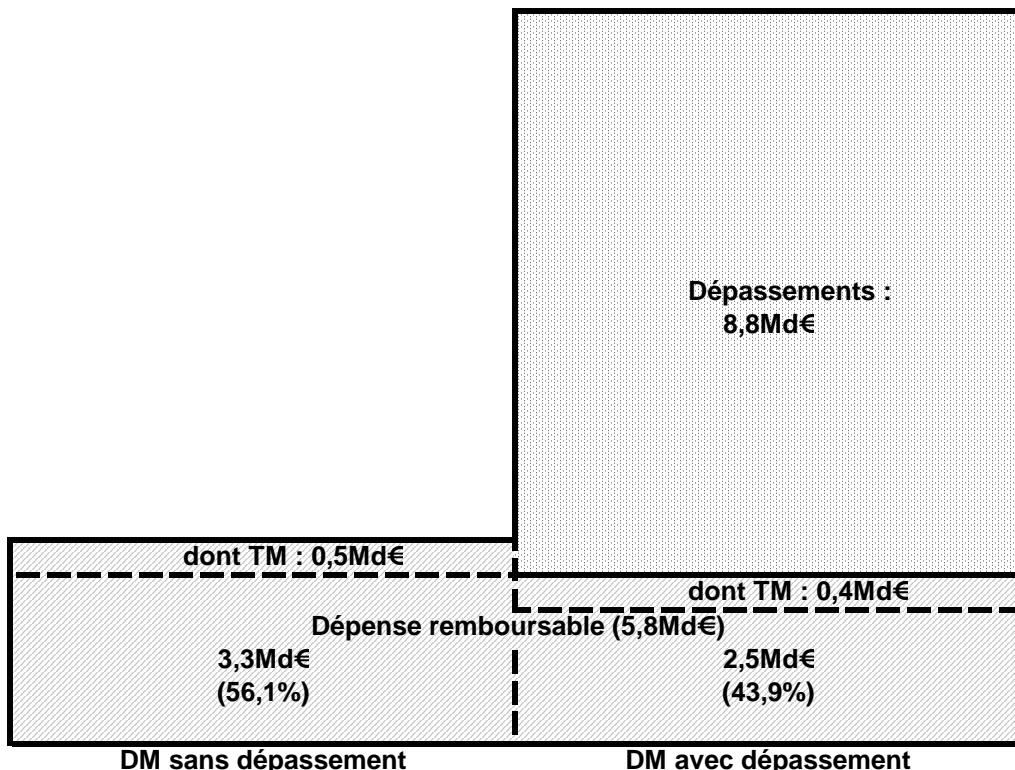
Le chiffre d'affaires (prix ttc) est 2,6 fois supérieur à la dépense reconnue au titre des DM. Sur certains segments du marché, l'engagement de l'assurance maladie est désormais marginal (3% en optique pour les adultes par exemple)⁶¹.

⁶¹ Ce constat explique que la question du désengagement de l'assurance maladie sur certains segments du marché des DM soit parfois évoquée. Les tenants de cette approche y voient la source d'économies d'une part, la clarification des responsabilités de la gestion du risque d'autre part.

Le marché des DM est ainsi celui sur lequel le taux de dépassement est le plus élevé. Encore faut-il souligner que ce taux est largement contenu par la bonne prise en compte des DM du titre I.

Très souvent, le dépassement en valeur absolue est élevé et se compare en fréquence et en montant aux dépassements en établissements de santé sur lesquels on porte plus attention⁶².

Marché des DM ambulatoires en 2006 (14,6 Md€)



d) Le RAC est pris en charge

- par les couvertures complémentaires à hauteur de 34%. Leur intervention porte sur :
 - * le ticket modérateur (pour un montant faible compte tenu du taux élevé de remboursement en titre I et du très bas niveau des bases de remboursement sur lesquelles le TM est calculé pour les autres DM)
 - * les dépassements⁶³ (4,2Md€)
- directement par les ménages à hauteur de 31%. Leur intervention porte

⁶² Le rapport de l'IGAS donne ainsi des références utiles de dépassements en établissements de santé. Pour les accouchements, la probabilité de supporter des dépassements est de 52% (42% des femmes accouchant à l'hôpital pour un montant moyen des dépassements de 74€ et 81% de celles accouchant en clinique pour 178€) ; les chiffres homologues sont de 72% pour les prothèses de hanche (42% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 225€ et 89% des opérés en clinique pour 454€) ; de 71% pour les opérations du cristallin (40% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 91€ et 80% des opérés en clinique pour 200€). Or il n'y a guère de différence d'utilité à marcher qu'à entendre et guère de légitimité à s'émouvoir des dépassements dans un cas et moins dans l'autre.

⁶³ Dans ce montant, sont également compris les DM non pris en charge par l'assurance maladie (par exemple les implants dentaires) pour lesquels aucune donnée n'est disponible.

- * le ticket modérateur (pour un montant faible compte tenu de la diffusion des couvertures complémentaires)
- * les dépassements⁶⁴ (4,6Md€).

Hors ticket modérateur, la charge liée aux DM qui pèse sur les ménages représente plus de 37 % du total des charges directes qu'ils supportent⁶⁵.

e) Les dépassements sont très fréquents et parfois élevés (a fortiori pour les ménages qui cumulent dans l'année l'acquisition de plusieurs DM)

Pour la moitié des assurés, le dépassement moyen est supérieur à 299€ pour la dépense optique, 420€ pour la dépense en prothèses dentaires, 1 831€ pour la dépense en audioprothèses (hors dépense au titre des forfaits d'entretien).

Pour la moitié des assurés ayant renouvelé dans l'année au moins un des trois DM, ce dépassement est supérieur à 343€.

Dispersion du dépassement moyen

% de la population (déciles 1 à 9)	Optique	Prothèses dentaires	Audio- prothèses	Ensemble des trois
10 %	87€	57€	750€	84€
20 %	147€	123€	1 100€	147€
30 %	196€	195€	1 310€	207€
40 %	245€	313€	1 545€	269€
50 %	299€	420€	1 831€	343€
60 %	364€	533€	2 295€	431€
70 %	447€	707€	2 627€	542€
80 %	551€	1 004€	2 981€	700€
90 %	698€	1 530€	3 361€	1 044€

Source : CNAMTS, ERASME VI

Lecture : pour l'optique, 10% des individus ont des dépassements moyens inférieurs à 87€ et 20% à 147€.

Champ : régime général (y compris SLM), hors DOM

6) La gestion des DM pour lesquels on fixe des prix limite de vente (c'est le cas très majoritaire du titre I) repose sur des bases réglementaires et organisationnelles relativement fiables.

Il convient de souligner que l'évaluation médicale des dispositifs médicaux en vue de leur remboursement, même si elle est peu abordée dans le présent avis, mérite une réflexion approfondie. En effet, les dispositifs médicaux bénéficient d'un mode d'évaluation différent selon leur mode de financement (inscription à la LPPR/liste en sus, intégration dans les GHS, dispositifs implantables dont la spécificité est d'être associés à un acte). L'ensemble de ces sujets pourra faire l'objet d'approfondissements dans le cadre des travaux conduits par la Haute Autorité de Santé.

⁶⁴ Idem note précédente.

⁶⁵ Autres postes : ticket modérateur pour la population sans couverture complémentaire, forfaits et franchises non pris en compte par celle-ci, dépassements sur les honoraires des médecins.

7) Parmi les DM liés au maintien à domicile (titre 1), certains, intégrant la délivrance du dispositif et le suivi qui lui est associé, n'ont pas de prix limite de vente. La forte progression de ces DM, en lien avec la politique de maintien à domicile, conduit à mieux étudier notamment leurs conditions de prescription et le respect des règles de qualité de leur utilisation.

8) Les segments du marché caractérisés à la fois par une absence de prix limite de vente, une faible implication de l'assurance maladie et une solvabilisation pas toujours cohérente par les couvertures complémentaires, sont profondément dérégulés. Le secteur de l'optique est le plus typique de ces marchés.

La « gestion du risque » n'est entreprise qu'à la marge. Le faible engagement de l'assurance maladie ne la met guère en mesure de s'y impliquer de façon efficace. L'approche traditionnelle de leurs garanties par les OC (libellés parfois inflationnistes et peu adaptés au besoin ; surenchère dans les niveaux de prise en charge considérés comme des arguments d'appel...) a facilité le dérèglement du marché qui conjugue un haut niveau de prix, des rentes de situation, une sous productivité de l'appareil de distribution et parfois des pratiques commerciales abusives

Le pouvoir des consommateurs est limité. Le consommateur est rarement à même d'aller à l'encontre d'une politique qui conduit les prestataires à aligner leur prix sur le niveau maximum de la prise en charge par le contrat complémentaire.

Dans ce contexte, les ménages sont confrontés, lorsque leurs contrats de complémentaire n'assurent que des prestations limitées, à des RAC élevés.

Ce constat soulève deux questions :

a) Le faible niveau des prises en charge par l'assurance maladie et l'inégale diffusion de « garanties solides » dans les contrats de complémentaire entraînent-elles des renoncements aux soins ?

Le marché de l'audioprothèse (où on considère que le taux de couverture des besoins est inférieur à 50%) et des prothèses dentaires présentent des situations de sous équipement, ce n'est pas le cas du marché de l'optique. Les éléments fournis par la dernière enquête de l'IRDES (voir la note annexée au présent avis page 25) confirment les constats antérieurs.

Même si le facteur « reste à charge » n'est pas le seul qui puisse expliquer le déficit de recours, l'importance des dépassements combinée à la faiblesse des revenus et/ou l'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins.

b) Comment assurer une meilleure gestion du risque ?

Sur les segments de marché concernés, elle repose très largement sur les organismes de couverture complémentaire.

Elle passe par

* une réforme du libellé des contrats

* le développement de plateformes de services

* la constitution de réseaux de professionnels qui s'engagent avec les OCAM sur des garanties de qualité, de service et de prix⁶⁶.

Encore faut-il que cette politique soit coordonnée avec celles de l'Etat et de l'assurance maladie qui fixent notamment les conditions d'exercice des professionnels concernés d'une part, que les OCAM disposent des outils de gestion adéquats (notamment en termes

⁶⁶ La CGT n'est pas en accord avec ce dernier point.

d'acquisition des données qui leur sont nécessaires pour l'exécution de leurs garanties contractuelles) d'autre part.

Une collaboration plus poussée entre l'UNCAM et l'UNOCAM est souhaitable.

9) La « reconquête du marché » par une gestion du risque plus résolue est une condition préalable à la mise en œuvre de toute politique de meilleur partage des charges entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages.

a) Est-il concevable de revenir à la double option d'opposabilité et de niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie ?

Il y a deux volets dans cette problématique :

- l'ampleur du RAC à « couvrir » est considérable. A supposer que les dépassements soient pris en charge à hauteur de 70% par l'assurance maladie, c'est une dépense de plus de 6Md€ qu'il faudrait consentir. Les contraintes des finances publiques ne permettent pas de l'envisager. L'effort financier serait ramené à plus de 4Md€ si la gestion du risque conduisait à une baisse des prix de 20%, somme qui semble encore hors de portée dans le cadre actuel du financement de la sécurité sociale
- la fixation de tarifs opposables dont on peut se demander si elle constitue, dans la phase actuelle, le meilleur processus pour réguler le marché.

Le HCAAM s'est interrogé sur le niveau des tarifs « préférentiels » de la CMUC. Si on les étendait à l'ensemble de la population (ce qui représenterait une charge de près de 2Md€), la dépense reconnue resterait quand même très inférieure aux prix actuels du marché (4,1Md€ sur les secteurs de l'optique, des audioprothèses et des prothèses dentaires contre 1,8Md€ actuellement). Un tel constat laisse perplexe. Ou bien le tarif CMUC est trop bas (c'était la thèse de nombre de professionnels). Alors, s'il est – à la limite – acceptable pour une petite fraction de la clientèle, on ne peut le retenir pour l'ensemble de la population sans peser lourdement sur le revenu des professionnels, même avec des gains importants de productivité dans la distribution. Ou bien il est à peu près raisonnable, généralisable sans dégâts caractérisés : c'est donc le prix du marché qui est « trop élevé » entretenant des revenus excessifs ou une sous productivité de la prestation.

L'avis majoritaire est que les tarifs de la CMUC sans être radicalement incohérents⁶⁷ sont trop bas.

C'est dire à la fois l'ampleur de la désoptimisation du marché et l'importance de la dépense à consentir pour revenir à une norme équilibrée de prise en charge publique

b) Comment corriger la faiblesse de la prise en charge pour des ménages « prioritaires » en ayant recours à des tarifs de remboursement améliorés ?

b1) Un effort a été mis en œuvre pour les soins des enfants

b2) La CMUC concourt à alléger la charge des ménages modestes.

La prise en charge se fait sur des tarifs substantiellement supérieurs à ceux du droit commun (facteur 2,2 pour les audioprothèses ; 2,2 pour les prothèses dentaires et 4,6 pour l'optique). Ces tarifs sont en partie opposables (prothèses dentaires).

⁶⁷ En prenant en considération qu'une partie de « l'excès de prix du marché par rapport au tarif CMUC » des prothèses dentaires est lié à l'insuffisante rémunération des soins conservateurs.

Ce régime constitue donc un progrès très sensible mais pour une petite minorité d'assurés⁶⁸

b3) Pour les DM qui sont aussi des « aides techniques », comment combiner la prise en charge par l'assurance maladie (au titre du soin) et la prise en charge complémentaire au titre de la « perte d'autonomie » ?

b31) Les départements allouent une prestation additionnelle spécifique (la PCH) aux personnes handicapées.

Cette prestation se cumule avec le remboursement de l'assurance maladie, mais doit faire l'objet d'une préconisation spécifique (par la « Commission des droits et de l'autonomie »). Elle n'est pratiquement pas modulée en fonction du revenu (TM de 0% à 20% en fonction des seuls revenus des capitaux mobiliers et fonciers).

b32) Les fonds départementaux de compensation peuvent apporter des aides complémentaires

A l'aide légale (PCH) s'ajoute une aide extralégale, relevant d'un régime d'aide sociale facultative, pour les personnes handicapées ayant, après prise en charge par l'assurance maladie et la PCH, un RAC élevé.

b33) L'AGEFIPH et le FIPHFP peuvent attribuer des aides aux travailleurs handicapés

Même s'ils ne « mordent » que de façon limitée sur les dépassements, les efforts décrits supra ont d'indéniables mérites et leur consolidation⁶⁹ semble plus crédible qu'un effort généralisé à l'ensemble des ménages.

*
* *

A défaut d'une reconquête globale du marché en termes d'opposabilité, le HCAAM estime que dans l'emploi des marges de manœuvre envisageables, les outils précités peuvent se révéler pertinents.

c) Les dispositifs qui abaissent le coût des cotisations sont ils pertinents ?

c1) L'ACS

Le ciblage en fonction du revenu et l'augmentation du forfait avec l'âge en font un outil précieux. A ce titre la montée en charge de l'ACS doit constituer une priorité majeure des organismes sociaux.

c2) L'exonération de la taxe sur les cotisations d'assurance complémentaire.

Elle abaisse le coût des contrats de 7% et elle est d'application générale. On l'évalue à 450M€.

c3) Le statut social et fiscal des contrats en entreprise.

Il permet un abaissement substantiel du coût des cotisations pour les acteurs impliqués (entreprises et leurs salariés) et avec un degré de mutualisation interne dont le HCAAM avait salué le côté positif (voir son avis de février 2005). Mais :

- l'avantage en cause est inégal : le statut ne concerne que le secteur privé⁷⁰ ; les petites entreprises sont moins couvertes⁷¹

⁶⁸ La généralisation à l'ensemble des assurés des tarifs CMUC représenterait un investissement de près de 2Md€ pour l'assurance maladie.

⁶⁹ Ainsi doit-on approuver l'augmentation des tarifs de la CMUC intervenue en 2006 sur les prothèses dentaires.

- associé à un financement élevé par l'entreprise (60% pour 85% des contrats), il permet aux salariés d'acquérir de bonnes garanties avec de faibles cotisations personnelles. Il est vraisemblable que les références qui se sont diffusées dans ces contrats (multiple élevé du tarif sécu, forfaits annuels importants et dans certains cas remboursement des frais réels) ont « poussé » les prix du marché vers le haut et n'ont pas encouragé la productivité du secteur. Il est vrai que sur certains points la gestion de ces contrats collectifs évolue dans le bon sens.

d) Si la prise en charge par des dépenses les couvertures complémentaires à un niveau élevé est appelée à subsister, certains membres du conseil ont souhaité qu'on s'interroge sur des aménagements du cadre actuel en analysant les voies :

- * d'une plus grande cohérence entre base et complémentaire (par exemple par la définition de tarifs opposables aux deux financeurs intégrés)
 - * d'une réforme du portage de l'aide aux couvertures complémentaires.
- Le Conseil n'a pas procédé à cette analyse qui renvoie à une discussion plus globale.

e) Dans le domaine spécifique des prothèses dentaires, il faut se féliciter de l'option retenue d'augmenter la rémunération des soins conservateurs

De l'avis général, les chirurgiens dentistes sont amenés à pratiquer des prix élevés pour les prothèses parce que les soins conservateurs – qui sont opposables - ne sont pas assez rémunérés. En les augmentant, on devrait, pour un revenu « cible » de ces professionnels, contenir le prix des prothèses – non opposables. Le Conseil n'a pas analysé les accords passés en ce sens ni leurs résultats. Il se borne à souligner qu'un transfert du domaine non opposable au domaine opposable est pertinent

⁷⁰ Le décret de septembre 2007 pourrait déboucher sur des mécanismes voisins pour la Fonction publique (Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels)

⁷¹ La dernière étude CREDOC/CTIP de novembre 2007 auprès d'un échantillon d'entreprises (300), toutes tailles confondues, donne les résultats suivants : la complémentaire santé est présente dans : 62 % des entreprises de 1 à 9 salariés, 77% dans les 10 à 49 salariés, 92% dans les 50 à 99 salariés, et 95% dans les entreprises de 100 salariés et plus.

ANNEXES AU RAPPORT 2008

ANNEXE 1 - LES EXONERATIONS DE COTISATIONS

(en Md€)	2004	2005	2006	2007	2008
Allégements généraux	16,1	16,5	18,5	20,6	21,9
Exonérations heures supplémentaires				0,6	3,3
Rachat de RTT					0,4
Mesures ciblées compensées	2,3	2,5	3,1	3,9	3,7
Total mesures compensées	18,4	19,0	21,6	25,2	29,3
Mesures non compensées	2,0	2,1	2,4	2,7	2,4
Total exonérations	20,4	21,1	24,0	27,9	31,7

Source : CCSS, juin 2008

ANNEXE 2 - LES PRESTATIONS DU REGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE

	Régime général	Régime local
Dans les établissements de santé		
Hospitalisation pour actes thérapeutiques importants (actes > K50) ou séjours > 30 jours	100%	Prise en charge du forfait de 18€ pour les actes > 91€ (hospitaliers ou ambulatoires)
Hospitalisation pour actes < K50 ou séjours < 30 jours	80%	100%
Soins externes :		
- honoraires des praticiens	70%	90%
- honoraires des auxiliaires médicaux	60%	90%
Transport - transfert	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	100%
Hors établissements de santé		
Honoraires des praticiens	70%	90%
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	90%
Médicaments à vignette blanche	65%	90%
Médicaments à vignette bleue	35%	80%
Médicaments reconnus irremplaçables et particulièrement coûteux	100%	100%
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65%	90%
Transport	65%	100%
Analyses et examens de biologie	60%	90%
Optique, prothèses auditives, pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	65%	90%
Grand appareillage (orthèse, prothèse, VHP)	100%	100%
Cures thermales – prestations légales		
- forfait thermal	65%	90%
- honoraires prestations supplémentaires	70%	90%
- frais de transport et frais d'hébergement	65%	65%

ANNEXE 3 - EXTRAITS DU RAPPORT 2007 DU HCAAM

b) Deux approches d'extension ou de généralisation

On peut souhaiter adopter une approche plus « ouverte » surtout si un ajustement important des charges sur les OC se traduisait par une très forte poussée des cotisations.

Deux approches ont été étudiées ces dernières années :

b1) Une aide dégressive avec le revenu par unité de consommation

On instituerait une aide personnalisée à la santé, analogue dans sa logique à l'aide au logement.

Elle ferait suite à la CMUC et « écraserait » l'ACS.

Le montant maximal de l'aide serait calé sur le coût d'un contrat d'entrée de gamme (variante : le coût du contrat modal). Il serait pris en charge pour une proportion déclinant avec le revenu et tiendrait compte de la taille du ménage.

L'ampleur – et le coût – du dispositif dépendraient de deux paramètres :

- l'élasticité de l'aide avec le revenu ; elle définit les plafonds « théoriques » d'exclusion et, partant, la population éligible. Le tableau ci-dessous donne les plafonds d'exclusion qui prévalent pour l'aide au logement (qui décroît vite avec la croissance du revenu : 1 euro de revenu entraîne une baisse de l'aide de 29 à 43 centimes) ;

Taille du ménage	célibataire	couple sans enfant	couple avec un enfant	couple avec deux enfants	couple avec trois enfants
Plafond d'exclusion en €/mois	1 053	1 285	1 644	1 956	2 396
Rappel plafond d'ACS	643	949	1 140	1 351	1 633
Plafond AL/plafond ACS	1,64	1,35	1,73	1,45	1,47

- le seuil de non versement. Il existe en AL/APL (15€/mois) ; on évite ainsi de verser des sommes très minimales (inférieures même à leur coût de gestion).

Dans une telle approche – et sauf à adopter un coefficient d'élasticité très élevé et un seuil de non versement bas - on est amené à donner une petite somme à un nombre élevé de ménages. Le coût final n'est pas négligeable du tout pour une efficacité sociale pour ceux dont le revenu est voisin du de non versement (pour lequel l'aide = 180€ pour l'année si on retient le seuil actuel en AL/APL - rapportée par exemple au revenu correspondant au plafond de l'aide au logement - est faible – 1,4% pour un célibataire).

Une telle approche ne semblerait devoir être retenue qu'en cas d'ajustement caractérisé des régimes de base, perspective qui s'écarte du cadre global qui avait réalisé le consensus du HCAAM dans son rapport de 2004.

C'est un schéma de ce type qui avait été étudié en 2002 (rapport CHADELAT) dans la perspective de la structuration d'un deuxième étage de protection sociale porté par les organismes de couverture complémentaire

Deux hypothèses avaient été chiffrées :

- H1 : plafond d'exclusion fixé à 1 000€ mensuel par unité de consommation ; montant de l'aide : 300€ (adulte isolé), montant modulé avec l'âge et la taille du foyer ;
- H2 : plafond de 1 200€.

Les coûts et effectifs sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

	effectif	coût	montant moyen
H1	13,6 millions	1,8Md€	132€
H2	20,6 millions	2,8Md€	136€

Remarques sur ce schéma :

- le coût unitaire est très faible (l'aide maximale est de 300€) ; la contribution rapportée à la cotisation réelle, même en entrée de gamme, est trop « juste » au regard de l'ambition affichée et de la charge de financement ;
- il n'est pas prévu de seuil de non versement ;
- les calculs sont faits en supposant que 100% des allocataires potentiels « lèveront » l'aide ; c'est très improbable surtout pour les bénéficiaires proches du plafond d'exclusion qui ne recevront qu'une aide très marginale ;
- on peut donc dans les enveloppes calculées – et en fixant un seuil de non versement réaliste – améliorer le montant de l'aide.

b2) *Une aide universelle* distribuée sous forme de crédit d'impôt (baisse de l'IR pour les ménages imposables et prestation versée aux ménages non imposables). C'est un schéma de ce type qui avait été proposé en juin 2003 par la Mutualité Française.

Il a été analysé par le HCAAM en 2005.

Le Conseil avait conclu que cette réforme ne s'imposait pas : son coût était très élevé :

- 7,2Md€ de coût brut (sur les valeurs envisagées à l'époque : 155€ par personne majeure et 40€ par enfant avec un plafond de 80€) ; de l'ordre de 3 à 4Md€ si on supprime parallèlement le statut social et fiscal des contrats en entreprise ;
- 3 à 4,2 si on réserve l'aide aux assurés non couverts par un contrat collectif en entreprise.

Cette appréciation est-elle toujours valable ?

L'évolution prévisible des cotisations et la pertinence des aménagements étudiés ci-dessus (qui sont moins coûteux et/ou qui n'entraînent pas de redéploiements complexes) amènent à conclure qu'aucune des deux formules étudiées ici ne s'impose.

C'est seulement si on optait pour un ajustement très ample des prises en charge des régimes de base vers les régimes complémentaires qu'il faudrait réexaminer cette position.