

Le 28 septembre 2007

**MISSION**

**BOUCLIER SANITAIRE**

**Raoul Briet, Bertrand Fragonard**  
**avec le concours de Pierre-Jean Lancry**

## SOMMAIRE

### I) OBJECTIFS DE LA REFORME

- 1) une meilleure protection pour certains ménages, notamment ceux de revenu modeste
- 2) le ciblage de la prise en charge à 100% sur les seuls assurés qui supportent effectivement des « restes à charge » (RAC) élevés
- 3) un meilleur pilotage de l'évolution de la dépense des régimes de base
- 4) la modulation du plafond
- 5) l'amélioration effective du suivi des malades chroniques
- 6) la simplification de la prise en charge

### II ) PORTEE ET IMPACT DE LA REFORME

#### A) les résultats des simulations

- 1) le schéma cible (suppression des exonérations, taux de ticket modérateur et plafond uniques)
  - a) bouclier soins de ville non modulé en fonction des revenus
  - b) bouclier soins de ville modulé en fonction des revenus
- 2) scénarios de repli : différenciation des taux de ticket modérateur entre les dépenses des assurés en ALD « en rapport » avec la maladie exonérante et les autres dépenses
- 3) l'articulation du bouclier avec les « franchises » existantes et annoncées

#### B) autres impacts de la réforme

- 1) effets sur la consommation
- 2) incidences sur les couvertures complémentaires
- 3) le sort de la CMUC et de l'ACS

### III) PROBLEMES DE MISE EN ŒUVRE ET DE CALENDRIER

#### A) Champ d'application

1. S'agissant des régimes d'assurance maladie
1. S'agissant des dépenses concernées par le bouclier

#### B) Le suivi de la consommation de soins

#### C) Les modalités du basculement vers l'exonération du TM en cas d'atteinte du plafond

#### D) La gestion du critère de revenu

#### E) Calendrier et basculement

#### IV) LA SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

- 1) les caractéristiques de la prise en charge
- 2) l'approche la plus cohérente avec les principes du bouclier
- 3) une refonte autonome de la participation financière en établissements de santé
- 4) problèmes de gestion

#### V) PISTES ALTERNATIVES EN CAS DE RENONCIATION AU BOUCLIER

- 1) en cas de renonciation à la modulation du plafond avec le revenu
- 2) en cas de renonciation à un plafonnement global du RAC

#### liste des annexes

- 1) lettre de mission
- 2) les cas d'exonération du ticket modérateur
- 3) rapport 2007 du HCAAM sur les ALD
- 4) rapport 2007 du HCAAM sur l'ACS
- 5) le système de plafonnement du RAC en Belgique
- 6) le système de plafonnement du RAC en Allemagne

## OBSERVATIONS LIMINAIRES

**1) comme il avait été convenu, nous avons mené notre travail « en interne »** avec les administrations compétentes et les caisses d'assurance maladie qui nous ont fourni des contributions remarquables. Mais nous n'avons engagé aucune concertation avec les autres parties prenantes dans la gestion du système d'assurance maladie.

**2) Compte tenu du délai serré qu'il nous était demandé de respecter**, nous n'avons pas pu approfondir des aspects significatifs du dossier. Nos données sur les participations financières en établissements de santé sont imparfaites. Nous n'avons pas approfondi l'analyse des conséquences concrètes que l'atteinte du plafond entraîne dans les relations entre les caisses d'assurance maladie et les organismes de couverture complémentaire.

On ne peut donc pas exclure que des travaux ultérieurs modifient les paramètres financiers du bouclier qui sont analysés dans la note ou révèlent des difficultés actuellement mal appréciées.

Mais nous avons le sentiment que la note, dans son état actuel, permet d'éclairer de façon raisonnable les principaux problèmes que poserait l'institution d'un « bouclier santé ».

**3) La réforme étudiée – plafonner le reste à charge, le cas échéant en fonction du revenu – aurait des effets positifs.**

Elle protégerait mieux certains ménages. Elle fonderait les prises en charge sur des critères plus rationnels et équitables que ceux qui prévalent actuellement. Elle donnerait aux régulateurs (pouvoirs publics et régimes d'assurance maladie) des instruments de pilotage plus effectifs.

**4) Mais elle susciterait deux séries de critiques.**

- la première sur le champ des dépenses plafonnées. Certains diront, il est vrai de façon très sommaire, que « le bouclier dans les dépenses reconnues ne sert à rien là où il s'applique (puisque les couvertures complémentaires donnent grossièrement une garantie équivalente) et ne protège pas là où il serait nécessaire (puisque le bouclier ne porte pas sur les dépassements) ». C'est une situation très différente de celle de l'Allemagne et de la Belgique où le plafonnement du RAC a plus de portée puisque l'assurance maladie complémentaire est fort loin d'y être généralisée et que les dépassements y sont quasi inexistantes.

En fait les marges de progrès du système étudié sont réelles pour une fraction significative des assurés.

- les caractéristiques du système de plafonnement : le principe de sa modulation avec le revenu ne fera pas l'unanimité ; le niveau du plafond sera jugé trop élevé ; les « transferts » seront contestés ; les assureurs complémentaires s'inquièteront de la modification éventuelle de leur domaine d'intervention et des risques qui s'y attachent.

Nous estimons que ces critiques doivent être fortement relativisées et qu'elles n'invalident pas le schéma de bouclier sanitaire.

**5) il nous semble que pour prendre pleinement son sens, cette réforme doit :**

- a) « servir » simultanément des objectifs forts : mieux protéger les ménages modestes (la modulation du plafond nous semble s'imposer) ; contenir la croissance des dépenses liées au régime des ALD en concentrant le 100 % sur les seules situations où les assurés sociaux subissent des RAC élevés ; doter les pouvoirs publics et l'UNCAM d'instruments d'une meilleure maîtrise de la dépense publique de santé.
- b) s'accompagner d'une refonte des règles de prise en charge des dépenses hospitalières assurant plus de transparence et plus d'équité entre assurés
- c) être utilisée par l'assurance maladie comme une opportunité pour engager de façon mieux ciblée et beaucoup plus effective qu'à travers les ALD une politique d'amélioration du suivi médical des malades chroniques
- d) être mise en œuvre avec un calendrier réaliste et un mode de gestion rigoureux permettant de surmonter les problèmes d'organisation importants et d'assurer un haut degré de fiabilité dans la gestion des rapports entre les caisses, les organismes de couverture complémentaire, les professionnels de santé et une petite fraction des 63 millions de personnes assurées.

**6) il nous a semblé utile de compléter l'analyse du bouclier santé par celle de formules alternatives qui pourraient être mises en œuvre si on ne retenait pas l'option du bouclier.**

\*

\*   \*

La note examine successivement les objectifs de la réforme (I), sa portée et son impact (II), les problèmes de sa mise en œuvre (III), la situation dans les établissements de santé (IV). Elle mentionnera *in fine* les pistes alternatives à explorer en cas de renonciation à un plafonnement global modulé en fonction du revenu (V).

## I OBJECTIFS DE LA REFORME

### **1) pour des raisons de méthode et de fiabilité des sources, on est appelé, à ce stade, à distinguer, dans les dépenses, les soins de ville et en établissements de santé.**

Cette dissociation est rendue nécessaire au stade actuel des travaux par la relative fragilité des données portant sur les RAC hospitaliers (et plus encore sur leur croisement avec des données de revenus). Elle ne doit cependant pas faire perdre de vue que la logique de la réforme doit, si possible, conduire à couvrir par un dispositif unique le champ entier des dépenses reconnues et des RAC y afférents.

Comme le RAC global hospitalier (de l'ordre de 2,5Md€ en masse) est très concentré sur un petit nombre de personnes protégées, la réintégration de ces RAC dans le bouclier modifiera sensiblement l'impact et les paramètres du bouclier soins de ville qui est étudié ci-après.

### **2) le « bouclier sanitaire » ne concerne que les dépenses reconnues (hors dépassements).**

- dans le champ ainsi défini, l'essentiel du reste à charge est couvert par les complémentaires et ne pèse pas directement sur les assurés.

Pour les assurés couverts par une complémentaire (environ 92% compte tenu de la CMUC), l'institution d'un bouclier sanitaire ne modifie pas les charges qui pèsent sur eux : la couverture complémentaire « remplit » *de facto* la fonction de plafonnement. Par contre elle est susceptible d'avoir une incidence sur la cotisation qui finance cette couverture.

Les variations de RAC auxquelles conduirait la réforme – et qui sont d'ailleurs faibles (de quelques euros à 30 / 35 € par mois) – se traduiraient pour ces assurés non comme des transferts entre ménages (gains/pertes) mais comme une simple modification dans la répartition de la prise en charge entre les régimes de base et les complémentaires.

Ce n'est que pour la petite minorité des ménages sans couverture complémentaire que le plafonnement du reste à charge modifie directement la donne.

- on ne règle pas le problème des dépassements. La mise en place éventuelle d'un « bouclier » doit donc aller de pair avec un examen, par étapes, de ce problème. C'est en ce sens que le HCAAM a souligné l'importance de traiter parallèlement le réaménagement éventuel des conditions de prise en charge des dépenses reconnues et le cantonnement des dépassements d'une part, et proposé de commencer par les dépassements d'honoraires dans les établissements de santé d'autre part.

## 1) une meilleure protection pour certains ménages, notamment ceux de revenu modeste

### a) Les ménages sans couverture complémentaire (ni CMUC).

#### a1) état des lieux.

Les assurés sans complémentaire sont certes peu nombreux (de l'ordre de 5 millions, soit 8,5% des assurés)<sup>1</sup>.

#### Pourcentage d'assurés n'ayant aucune couverture complémentaire selon l'âge et le statut ALD

Année 2004	< 2 ans	de 2 à 15	de 16 à 39	de 40 à 64	de 65 à 79	80 ans et +
ALD	-	7,2%	10,2%	8,8%	12%	15,2%
non ALD	8,8%	5,9%	10,2%	6,4%	7,2%	12,5%

Source : IRDES, 2007, Enquête Santé Protection Sociale<sup>2</sup>

Mais il s'agit souvent (enquête IRDES de 2004)

- de ménages modestes [17,1% pour les ménages ayant moins de 550€/uc ; 19,4% pour les chômeurs ; 18,6% pour les « autres inactifs » ; 15,4% pour les ouvriers non qualifiés (contre 11,5% pour les ouvriers qualifiés)] pour qui un RAC élevé peut se révéler excessif
- de personnes très âgées (13,6% au dessus de 80 ans ; 8,1% en dessous de 80 ans)
- de personnes exonérées (11,2% des ALD contre 8,1% des non ALD), donnée cohérente avec l'âge

On ne sait pas à ce stade si ces ménages ont un RAC différent de la moyenne. On sait que le RAC soins de ville ne varie guère avec le revenu<sup>3</sup> et que le RAC hospitalier diminue avec le revenu. Par ailleurs, rien n'exclut que les « non couverts » aient un RAC différent de celui des ménages de même revenu (il pourrait être plus élevé puisque leur état de santé est moins bon que la moyenne ; mais on sait aussi que la renonciation aux soins est plus fréquente pour les assurés sans couverture complémentaire)

<sup>1</sup> Des changements sont intervenus entre 2000 et 2004. Le taux de personnes ALD sans complémentaire est ainsi passé de 13,7% en 2000 à 11,2% en 2004, celui des non ALD a également diminué mais dans une moindre proportion (de 9,5% en 2000 à 8,1% en 2004)

Le tableau suivant illustre le phénomène pour les ALD :

#### Evolution du pourcentage d'assurés ALD n'ayant aucune couverture complémentaire

ALD	de 2 à 15 ans	de 16 à 39	de 40 à 64	de 65 à 79	80 ans et +
2004	7,2%	10,2%	8,8%	12%	15,2%
2002	8,4%	21%	9,4%	10,8%	19,1%
2000	16,7%	15,6%	10,9%	12,9%	23,1%

Source : IRDES, 2007, Enquête Santé Protection Sociale

<sup>2</sup> L'enquête de l'IRDES fait apparaître un certain nombre de réponses « non renseignées » mais ce pourcentage marginal n'est pas de nature à modifier sensiblement les données présentées.

<sup>3</sup> décile au RAC le plus élevé – le 2<sup>ème</sup> : 272€ ; décile au RAC le moins élevé – le 4<sup>ème</sup> : 215€

*a2) Incidence d'un plafonnement du RAC*

Pour ces assurés, le plafonnement du RAC – surtout si le plafond est modulé en fonction du revenu – constituerait une vraie protection contre les RAC élevés et pourrait réduire la renonciation aux soins.

Cette fonction de plafonnement ne serait pas négligeable. En effet, malgré la puissance de notre système d'exonération, des RAC élevés ne sont pas exceptionnels.

- 15,9% des assurés en ALD et 8,8% des non ALD ont un RAC supérieur à 500€ en soins de ville, soit 6 millions de personnes.

- quant aux RAC très élevés, ils se distribuent comme suit.

**Montant des RAC très élevés en soins de ville. Effectifs totaux (ménages avec et sans complémentaire)**

	<b>ALD</b>	<b>Non ALD</b>
Effectif d'un vingtile	435 000	2 715 000
Montant moyen du RAC du dernier vingtile	1 490€	943€
Effectif d'un centile	87 000	543 000
Montant moyen du RAC du 96 <sup>ème</sup> centile	959€	680€
Montant moyen du RAC du 97 <sup>ème</sup> centile	1 058€	746€
Montant moyen du RAC du 98 <sup>ème</sup> centile	1 200€	838€
Montant moyen du RAC du 99 <sup>ème</sup> centile	1 505€	992€
Montant moyen du RAC du dernier centile	2 737€	1 460€

Comme on le verra au chapitre IV, on trouve aussi des RAC élevés dans le champ des dépenses hospitalières : environ 1,5 million de personnes protégées ont ainsi un RAC supérieur à 500€.

Les assurés qui sont sans couverture complémentaire et qui ont des RAC élevés bénéficieront donc du bouclier. Leur effectif est certes très faible ; mais pour eux, le progrès sera important.

Qu'en sera-t-il des autres assurés, ceux qui n'ont pas de RAC élevé ? Comme le plafonnement du RAC est coûteux et qu'il faut gager la charge qu'il implique par une augmentation du taux du ticket modérateur, leur RAC augmentera légèrement. Les effectifs concernés et le montant de l'effort qui leur sera demandé (et qui, dans la plupart des scénarios analysés, ne devrait pas dépasser quelques euros par mois ; exceptionnellement 30€) dépendront des choix des paramètres financiers de la réforme.

**b) les ménages avec une couverture complémentaire**

Comme on l'a indiqué supra, le plafonnement du RAC n'aura – en règle générale – pas d'incidence directe sur le niveau total de prise en charge de leurs dépenses par les régimes de base et les couvertures complémentaires. Ce qui sera modifié c'est le partage de la charge entre base et complémentaire.



Le bouclier améliorera toutefois le niveau de la prise en charge pour les assurés dont le contrat de complémentaire couvre mal le forfait journalier pour des séjours de longue durée, notamment en médecine, psychiatrie et soins de suite. C'est une situation qui n'est pas rare<sup>4</sup>.

- le nombre des « séjours » de longue durée – et leur cumul sur l'année – sont fréquents : ainsi, sur les 15 millions de séjours hospitaliers d'au moins une journée, 12,5% ont une durée supérieure à 10 jours.).

L'accumulation de forfaits journaliers mal couverts en complémentaire est ainsi à l'origine de charges élevées sur les ménages, très fréquemment pour les assurés en ALD qui ne sont pas exonérés du forfait.

c) le plafonnement du RAC, s'il est modulé en fonction du revenu, réduira l'écart qui sépare aujourd'hui les ménages modestes de ceux qui bénéficient de la CMUC.

Les titulaires de la CMUC bénéficient d'une exonération totale du ticket modérateur (et des participations forfaitaires récemment créées ou envisagées). Ceux des ménages dont les revenus se situent légèrement au-dessus de ce niveau de ressources ne bénéficient d'aucune atténuation de leurs tickets modérateurs ou participations forfaitaires. Ils peuvent simplement bénéficier de l'ACS dont la mise en œuvre effective est au demeurant très lente. Un plafonnement des RAC, s'il était modulé en fonction des revenus et incluait une première tranche basse, contribuerait à lisser l'effet de seuil qui sépare actuellement les ménages modestes des assurés à la CMUC.

d) la baisse des cotisations d'assurance complémentaire pour les assurés modestes

Si elle était retenue, la modulation du plafond de RAC avec le revenu devrait se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par une modération des cotisations pour les ménages les plus modestes. L'effet possible dépendra bien évidemment du niveau du plafond et de l'intensité de la modulation : un plafond bas et une forte modulation forment la combinaison la plus favorable, au regard de cet objectif (la cotisation ne « pouvant » excéder le plafond majoré des frais de gestion).

e) le cantonnement de la tarification des couvertures complémentaires en fonction de l'âge.

Le RAC augmente de façon sensible avec l'âge

---

<sup>4</sup> Extraits de l'étude de la DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », n°575, mai 2007 : Certains organismes fixent une durée maximale d'un an, ou plus généralement inférieure à six mois (par exemple de 30 jours ou 90 jours). Pour les séjours en médecine, les mutuelles limitent plus souvent la durée de prise en charge : 19 % des contrats individuels et 29 % des contrats collectifs couvrent une durée inférieure à 180 jours, contre au plus 8 % pour les contrats des autres organismes complémentaires quelle que soit leur nature. Les mutuelles sont encore plus nombreuses à restreindre la durée de prise en charge des séjours en soins de suite et surtout en psychiatrie. 8 % des contrats collectifs ne couvrent pas les séjours en psychiatrie et 52 % limitent la prise en charge entre 15 et 90 jours ; c'est respectivement le cas de 3 % et 42 % des contrats individuels. En revanche, le forfait journalier est presque toujours pris en charge par les institutions de prévoyance, quels que soient la durée et le type de séjour. 96 % des contrats individuels des sociétés d'assurance remboursent le forfait journalier en médecine au-delà de 360 jours, alors que seuls 53 % de leurs contrats collectifs et 58 % de leurs contrats individuels le garantissent pour une période aussi longue en psychiatrie. En outre, certains organismes complémentaires ne remboursent pas la totalité du montant du forfait journalier, fixé en 2005 à 14 € par jour en médecine et en soins de suite et de réadaptation, et à 10 € par jour en psychiatrie. Tous organismes confondus, environ 5 % des contrats laissent à la charge de l'assuré un montant qui varie entre 1 et 7 € en médecine et en soins de suite et de réadaptation, et entre 1 et 3 € pour la psychiatrie.

AGE	Reconnu ville	Remboursé ville	RAC ville	Revenu/uc
1 à 4	489	324	165	1 163
5 à 9	388	275	114	1 131
10 à 14	321	233	88	1 192
15 à 19	456	361	96	1 255
20 à 24	389	281	108	1 189
25 à 29	621	478	143	1 365
30 à 34	635	484	150	1 334
35 à 39	593	420	173	1 284
40 à 44	725	546	179	1 349
45 à 49	862	663	199	1 441
50 à 54	995	763	232	1 560
55 à 59	1 301	1 014	288	1 531
60 à 65	1 541	1 218	323	1 526
65 à 69	1 610	1 293	317	1 329
70 à 74	2 088	1 729	358	1 246
75 à 79	2 405	1 995	410	1 195
80 et +	3 010	2 532	478	1 134

Il s'ensuit que, très naturellement, les OC ont tendance à tarifier leurs contrats en fonction de l'âge. On considère généralement qu'un coefficient situé entre 1 et 2,5/3 est à ce titre logique

Comme les personnes âgées ne sont – a priori – pas protégées comme la majorité des salariés actifs par des mécanismes de prévoyance collective dont le coût pour le salarié est fortement abaissé par une contribution de l'employeur et par le bénéfice d'un statut social et fiscal très favorable, le taux d'effort des retraités est élevé, en nette rupture avec la cotisation qu'ils supportaient en entreprise.

Pour protéger les personnes âgées contre un niveau trop élevé de leurs cotisations ou primes, on a mis en place deux dispositifs de portée et de nature très différente. La loi Evin garantit de façon viagère aux salariés qui étaient couverts par un contrat de prévoyance collective la continuité de leur protection et plafonne leur cotisation à 150% de celle appliquée dans leur entreprise. L'ACS, aide attribuée aux personnes de revenus modestes (entre le plafond de la CMUC et 120% de ce plafond) est d'un montant plus élevé pour les personnes âgées (400€ contre et pour les enfants).

Par ailleurs, des OC essayent de maintenir une « solidarité » entre actifs et retraités. Le rapport du HCAAM a décrit ainsi la politique menée par PRO-BTP, celle adoptée en 2005 dans les industries gazières et électriques ou encore les conditions que devront respecter les OC qui voudront bénéficier des aides des employeurs publics de fonctionnaires (notamment celle de ne pas dépasser un rapport de 1 à 3 entre les assurés de 30/35 ans et leurs aînés).

Malgré ces efforts, la tendance à une forte modulation de la cotisation avec l'âge est bien ancrée.

Dans le scénario étudié ici, le plafond étant le même quel que soit l'âge de l'assuré, le RAC maximum des personnes âgées sera donc limité et leur cotisation devrait naturellement enregistrer ce progrès.

\*

\* \*

Sans être spectaculaires, les progrès liés au plafonnement – surtout s'il est modulé avec le revenu – sont bien réels.

Ils entraînent en contrepartie une augmentation modeste du RAC de certains assurés sans couverture complémentaire (très marginale pour les assurés de faible revenu en cas de modulation du plafond).

## **2) le ciblage de la prise en charge à 100 % sur les seuls assurés qui supportent effectivement des RAC élevés**

Le système actuel des ALD est normalement conçu pour neutraliser les RAC des assurés atteints d'« une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». Et il y parvient de façon effective puisque grâce à l'exonération qui y est attachée, le RAC des assurés reste modéré au regard de leurs dépenses (qui sont prises en charge par la sécurité sociale, pour les soins de ville, à 92% contre 69% pour les autres assurés)

Mais un dispositif de « bouclier » qui repose sur la mesure objective des coûts supportés par l'assuré au cours d'une année, quelle qu'en soit l'origine, assurerait de façon à la fois plus équitable et efficiente cette fonction que le système actuel qui juxtapose un régime très favorable des ALD – même ceux dont les dépenses restant à leur charge sont modérées – et un régime beaucoup moins généreux pour les autres assurés – même si leurs dépenses sont élevées.

Ainsi on trouve de nombreux assurés non ALD qui ont un RAC élevé et de nombreux assurés ALD qui ont un RAC faible.

Dans les personnes qui ont un RAC supérieur à 600€, on trouve un million d'assurés en ALD (11,8% de l'effectif) mais aussi 3,3 millions d'assurés non ALD (6,1% de l'effectif).

Et dans les personnes qui ont un RAC inférieur à 100€, on trouve 25,8 millions d'assurés non ALD (47,5% de l'effectif) mais aussi 3,4 millions d'assurés en ALD (39,3% de l'effectif).

Cette situation est doublement critiquable. Une exonération totale en ALD est parfois excessive (le régime concerne un nombre significatif d'assurés dont les dépenses ne sont pas telles qu'elles justifient une exonération aussi généreuse. Un RAC très élevé pour les assurés non ALD est choquant.

Il serait plus logique que le reste à charge dépende du seul niveau des dépenses et non de la qualification ALD/non ALD. Un plafonnement uniforme du RAC pour l'ensemble des assurés est de nature à corriger ces défauts.

### **Lien entre le niveau des dépenses et le niveau du RAC**

- pour les assurés non ALD, il y a un lien « par construction » entre les dépenses et le RAC : plus les dépenses sont élevées, plus le RAC est fort

- pour les assurés ALD, le RAC varie en fonction de la dépense non exonérée et non de la dépense totale. C'est pourquoi, dans les assurés qui ont un RAC très faible, on en trouve qui ont de fortes dépenses (leurs soins sont exclusivement ou majoritairement en rapport avec la maladie exonérante). D'autres qui ont des dépenses pourtant modérées ont un RAC significatif (nombre de leurs soins sont sans rapport avec la maladie exonérante et supportent le ticket modérateur de droit commun).

b) par ailleurs, le régime spécifique des ALD pèse de façon croissante sur les finances publiques.

Selon la projection réalisée par la CNAMTS, la part des assurés sociaux en ALD passerait d'ici 2015 de 13,8% de la population assurée à près de 19%.

Cette croissance provient du vieillissement de la population, de l'augmentation du taux de prévalence des maladies exonérantes à tous âges et d'une détection plus précoce et systématique des maladies exonérantes. L'évolution prévisible des dépenses d'ALD au titre du diabète illustre la puissance de ce mouvement. Une croissance des effectifs de diabétiques traités de 32% et une progression du taux de diabétiques « placés » en ALD de 15% conduisent à une progression des effectifs ALD de 52%. Comme par ailleurs, la dépense (soins de ville et dépenses en établissements de santé) par tête en euros constants augmenterait de 41% sur la période, la dépense publique pour ces malades doublerait, passant de 10 à 20Md€ d'ici 2015.

Pour l'ensemble de la population et sous la convention d'une stabilité du coût relatif des ALD (hypothèse très prudente), la dépense totale en soins de ville s'accroîtrait alors de 15% et les charges des régimes de base de 18%. Le taux de prise en charge moyen (ALD et non ALD) passerait de 80 à 82,2%. Les assurés en ALD concentreraient 70% des remboursements (soins de ville et hospitalisation) contre 60% actuellement.

Une telle évolution de la dépense publique est problématique.

Qu'il faille détecter les maladies de façon précoce et les traiter à un haut standard de qualité est dans la vocation de l'assurance maladie. La progression des effectifs – à critères d'admission en ALD inchangés – et celle des dépenses, liée à l'augmentation du coût unitaire de traitement, sont donc largement fatales. Ces deux éléments expliquent plus de 80% de la croissance globale des dépenses des ALD.

Mais faut-il assumer en sus une prise en charge dérogatoire (à 100%) des dépenses concernées alors même que, par construction, le système des ALD qui repose sur des définitions purement médicales et implique une exonération qui porte sur plusieurs années n'est pas en mesure de faire correspondre précisément le remboursement à 100% aux seuls cas où les assurés subissent des RAC d'un niveau particulièrement élevé ?

Il est donc envisageable de revoir le régime des ALD dans ses aspects discutables, ne serait-ce que pour stabiliser à son niveau actuel le taux de prise en charge global des dépenses par l'assurance maladie qui augmente spontanément avec la poussée des dépenses exonérées de ces assurés.

c) sortir « par le haut » de la gestion de l'ordonnancier bi-zone.

L'effort – légitime – entrepris par les caisses pour faire respecter la règle selon laquelle les soins sans rapport avec la maladie exonérante ne sont pas exonérés - ne contribue qu'à la marge à freiner la montée des dépenses en ALD. L'économie à en attendre avait été évaluée en 2004 à 500M€ ; elle n'est que partiellement atteinte.

Au demeurant, la distinction, au sein des soins des assurés en ALD, entre ceux qui, « en rapport » avec la maladie exonérante, sont totalement exonérés et ceux qui, « sans rapport » avec cette maladie supportent le ticket modérateur de droit commun (en moyenne 31%) n'est facile ni à définir ni à gérer.

Avec notamment le développement des polyopathologies, on voit se développer des soins – parfois coûteux - qui sans être directement « en rapport » avec la maladie exonérante lui sont suffisamment connexes pour que la séparation soit incontestable. Ils peuvent entraîner des RAC significatifs qu'un bouclier calé sur le niveau des dépenses et non sur leur nature pourrait limiter. La gestion du bizonne est par ailleurs une source de contentieux entre les médecins et les caisses et d'incompréhension entre les médecins et leurs patients.

La séparation entre ces deux types de dépenses pourrait « tomber » avec l'institution du bouclier de santé

d) Tant la HAS que le HCAAM s'étaient interrogés sur la possibilité de réduire le champ des ALD

Il s'agirait de « déclasser » certaines d'entre elles pour leur totalité ou pour des séquences de soins qui seraient caractérisées par de moindres dépenses.

La probabilité d'obtenir des résultats significatifs et durables semble faible. Les difficultés techniques d'une justification « médicalement fondée » des déclassements (en l'absence en particulier de toute définition dans les textes de ce qu'il faut entendre par « soins particulièrement coûteux »), la vigilance des associations de malades (qui ne peuvent guère cautionner une réduction de la liste ou la sortie des malades du bénéfice de l'exonération au-delà d'un certain délai) et, *in fine*, le caractère très délicat politiquement pour les pouvoirs publics de telles décisions, sont autant d'obstacles sur cette voie.

Il n'est d'ailleurs pas exclu qu'on augmente le champ des ALD (on rappelle à cet égard le dossier des maladies rares où l'admission en ALD avait été évoquée et rejetée par la HAS).

On trouvera en annexe 3 le texte du rapport 2007 du HCAAM qui avait été établi en accord avec la HAS.

e) Envisager de compenser en partie la progression des dépenses en ALD par une augmentation du ticket modérateur aboutit à des déséquilibres importants.

Comme l'assiette du TM est limitée (toutes les dépenses « en rapport » des ALD en sont soustraites)<sup>5</sup> et diminue avec la croissance des effectifs en ALD, l'augmentation du TM nécessaire pour compenser en tout ou partie la forte progression des dépenses en ALD devrait être massive, ramenant le taux de remboursement des assurés non ALD à des niveaux très bas et renforçant de ce fait, par une sorte de cercle vicieux, l'attrait pour le système ALD.

\*

\* \*

Une approche de l'effort maximal à demander aux assurés fondée sur le seul critère des dépenses constatées est donc pertinente. Elle passe logiquement par la suppression du régime des ALD et l'adoption d'un système unique de taux de ticket modérateur et de plafonnement du RAC.

C'est cette option qui sous tend le projet étudié ci-dessous.

---

<sup>5</sup> En 2004 la répartition des dépenses reconnues de soins de ville des ALD était : soins en rapport 75%, soins sans rapport 25% (source : EPAS 2004). L'accroissement du TM des ALD ne porterait de fait que sur 25% de la dépense reconnue.

### 3) un meilleur pilotage de l'évolution de la dépense des régimes de base.

La réforme envisagée ne saurait évidemment tenir lieu de solution miracle réglant de façon structurelle les problèmes d'équilibre financier à moyen/long terme de l'assurance maladie. Ceux-ci dépendent fondamentalement des politiques visant à améliorer l'efficacité de notre système de soins et la mise en place d'un « bouclier » ne saurait en dispenser.

Il reste que cette mise en place accompagnée d'une réforme en profondeur des conditions de prise en charge des assurés en ALD est de nature à créer les conditions d'un meilleur pilotage de l'évolution des dépenses de l'AMO.

Actuellement, comme on enregistre « passivement » la montée des dépenses exonérées, on ne dispose comme instrument de maîtrise de la dépense publique que de la variation du taux de ticket modérateur. Or, comme indiqué ci-dessus, le TM ne porte que sur 64% de la dépense reconnue de soins de ville et ce pourcentage diminue tendanciellement avec la croissance des dépenses sans ticket modérateur (notamment celles des assurés en ALD). L'augmentation du taux de TM doit donc être forte pour contenir la croissance des dépenses en ALD.

En revanche, dans les schémas envisagés par la suite, on dispose de deux « manettes » (le taux de TM et le plafond) qui portent, tous deux, sur la totalité de la dépense.

La gestion politique d'un cantonnement de la dépense publique – si elle était retenue de préférence à une augmentation des recettes – est plus souple et plus facile.

- on peut indexer le plafond sur la dépense (à taux de TM stable)

- on peut si nécessaire augmenter le plafond : ainsi pour un ticket modérateur donné, l'accroissement du plafond de 50€ procure une économie allant de 270 à 540 M€, selon le niveau de plafond initial :

Modif.plaf.	450à500	500à550	550à600	600à650	650à700	700à750	750à800	800à850	850à900
Economie	540 M€	540	485	435	395	355	320	295	270

### 4) la modulation du plafond

#### a) La modulation du plafond avec le revenu.

Dans un régime où la prise en compte du revenu dans l'octroi des prestations est tout à fait marginale, l'introduction du critère « revenus » dans la prise en charge sera discutée.

On peut estimer que la modulation est pertinente en se référant au concept de taux d'effort (qu'on utilise par exemple pour l'aide au logement), un même montant de RAC impliquant un effort d'autant plus élevé que le revenu est faible. On peut au contraire juger que l'adoption de règles de prise en charge indépendantes du revenu est la contrepartie de la proportionnalité des cotisations.

L'approche – intermédiaire - envisagée ici ne fait intervenir le critère de revenu que de façon accessoire : on module le seul plafond et non pas le taux de ticket modérateur. Pour la grande majorité des assurés (entre 80 et 90% selon le montant du plafond retenu), on ne tiendra pas compte de leurs ressources, critère qui n'interviendra que pour les seuls assurés atteignant le plafond de RAC au cours d'une année déterminée.

Bien entendu l'incidence concrète du facteur revenu dépendra des paramètres qui définissent le plafond : avec un plafond bas, le nombre d'assurés au plafond pour la détermination duquel on tiendrait compte du revenu serait élevé ; avec un plafond élevé, la prise en compte du critère revenu est de moindre ampleur. On peut noter que tant en Allemagne qu'en Belgique, les dispositifs analogues concernent autour de 10% des assurés sociaux si bien que la prise en compte des revenus y reste bien accessoire.

b) la « familialisation » du plafond si on ne retient pas sa modulation avec le revenu.

Dans l'hypothèse sur laquelle nous avons travaillé, le plafond est appliqué par personne protégée.

Pour éviter que les familles nombreuses aient à supporter un effort maximal élevé, on pourrait abaisser ce plafond en fonction du nombre des personnes protégées. Ainsi en retenant l'échelle INSEE des unités de consommation, on aurait, pour une base 100 pour la personne isolée, un plafond de 70 pour le second adulte et les enfants âgés ; de 30 pour les enfants plus jeunes.

Mais on peut (comme en Belgique) retenir un plafond qui n'est pas modulé avec le nombre d'adultes dans le ménage et qui ne prend que partiellement en compte la situation des enfants<sup>6</sup>

Pour des raisons de pure commodité technique, on a, dans les simulations analysées au II, considéré que le plafond serait applicable de façon uniforme à tous les membres du ménage.

c) les paramètres de la modulation du plafond

Si on adopte l'option d'une modulation, la définition de ses conditions de mise en œuvre pose trois problèmes principaux :

*c1) Le niveau du plafond*

S'il est élevé,

- sa modulation est plus logique
- le nombre d'allocataires au plafond est modéré et l'incidence du critère revenu plus limitée
- le taux de ticket modérateur reste modéré

Dans l'hypothèse d'un plafond faible, on a les caractéristiques opposées.

*c2) l'ampleur de la modulation*

Si le plafond est strictement proportionnel au revenu, les ménages aisés ne bénéficieront pratiquement jamais du plafond (on peut penser qu'ils n'en ont guère besoin).

On peut aussi adopter une modulation qui s'écarte de la proportionnalité, soit en retenant une amplitude plus resserrée (on pourrait se référer à l'écart interdéciles, qui est actuellement voisin de un à trois) soit en adoptant une amplitude plus que proportionnelle que le revenu.

En Allemagne c'est la règle de proportionnalité qui a été retenue, étant noté que ce dispositif ne s'applique qu'à l'intérieur de l'assurance maladie obligatoire à laquelle ne sont pas soumis les 10% de ménages ayant les revenus les plus élevés (assurances privées).

---

<sup>6</sup> Indépendamment de la situation du ménage, un compteur séparé est tenu pour chaque enfant. Si l'enfant atteint le plafond de ticket modérateur, il bénéficie seul du plafonnement, quels que soient les revenus du ménage dont il fait partie. Les tickets modérateurs de l'enfant sont également comptés dans ceux de son ménage. S'il fait partie d'un ménage dont les revenus correspondants faibles, conduisant à un plafond de 450€, ce sera ce plafond de 450€ qui sera mis en œuvre pour l'ensemble du ménage

En Belgique, le plafond (par ménage) varie, d'ailleurs de façon non linéaire, de 450€ à 1800€ (1 à 4) quand le revenu passe de 15 144€ à 39 217€ (1 à 2,6). Il est plafonné à 1800€ au-delà de 39 217€<sup>7</sup> si bien que les ménages ayant des revenus élevés sont également susceptibles d'en bénéficier.

### *c3) le sort des allocataires de petit revenu*

Actuellement, leurs intérêts sont pris en compte

- par la CMUC (exonération totale)
- et par l'ACS (aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé). Ses bénéficiaires supportent les TM et forfaits de droit commun mais reçoivent en théorie<sup>8</sup> une aide qui couvre en gros la moitié d'une cotisation de complémentaire.

Faut-il maintenir ces systèmes en l'état ?

Ce problème est socialement et politiquement sensible. Il est étudié de façon spécifique dans la deuxième partie -.

## **5) l'amélioration effective du suivi des malades chroniques.**

Dans le scénario cible, on supprime l'exonération qui s'attache aux ALD. Faut-il aller plus loin et supprimer le régime lui-même ?

Cela peut sembler paradoxal puisque l'une des ambitions de ce régime, fortement soulignée dans la réforme de 2004, est de permettre un meilleur suivi des malades en cause. Ce suivi est enclenché par l'admission au régime ALD, formalisé ensuite par un protocole tripartite de soins, individualisé et régulièrement actualisé et surveillé par les médecins traitants (avec rétribution de 40€/an et par assuré).

En fait, la description faite ci-dessus est largement théorique.

Il semble qu'on soit largement dans une procédure bureaucratique sans guère de plus value, qui peut poser des problèmes de mise en oeuvre difficiles (rédaction du protocole par un autre médecin que le médecin traitant par exemple) et dépasse de beaucoup par son champ (à terme plus de 12 millions d'assurés) la population des malades chroniques (personnes souffrant de diabète, d'asthme, d'hypertension artérielle, d'insuffisance cardiaque...) pour lesquels un authentique « contrat de soins » entre les malades et les médecins traitants ferait sens et qui devraient être l'objet d'un suivi réel et non « de papier ».

Comme la réforme envisagée ne doit prendre effet qu'en 2010 (voir 3<sup>ème</sup> partie), la HAS, les pouvoirs publics et l'UNCAM disposent de deux ans pour mettre au point une nouvelle politique plus efficace et plus centrée passant ou non par la voie de protocoles individuels.

## **6) La simplification de la prise en charge**

Dans le schéma cible,

- tous les assurés sont traités de façon uniforme
- toutes les prestations ou biens (soins de ville) supportent le même taux de TM

Les principales modifications porteraient alors sur :

<sup>7</sup> voir la fiche « Belgique » en annexe 5

<sup>8</sup> en fait l'ACS ne marche pas, en grande partie parce qu'il n'a pas été porté par les institutions sociales.



a) La suppression de l'ordonnancier bizonne (voir ci-dessus).

b) L'uniformisation des taux de remboursement des médicaments

Les taux sont de 65% pour la majorité des médicaments prescrits<sup>9</sup>, 35% pour les médicaments prescrits dans le cas de pathologies ne présentant pas un caractère général de gravité, 15% à titre résiduel pour les veinotoniques et 100% pour un petit nombre de médicaments comme les anticancéreux, les antirétroviraux ou les hormones de croissance.

Leur uniformisation serait logique puisque dans la majeure partie des cas la différenciation des taux de prise en charge n'a pas d'influence réelle puisqu'elle est « neutralisée » par les complémentaires. Mais on pourrait aussi souhaiter garder une pluralité de taux pour :

- conserver un lien avec l'évaluation du service médical rendu
- éviter de placer le décideur en matière de remboursement dans une position binaire inconfortable (rembourser/ne pas rembourser)
- faciliter la gestion des médicaments à 100% très onéreux.

c) l'uniformisation des taux de prise en charge des recours aux médecins (hors parcours et dans le parcours). Il est raisonnable d'attendre l'évaluation de la pertinence de la différenciation des taux de TM dans ces recours pour décider si on la maintient

d) unification du forfait journalier

e) la suppression des taux de prise en charge à 100% pour des biens [autres que les médicaments traités au b) ci-dessus] et prestations diverses (liste en annexe 2). On trouve, pour tous, des raisons plus ou moins légitimes à ce régime favorable. Mais leur multiplication est, toutes choses égales par ailleurs, coûteuse. A défaut de la suppression de ce régime qui est logique, on devrait au moins procéder à leur évaluation d'une part, éviter le foisonnement de telles prises en charge d'autre part.

f) La suppression des exonérations liées à la situation d'assurés (AT-MP, pensionnés militaires...)

Dans une approche centrée sur la capacité financière des ménages et le niveau de leurs dépenses, ces exonérations devraient disparaître, ce qui permettrait d'adopter des paramètres de taux de TM et/ou de plafond légèrement moins rigoureux. Après évaluation, le maintien éventuel de certaines d'entre elles ne bouleverserait pas l'économie de la réforme.

\*

\* \*

Cet objectif de simplification n'est pas au cœur du schéma de bouclier qu'on pourrait mettre en œuvre en gardant la différenciation actuelle des taux de ticket modérateur.

Dans les simulations qui suivent on a retenu l'option d'un taux unique pour tous les biens et prestations (soins de ville) et la suppression de toutes les exonérations.

---

<sup>9</sup> Les médicaments à 65% (vignette blanche) représentent environ les deux-tiers des unités vendues et les trois quarts du marché (chiffre d'affaires industriel au prix fabricant hors taxe)

## II PORTEE ET IMPACT DE LA REFORME

Les résultats des principales simulations seront présentés en distinguant le scénario « cible » (suppression des exonérations, taux de TM unique) et les scénarios dits « de repli ».

Seront ensuite fournis divers éléments d'appréciation concernant l'impact de la réforme étudiée, en particulier ses conséquences éventuelles sur la consommation de soins et les organismes d'assurance maladie complémentaire.

### A) Les résultats des simulations

Tout mécanisme de plafonnement des RAC « coûte ». La limitation des RAC élevés implique en effet une dépense supplémentaire qui doit être couverte par un relèvement corrélatif du taux du ticket modérateur.

Cette exigence de neutralité s'impose d'autant plus que la situation financière des régimes de base est fortement dégradée. C'est au vu de cette situation qu'on a d'ailleurs étudié des hypothèses de mise en place de la réforme où on réaliserait des économies pour les régimes de base.

La présente note explore – avec les données encore limitées dont on dispose – un schéma dit « cible » : il combine la suppression de toutes les exonérations (notamment pour les assurés en ALD), la détermination d'un plafond uniforme de RAC et la fixation d'un taux de TM « d'équilibre » – applicable à tous – qui gage le coût du plafonnement.

Elle explore ensuite divers scénarios « de repli » dont la caractéristique est d'associer la mise en place d'un plafonnement du RAC pour la totalité des assurés sociaux et le maintien de règles spécifiques de participation, au bénéfice de la population actuellement en ALD.

#### **1) Le schéma cible**

Dans ce schéma, on supprime toutes les exonérations et on adopte un taux de ticket modérateur unique.

On retient un plafond unique que les assurés soient – en termes de probabilité – au plafond sur plusieurs années de suite (malades chroniques à fort RAC) ou ne saturent le plafond qu'épisodiquement.

L'Allemagne a adopté un double plafond : 2% de manière générale et 1% pour les malades atteints de dépendance, de handicap ou d'une pathologie chronique grave<sup>10</sup>. Un peu à l'image des « 31<sup>ème</sup> et 32<sup>ème</sup> maladies » en France, seule une définition générale est donnée et aucune liste énumérant des pathologies chroniques graves n'est établie. Le bénéfice de ce plafond minoré ne vaut en principe que pour un an et s'applique à la totalité des soins. Cela conduit en

<sup>10</sup> Ce dernier motif représente de très loin (plus de 80%) le principal motif d'admission au plafond minoré

pratique à une approche beaucoup plus restrictive que la notion d'ALD puisque l'on estime à moins de 5% la fraction de la population allemande ainsi ciblée (soit près de 3 fois moins que la part des assurés sociaux français en ALD).

La Belgique, de son côté, n'a pas opéré de différenciation du plafond : son système prévoit toutefois la possibilité d'octroi, par décision du médecin conseil, d'un forfait de 253 €/an pour certains malades qui ont, de façon durable, un RAC proche du plafond : ce dispositif ne concerne chaque année qu'environ 1 % des assurés sociaux.

La transposition en France d'un schéma de différenciation des plafonds risquerait fort, compte tenu de notre histoire et de la situation existant en matière d'ALD, de déboucher sur la « résurrection » pure et simple des ALD qu'on se propose de remplacer en totalité par le « bouclier » dans le schéma cible. C'est pourquoi nous ne l'avons pas retenue.

Et si un effort devait être envisagé pour certains malades chroniques, plusieurs actions, au demeurant non exclusives, pourraient développées dans le cadre novateur que représente le plan « qualité de vie des malades chroniques » lancé début 2007 : adaptation du périmètre légal du remboursement par l'AMO afin de permettre le remboursement, notamment pour les maladies rares, de biens et services nécessaires à une bonne prise en charge de la pathologie (utilisation des possibilités offertes par l'article 56 de la LFSS pour 2007) ; développement de modalités efficaces d'éducation thérapeutique ; expérimentations de démarches de type « *disease management* », etc. Cette démarche nous semble beaucoup plus positive que l'adoption d'un système – non maîtrisable de double plafond.

Sur ces bases nous avons étudié deux types de scénarios de plafond : le premier sans modulation avec le revenu, le second avec modulation du plafond

#### a) un plafonnement en soins de ville, non modulé en fonction du revenu

##### *a1) scénario à enveloppe financière constante*

On définit dans ce but un jeu de « couples plafond/taux de TM » financièrement équilibrés (c'est-à-dire à coût nul pour l'assurance maladie) : plus le plafond est bas, plus le taux de TM doit être élevé.

Les principaux critères permettant aux pouvoirs publics de choisir entre ces couples concernent

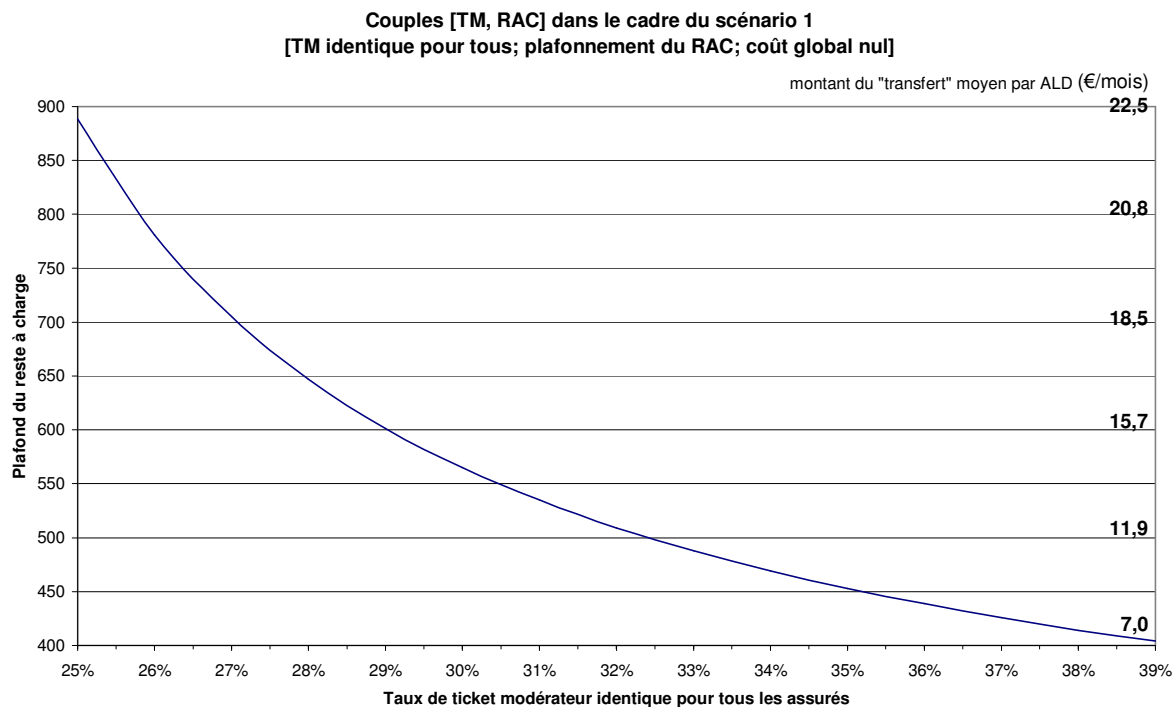
- le niveau du plafond : en euros ou en % du revenu moyen (le revenu disponible moyen des ménages en 2004 est de 30 000€ ; il est de 18 000€ par uc<sup>11</sup>).
- le taux de TM d'équilibre associé au plafond retenu
- le nombre de personnes susceptibles de bénéficier au cours de l'année du plafonnement
- l'ampleur du « transfert » entre ALD et non ALD, mécaniquement liée à l'unification du système de prise en charge
- le nombre des « gagnants » et « perdants » (en rappelant que cette expression est largement artificielle pour les assurés ayant une couverture complémentaire)

<sup>11</sup> et non le revenu fiscal de référence par part fiscale

- les « gains » et « pertes » des assurés (classés en fonction de leur RAC actuel) – avec la même réserve sémantique.

### Actualisation des données

Les scénarios ont été établis à partir de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux 2004 (échantillon au 1/600). Une comparaison avec des données issues de l'Echantillon Permanent Inter-régimes des Bénéficiaires 2006 (échantillon au 1/97) conduit à des résultats tout à fait comparables, compte tenu bien entendu du décalage dans le temps



***Lecture :** Un ticket modérateur de 29% sur les soins de ville permet de plafonner le reste à charge à 600 euros par an et par assuré. Le « transfert » des ALD vers les non ALD est alors de 15,7€ par mois en moyenne par assuré ALD.*

Le tableau ci-dessous donne quelques éléments complémentaires :

TM	Plafond (en €)	% des individus au plafond			% des gagnants		Perte/gain vingtiles extrêmes (€)			
		Pop.tot.	ALD	nonALD	ALD	non ALD	ALD		non ALD	
39,0%	404	25,5%	77,2%	17,3%	22,1%	25,6%	-237	1086	-19	539
38,0%	414	24,3%	75,9%	16,0%	21,8%	29,5%	-240	1076	-19	529
37,0%	426	23,0%	74,5%	14,8%	21,4%	34,7%	-244	1064	-19	517
36,0%	439	21,7%	72,6%	13,5%	21,1%	40,9%	-248	1051	-19	504
<b>35,0%</b>	<b>453</b>	<b>20,3%</b>	<b>70,8%</b>	<b>12,2%</b>	<b>20,9%</b>	<b>48,7%</b>	<b>-251</b>	<b>1037</b>	<b>-19</b>	<b>490</b>
34,0%	469	19,0%	68,8%	11,0%	20,8%	57,5%	-255	1021	-19	475
33,0%	488	17,5%	66,4%	9,6%	20,6%	64,2%	-259	1002	-19	456
32,0%	509	16,0%	63,4%	8,4%	20,4%	69,8%	-264	981	-20	435
31,0%	535	14,4%	59,9%	7,1%	20,3%	74,7%	-270	955	-20	411
30,0%	565	12,9%	56,0%	6,0%	20,2%	79,5%	-276	925	-20	386
29,0%	601	11,3%	51,7%	4,9%	20,1%	83,9%	-283	889	-20	362
28,0%	647	9,6%	46,7%	3,7%	19,7%	84,9%	-292	843	-20	341
27,0%	705	8,1%	41,5%	2,7%	19,3%	85,7%	-303	787	-20	325
26,0%	781	6,5%	35,4%	1,9%	19,2%	86,5%	-314	718	-20	314
25,0%	888	4,9%	28,1%	1,2%	19,2%	87,2%	-329	637	-20	310
39,4%	400	26,0%	77,8%	17,7%	22,3%	24,4%	-236	1090	-19	543
32,4%	500	16,6%	64,7%	8,9%	20,5%	67,7%	-262	990	-20	444
29,0%	600	11,4%	51,7%	4,9%	20,1%	83,9%	-283	890	-20	363
27,1%	700	8,2%	41,9%	2,8%	19,3%	85,6%	-302	791	-20	325
25,8%	800	6,2%	33,9%	1,7%	19,2%	86,6%	-317	702	-20	313
24,9%	900	4,8%	27,5%	1,1%	19,2%	87,3%	-331	629	-20	310

*Lecture de la 1<sup>ère</sup> ligne : pour le couple [TM=39%, plafond=404€] 25,5% de la population totale atteint le plafond (respectivement 77,2% d'ALD et 17,3% de non ALD). Les gagnants (pour qui le RAC est plus faible dans le nouveau système qu'il ne l'est dans le système actuel) sont 22,1% chez les ALD et 25,6% chez les non ALD. Un individu du 1<sup>er</sup> vingtile ALD (5% des RAC avant plafonnement les plus faibles) perd 237€/an en moyenne dans le nouveau système, un individu du dernier vingtile ALD (5% des RAC avant plafonnement les plus élevés) gagne 1086€ par an avec le nouveau système qui plafonne le reste à charge à 404€ par an. Pour les non ALD ces chiffres sont respectivement une perte de 19€ et un gain de 539€.*

#### Commentaires :

- le nombre des personnes susceptibles au cours d'une année de bénéficier du plafonnement diminue avec l'élévation du plafond (de 26% pour un plafond de 400€ à 4,8% pour un plafond de 900€)

- les « gagnants » se retrouvent chez les non ALD mais aussi chez les ALD où l'on trouve les « gains » les plus importants compte tenu de la concentration des dépenses de soins et du poids que peuvent représenter pour un assuré en ALD les dépenses « sans rapport » avec la maladie exonérante et qui supportent alors le ticket modérateur de droit commun.

- la pression sur les ALD (mesurée en % de gagnants, en pertes extrêmes et en « transfert » au sein de l'enveloppe de soins de ville) croît avec le plafond.

- les gains et pertes doivent être interprétés avec prudence : ils n'ont de sens direct que pour les assurés sans couverture complémentaire ; pour les autres, il s'agit d'un partage différent entre base et complémentaire. Ils sont calculés ici avant éventuelles modulation du plafond avec le revenu et familialisation du plafond.

### Gains, pertes et répartition AMO / AMC

Dès qu'une personne est « au plafond », c'est-à-dire dès que son reste à charge atteint le plafond, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est totale.

Un « gain » de reste à charge d'un individu qui atteint le plafond signifie que cet individu paierait moins de ticket modérateur dans le nouveau système (avec plafond) que dans le système actuel. Un tel gain correspond-il à un transfert de charge de l'AMC vers l'AMO ? En fait, tout dépend de la situation de l'assuré en termes de protection complémentaire. Si un assuré « gagnant » possède une protection sociale complémentaire, le gain se fera effectivement au profit des complémentaires. Pour un assuré qui ne possède pas de complémentaire, le « gain » sera une économie directe pour cet assuré et non une minoration de charge pour les complémentaires. Un raisonnement similaire peut être fait pour les « pertes » d'un individu qui aurait un plus gros reste à charge dans le nouveau système.

Un bilan « à coût nul » pour l'assurance maladie (lorsque les « gains » des uns compensent globalement les « pertes » des autres) aura des conséquences sur les complémentaires qui vont dépendre de la situation des assurés en termes de protection complémentaire. Si celui qui « gagne » a une complémentaire et celui qui « perd » n'en a pas, le bilan est favorable pour les complémentaires. Au contraire si celui qui « gagne » n'a pas de complémentaire et celui qui « perd » en a une, le bilan est défavorable pour les complémentaires. La situation n'est un bilan nul pour les complémentaires que si les gains et les pertes se font entre des individus bénéficiant tous d'une complémentaire.

- Il ne s'agit ici que des soins de ville ; il faudra le moment venu tenir compte des dépenses en établissements de santé.

\*

\* \*

Pour illustrer l'incidence de la réforme, on a choisi un plafond de 450€

TM	Plafond (en €)	% des individus au plafond			% des gagnants		Gain/perte vingtiles extrêmes (€)			
		Pop.tot.	ALD	nonALD	ALD	non ALD	ALD	non ALD		
35,0%	450	20,5%	71,0%	12,4%	21,1%	48,8%	-250	1040	-19	490

Comme on le voit,

- le nombre de personnes au plafond reste modéré (plus élevé cependant qu'en Belgique ou en Allemagne).

- le « transfert apparent » au détriment des ALD correspond à une moyenne par assuré de 11,9€ par mois et reste tolérable pour les assurés les plus « touchés » – 21€/mois.

- le taux de TM est proche du taux actuel de 31% qui s'applique aux assurés non ALD et aux dépenses « sans rapport » des assurés en ALD.

Bien entendu, il convient

- d'actualiser le chiffrage ci-dessus pour tenir compte de l'évolution intervenue depuis 2004 : progression de la dépense en soins de ville de 10% ; institution de participations (l'euro en 2005 ; les « franchises » dont la création pour 2008 a été annoncée par le Gouvernement, soit un total de l'ordre de 1,4Md€). Dans ces conditions le plafond passe de 450€ à **540€**.
- de tenir compte du RAC hospitalier dont la réforme est étudiée ci-dessous au IV.

Avec l'hypothèse retenue d'un plafond de 260€, le plafond cumulé (ville/hôpital) est de **800€**.

Comment apprécier ce niveau ? Pour une personne seule, ce plafond représente 4,7% du revenu disponible moyen. Pour un ménage moyen de 2,42 personnes et un revenu de 30 450€, le plafond représente 6,3% du revenu pour les ménages dont tous les membres seraient au plafond la même année, probabilité qui diminue très fortement avec le nombre des personnes dans le ménage. Rappelons que le taux d'effort moyen (RAC moyen/revenu moyen) est de 2%. Il y a donc un rapport réaliste entre le taux plafond et le taux moyen.

*a2) même scénario mais avec des économies pour l'assurance maladie*

Le tableau ci-dessous situe, pour un plafond initial donné (soins de ville ; données 2004), l'économie que procurerait une augmentation du taux de TM sans que celui-ci dépasse 50%.

plafond	TM initial coût nul pour l'assurance maladie	Taux pour une économie de 1Md€	Taux pour une économie de 2Md€	Taux pour une économie de 3Md€	Economie pour un TM de 50% (Md€)
400	39,4%	46,5%			1,44
450	35,2%	40,7%	47,2%		2,4
500	32,4%	37,1%	42,3%	48,2%	3,28
600	29,0%	32,7%	36,6%	41,0%	4,78
700	27,1%	30,2%	33,5%	37,1%	6,07
800	25,8%	28,6%	31,5%	34,6%	7,16
900	24,9%	27,5%	30,2%	33,0%	8,08

*Lecture de la 1<sup>ère</sup> ligne : pour un plafond de 400€ par an et par assuré, le taux de ticket modérateur qui, à coût nul pour l'assurance maladie, équilibre le système est 39,4%. Si l'on veut engendrer une économie de 1Md€, toujours pour un plafond de 400€, il faut fixer le TM à 46,5%. Si l'on fait passer le TM à 50%, l'économie générée est 1,44Md€.*

#### Commentaires :

- la recherche de fortes économies conduirait soit à augmenter rapidement le taux de ticket modérateur soit, à taux de TM donné, augmenter le plafond ; mais on bute sur le fait qu'un plafond trop élevé décrédibilise le bouclier.

- c'est dire que le cantonnement de la dépense par le pilotage des paramètres du bouclier a des limites fortes et que les voies durables de l'équilibre sont la maîtrise de la dépense et l'ajustement des recettes.

b) Bouclier en soins de ville, modulé en fonction du revenu.

**Les données disponibles : l'échantillon EPAS apparié**

Il n'existe qu'une seule source de données associant les prestations de l'assurance maladie et le revenu des ménages. Cette source provient de l'appariement de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux) géré par la CNAMTS et de l'enquête SPS (santé protection sociale) réalisée par l'IRDES. La dernière année disponible est l'année 2004.

Les revenus collectés dans l'enquête SPS sont de nature déclarative et les personnes enquêtées sont interrogées sur leur lieu de domicile. L'analyse comparative de l'EPAS à partir duquel nous avons élaboré les scénarios sans modulation et de l'EPAS apparié, montre une différence sensible dans la structure des deux échantillons en termes d'ALD / non ALD. Ainsi dans l'EPAS 2004, il y a 13,8% d'assurés ALD alors que dans l'EPAS apparié, ce pourcentage est de 10,3%. Un certain nombre d'assurés ALD, notamment ceux qui sont en institution ou hospitalisés au moment de l'enquête SPS, ne sont pas *de facto* inclus dans l'échantillon apparié.

Il faut donc considérer avec prudence les résultats obtenus.

Le RAC (ticket modérateur) est indépendant du revenu contrairement aux dépassements.

	RAC ville	dépass. Ville	Revenu/uc
Non ALD	198	144	1 314
ALD	276	211	1 280
Pop.Totale	206	151	1 310
Classement de la population par décile de Revenu			
décile n°1	210	81	420
décile n°2	230	105	700
décile n°3	220	109	843
décile n°4	198	108	972
décile n°5	203	134	1 086
décile n°6	196	142	1 219
décile n°7	204	168	1 377
décile n°8	194	169	1 572
décile n°9	196	221	1 890
décile n°10	209	271	3 017

La définition d'un scénario modulé pose deux questions principales :

- faut-il retenir un plafond exprimé en % du revenu (c'est la formule utilisée en Allemagne avec un taux uniforme de 2%) ou un nombre limité de plafonds entre lesquels on classe les assurés
- dans l'hypothèse de plafonds en valeur, comment les échelonner ?



Il existe ainsi une grande variété de modèles possibles et, à titre illustratif, nous avons retenu un scénario avec quatre plafonds. Les assurés – hors CMUC – classés à partir de leur revenu par unité de consommation, sont ainsi répartis :

de CMUC à CMUC+30%	10,3%
de CMUC+30% à SMIC	35,3%
de SMIC à 1,5 SMIC	33,7%
> 1,5 SMIC	20,7%

Dans les exemples qui suivent, on retient un taux d'équilibre du TM de 35% qui est associé à un plafond moyen de 450€ (valeur 2004). On peut, sur cette base, choisir une amplitude plus ou moins grande dans l'échelonnement du plafond :

TM = 35%		RAC ALD			RAC non ALD		
Cas 1	Plafond	ancien	nouveau	Nouveau - ancien	ancien	nouveau	Nouveau - ancien
CMUC ; CMUC+30%	200	220	195	-26	217	119	-98
CMUC+30% ; SMIC	400	266	359	93	204	173	-31
SMIC ; 1,5 SMIC	500	285	443	158	189	180	-9
plus de 1,5 SMIC	700	295	575	280	193	203	11
Moyenne		272	406	134	198	176	-22
		RAC ALD			RAC non ALD		
Cas 2	Plafond	ancien	nouveau	Nouveau - ancien	ancien	nouveau	Nouveau - ancien
CMUC ; CMUC+30%	150	220	147	-74	217	98	-119
CMUC+30% ; SMIC	350	266	319	53	204	163	-41
SMIC ; 1,5 SMIC	550	285	477	193	189	185	-4
plus de 1,5 SMIC	950	295	686	391	193	213	20
Moyenne		272	417	146	198	174	-24
		RAC ALD			RAC non ALD		
Cas 3	Plafond	ancien	nouveau	Nouveau - ancien	ancien	nouveau	Nouveau - ancien
CMUC ; CMUC+30%	100	220	98	-122	217	73	-144
CMUC+30% ; SMIC	300	266	278	12	204	152	-52
SMIC ; 1,5 SMIC	650	285	538	254	189	192	3
plus de 1,5 SMIC	1300	295	784	489	193	219	26
Moyenne		272	434	163	198	172	-27

*Lecture : Dans le cas 1, les personnes en ALD situés entre CMUC et CMUC + 30% avaient un RAC moyen de 220€ par an avant la mise en place du plafonnement. Dans le nouveau système ce RAC moyen passe à 195€. Le nouveau système se traduit par une diminution du RAC moyen de 26€ par an pour cette catégorie d'assurés ALD. Pour les non ALD, le passage de l'ancien système (RAC moyen = 217€ par an) au nouveau système (RAC moyen = 119€ par an) se traduit par une baisse du RAC moyen de 98€ par an.*

Dans le cas 1, on a un écart de plafonds de 3,5 [de 200€ à 700€] pour un écart de revenu par unité de consommation de 1 à 3 entre le plafond CMUC (576€/mois en 2004) et 1,5 SMIC (1730€/mois, pour une personne seule). L'écart des plafonds est de 6,3 dans le cas 2 et de 13 dans le cas 3.

L'étagement des taux d'effort varie sensiblement. Ainsi pour une personne seule :

- entre CMUC et CMUC+30%, le taux d'effort varie de 2,9 à 1,44% entre les cas 1 et 3 pour le plancher ; de 2,22 à 1,11% pour le plafond de la tranche
- entre CMUC+30% et SMIC, le taux d'effort varie de 2,22 à 1,11% entre les cas 1 et 3 pour le plancher ; de 2,88 à 2,16% pour le plafond de la tranche

- entre SMIC et 1,5 SMIC, le taux d'effort varie de 2,88 à 2,16% entre les cas 1 et 3 pour le plancher ; de 2,41 à 3,13% pour le plafond de la tranche

- au-delà de 1,5 SMIC, le taux d'effort est inférieur ou égal à 3,37 et 6,26%.

Dans ce scénario, le plafond augmente de 1 à 6,33 quand le revenu augmente lui de 1 à 3. On peut bien entendu choisir de moduler différemment le plafond.

Le scénario met en évidence le fait que, fort logiquement, la modulation du plafond supprime toute « perte » chez les ALD dont les niveaux de revenus sont les plus faibles (1ère tranche) et les réduit très sensiblement au niveau immédiatement supérieur cependant que, corrélativement, des « gains » significatifs apparaissent pour les non ALD situés dans les deux premières tranches .

## **2) Scénario “de repli” : différenciation des taux de TM entre ALD et non ALD**

Le scénario cible implique, on l'a vu, une pression financière sur les assurés en ALD. L'ampleur de cette pression dépend du couple plafond/TM : plus le plafond est haut, plus la pression est forte. Cette pression est, comme on l'a vu, largement neutralisée par les couvertures complémentaires. Pour autant, on peut concevoir que le passage à la nouvelle règle du jeu soit jugé comme remettant en cause trop d'habitudes ou de situations acquises et perçu comme pénalisant pour les assurés âgés et malades .

Par ailleurs, comme on l'a indiqué plus haut, on ne saurait supprimer le volet de protocolisation des ALD si on n'a pas développé d'ici la mise en place du bouclier une approche plus positive et réaliste du suivi des malades chroniques.

On ne peut donc exclure qu'il faille garder un régime ALD spécifique et plus favorable que dans le scénario cible.

Aussi a-t-on analysé un scénario de repli dans lequel on garde un régime spécifique des ALD avec un meilleur taux de prise en charge.

Dans ce scénario

- on mettrait en place un ticket modérateur de taux faible sur la partie des soins de ville actuellement exonérée pour les assurés en ALD. On renonce ainsi à l'unification du taux de TM (et on garde le système, pourtant discutable, de l'ordonnancier bizonne).

- on plafonne le RAC de façon uniforme pour tous les assurés (ALD et non ALD).

Il y alors deux systèmes de TM : un taux bas pour les soins « en rapport » des assurés en ALD (assiette de 22,5Md€) et un taux plus élevé pour les autres dépenses (celles « sans rapport » des assurés ALD – 7Md€ – et celles des assurés non ALD – 30Md€).

A chaque niveau de plafond vont donc correspondre un taux de TM des ALD pour les dépenses en rapport et un taux de TM des autres dépenses (qui sera toujours plus élevé que dans le scénario cible).

Le tableau ci-après donne les caractéristiques de ce scénario pour quelques hypothèses de plafond et quelques niveaux de ticket modérateur sur les ALD.

Plafond	TM sans rapport	TM en rapport	nonALD plafond	ALD au plafond	ALD gagnants	Gains (en €)	Pertes (en €)	Taux cible	«Transfert» (€/mois)
400€	44,8%	3,5%	21,1%	41,6%	21,6%	70/1090	10 / 140	39,4%	0
-	43,2%	7%	20,1%	48,9%	21,6%	70/1090	10 / 170	39,4%	2€
<b>450€</b>	<b>41,2%</b>	<b>2,5%</b>	<b>15,9%</b>	<b>32,9%</b>	<b>18,5%</b>	<b>20/1040</b>	<b>50 / 130</b>	<b>35,2%</b>	<b>0</b>
-	<b>39,8%</b>	<b>5%</b>	<b>15,2%</b>	<b>37,8%</b>	<b>18,5%</b>	<b>20/1040</b>	<b>60 / 140</b>	<b>35,2%</b>	<b>2,3€</b>
-	<b>39,0%</b>	<b>7%</b>	<b>14,7%</b>	<b>41,5%</b>	<b>18,5%</b>	<b>20/1040</b>	<b>60 / 190</b>	<b>35,2%</b>	<b>3,4€</b>
500€	38,9%	2%	12,4%	25,4%	15,9%	80/890	30/115	32,4%	0
-	37,2%	5%	11,5%	31,6%	15,9%	80/890	30/140	32,4%	3€
-	36,4%	7%	11,1%	35,3%	15,9%	80/890	30/200	32,4%	4,4€
600€	36,2%	1,35%	7,7%	16,9%	11,8%	160/890	15 / 100	29,0%	0
-	34,0%	5%	6,8%	22,5%	11,8%	160/890	10 / 170	29,0%	4,5€
-	33,2%	7%	6,5%	25,8%	11,8%	160/890	10 / 210	29,0%	6,2€

*Lecture de la 1<sup>ère</sup> ligne : Dans le cas d'un plafond de 400€ par an, le scénario à coût nul (« transfert » = 0€) conduit à fixer un TM de 3,5% pour les ALD (soins en rapport avec l'exonération) et de 44,8% pour les soins des non-ALD et les soins sans rapport des ALD. 41,6% des ALD atteignent le plafond de 400€ et pour 21,6% le nouveau système conduit à un RAC moyen inférieur à l'ancien système. Les « gains » s'échelonnent de 70€/an à 1 090€/an et les « pertes » vont de 10€/an à 140€/an. On rappelle que le scénario cible pour un plafond de 400€ conduisait à un taux unique de ticket modérateur de 39,4%.*

Cette approche appelle trois commentaires :

- dans les lignes « transfert = 0 », on a d'une part le taux de TM applicable aux dépenses en rapport avec la maladie exonérante (1,35 à 3,5% en fonction du plafond retenu) et d'autre part le taux de TM des autres dépenses (de 36,2% à 44,8%).

- dans ce scénario qui consolide très largement l'avantage des ALD, on est conduit à adopter pour les autres dépenses de soins de ville un taux de TM nettement plus élevé que dans le schéma cible. On s'éloigne ce faisant de la logique qui inspire le schéma cible.

- en augmentant le taux de TM des dépenses « en rapport » des ALD, on peut adopter un taux de TM pour les autres dépenses moins élevé. Ainsi pour un plafond de 450€ l'adoption de taux de TM/ALD de 5 et 7 % ramène le taux de droit commun de 41,2% à respectivement 39,8% et 39%. On voit alors apparaître (lignes 2 et 3 du tableau ci-dessus) un « transfert » ALD/non ALD ; ce « transfert » reste mesuré : 2,3€/3,4€ par mois et par ALD.

On peut bien entendu « pousser » le taux de TM spécifique aux dépenses « en rapport » des assurés en ALD. On se rapprocherait ainsi du scénario cible.

### 3) l'articulation du « bouclier » avec les participations forfaitaires

Comme les simulations commentées ci-dessus portent sur les dépenses de 2004, on n'a pris en compte dans le plafonnement des RAC ni la participation forfaitaire de 1€ par consultation ni les participations (0,5€ par boîte de médicament, 0,5€ par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire) récemment annoncées pour 2008, puisque ces mesures sont postérieures à 2004. Leur montant total est d'environ 1,4Md€.

L'incidence de ces participations n'est pas négligeable : le RAC moyen des ALD croîtrait de 20% et celui des non ALD de 10%. Le tableau ci-dessous montre les effets de ces participations en fonction des déciles croissants de RAC.

#### Distribution des RAC soins de ville, avec et sans les participations forfaitaires

Déciles	Population totale sans PF	Population totale avec PF	Population ALD sans PF	Population ALD avec PF	Population non ALD sans PF	Population non ALD avec PF
1	19	25	13	59	19	22
2	39	49	40	95	39	44
3	62	75	76	133	61	67
4	91	105	122	180	87	96
5	126	144	176	239	120	131
6	171	195	247	312	161	177
7	236	266	336	405	221	242
8	334	375	464	538	312	344
9	520	578	686	765	485	534
10	>520	>578	>686	>765	>485	>534
Moyenne	217	242	301	363	201	220
Dernier vingtile	717	786	939	1023	672	735
Dernier centile	1236	1319	1888	1977	1134	1213

Source : EPIB 2006

Remarques : les données portent sur les consommateurs hors bénéficiaires de la CMUC. Il y a environ 10% de non consommateurs. Les valeurs indiquées pour les déciles sont les bornes des classes et non les valeurs moyennes des déciles.

La définition d'un bouclier impose de statuer sur le rapport entre ces participations et le bouclier.

- *option 1* : ces participations ne seraient pas comptabilisées dans les plafonds de RAC et seraient donc supportées par les assurés sociaux en sus. On aurait alors un système de trois plafonds en soins de ville (bouclier principal, deux plafonds de 50€).

L'hypothèse de non comptabilisation de ces participations dans les plafonds de RAC peut sembler logique s'agissant du forfait 1€ par consultation puisque la prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire de cette participation forfaitaire est impossible dans le cadre d'un « contrat responsable ». On conçoit mal en effet que ce qui n'est normalement pas assurable par la complémentaire puisse être pris en charge indirectement par l'AMO pour ceux des assurés qui bénéficient du « bouclier »<sup>12</sup>.

La question est plus ouverte pour les participations forfaitaires annoncées. Si, comme cela a été le cas pour le 1€ institué en 2005, ces participations ne peuvent pas être prises en charge dans le cadre d'un « contrat responsable » (et donc être réassurables à des conditions normales par les complémentaires), il n'y a pas de raison qu'elles soient en quelque sorte réassurables par la collectivité (AMO) à travers le bouclier. Un tel choix permettrait par ailleurs l'adoption de paramètres du bouclier (plafond et taux de ticket modérateur) en apparence moins rigoureux.

<sup>12</sup> Il va de soi que les majorations de TM sanctionnant un comportement ne sauraient être prises en compte dans le « bouclier » : il faudrait par exemple ne décompter dans la dépense que le TM de 30% sur les Cs hors parcours (et non le taux réel de TM qui est de 50%) pour éviter qu'un assuré qui fait du « hors parcours » atteigne plus vite son plafond.

- *option2*, ces participations ou « franchises » seraient intégrées dans le bouclier (c'est cette approche que nous avons retenue pour passer du plafond 2004 à son homologue de 2008). Cette option présenterait un double avantage.

Celui de la logique tout d'abord. Si l'on peut aisément expliquer que les dépassements tarifaires, qui sont hors du périmètre de l'AMO, ne sauraient être pris en charge par celle-ci dans le cadre du « bouclier », on ne saurait, sauf à affaiblir considérablement la crédibilité même du « bouclier » considérer que les participations forfaitaires ou franchises échappent à ce bouclier et que leur montant ne doit pas s'additionner aux tickets modérateurs ou autres forfaits pour apprécier le franchissement ou non du plafond de RAC ouvrant droit à l'exonération.

Celui de la simplicité : les participations ou franchises se voient assigner aujourd'hui des règles spécifiques de plafonnement. Il serait plus simple et lisible d'incorporer tous les co-paiements quelle qu'en soit la nature, dans un plafonnement unique plutôt que de juxtaposer des règles spécifiques de plafonnement, les unes pour les participations forfaitaires, les autres pour les tickets modérateurs via le « bouclier ».

## **B) autres impacts de la réforme**

Seront successivement examinés les effets possibles de la mise en place d'un plafonnement sur la consommation de soins, ses incidences sur l'assurance maladie complémentaire ainsi que certains problèmes connexes.

### **1) Effets sur la consommation**

Le sentiment de gratuité, une fois atteint le plafond, peut-il provoquer un surcroît de consommation ? Objectivement, la « gratuité » existe déjà pour la grande majorité des assurés avec leur couverture complémentaire adossée au tiers payant ainsi que pour les assurés en ALD pour les dépenses en rapport avec leur pathologie. On ne saurait toutefois exclure qu'une partie des assurés ait une perception différente : en visualisant qu'on est arrivé « en terre promise » avec gratuité totale, ils auraient une tentation de consommer plus.

On pourrait aussi enregistrer quelques consommations supplémentaires pour les assurés non couverts en complémentaire mais il n'est pas sûr qu'en l'espèce il faille le regretter compte tenu des analyses sur le renoncement aux soins des personnes sans complémentaire.

Le risque semble en pratique globalement faible d'autant qu'il ne faut pas oublier que la gratuité à l'intérieur du bouclier n'équivaut nullement à une « vraie » gratuité pour l'assuré qui continuerait à supporter le cas échéant les participations forfaitaires et à coup sûr le hors périmètre AMO (dépassements d'honoraires, écarts entre les prix pratiqués et les tarifs de référence pour les dispositifs médicaux, voire les médicaments, etc.)

Il est intéressant à cet égard de relever que les gestionnaires belges et n'ont pas constaté de phénomène d'augmentation de la consommation depuis la mise en place en 2002 du « maximum à facturer ». Il en est de même en Allemagne.

Le risque d'optimisation de calendrier de consommation (on arbitre pour consommer en fin d'année pour « saturer » le plafond semble faible ; il n'existerait d'ailleurs – à comportement d'optimisation constant – que pour la première année.

## 2) Incidences sur les complémentaires

### a) L'existence d'un plafond qui définit le risque maximal de l'assuré peut-il entraîner une désaffiliation massive ?

*A priori* on ne ferait, en adoptant le plafonnement du RAC, que rendre visible une situation largement existante (celle d'une faible probabilité d'un RAC élevé compte tenu de la puissance des motifs d'exonération, ALD et ex-K50). Cette meilleure visibilité peut-elle néanmoins changer radicalement la perception de la couverture complémentaire ? Est-elle en particulier susceptible d'entraîner la désaffiliation, notamment des assurés dont l'état de santé est le meilleur ce qui, par un phénomène de sélection adverse, pourrait conduire les seuls « mauvais risques » à s'assurer ?

On ne peut naturellement pas apporter de réponses *a priori* à ce type de questions. Trois considérations sont cependant de nature à cantonner, sinon supprimer, l'ampleur d'une désaffiliation :

- l'adhésion à une couverture complémentaire est motivée par des enjeux qui vont bien au-delà de la prise en charge du ticket modérateur à l'intérieur des tarifs de responsabilité de l'AMO qui est le seul objet du « bouclier sanitaire » : la meilleure couverture des soins dentaires, de l'optique, de certains dépassements, l'existence de prestations de prévoyance, en particulier dans les contrats collectifs, constituent des éléments souvent déterminants qui ne sont pas susceptibles d'être remis en cause par la mise en place d'un plafonnement des RAC,
- les risques éventuels de désaffiliation seraient d'autant plus réduits que le – ou les plafonds – retenus seraient d'un niveau élevé, faisant véritablement du bouclier un dispositif d'exception qui ne couvrirait chaque année qu'une faible proportion des assurés (ce qui est le cas en Belgique et en Allemagne)
- s'agissant des personnes atteintes de maladies lourdes, le plafonnement des RAC constituerait en pratique une forme de garantie pour l'assureur complémentaire (mécanisme de type *stop loss*) puisqu'il connaîtrait par avance le risque maximal susceptible de s'attacher à ce type d'assuré.

Il convient également de noter que les risques mentionnés peuvent être d'une importance variable selon les familles d'assureurs complémentaires et être davantage sensibles pour les mutuelles moins engagées dans la prévoyance et la couverture de prestations extérieures au périmètre de l'AMO.

### b) Quelles conséquences pour les complémentaires en cas de modulation du plafond avec le revenu ?

En toute logique, la modulation du plafond du RAC en fonction des revenus devrait conduire, toutes choses égales par ailleurs, les assureurs complémentaires à ajuster leur propre tarification (puisque le risque maximal auquel ils sont exposés serait lié aux ressources de leurs adhérents) et donc à moduler les primes en fonction du revenu de leurs adhérents. Il ne semble pas pertinent à ce stade, d'imposer cette modulation – à travers par exemple le dispositif du « contrat responsable » – la voie la plus sage étant de s'en remettre pour ce faire au jeu de la concurrence et des mécanismes normaux de tarification.

### 3) le sort de la CMUC et de l'ACS

#### a) La CMUC

Trois options principales sont ouvertes

*a1) garder la CMUC avec l'exonération totale actuelle.*

C'est une solution concevable dans un système de modulation. Dans ce cas, la CMUC constituerait en quelque sorte la « tranche zéro » d'un dispositif de plafonnement des RAC prenant en compte les revenus. L'écart, que l'on peut juger excessif avec les ménages dont les ressources ne sont que faiblement supérieures à celles des bénéficiaires de la CMUC, serait réduit par la fixation d'un plafond assez bas pour la première tranche de revenus au dessus de la CMUC.

*a2) garder la CMUC en demandant à ses allocataires une participation réduite*

Pour réduire encore davantage cet écart on pourrait envisager de demander aux allocataires de la CMUC de s'acquitter de tel ou tel élément des participations forfaitaires nouvelles afin de les faire contribuer de façon « citoyenne » à leurs dépenses de santé. Le caractère modique et fractionné de ces contributions ne devrait pas, à la différence d'une franchise excluant tout remboursement avant d'avoir exposé un minimum de débours, provoquer de phénomènes de renoncement aux soins.

Cette option serait particulièrement justifiée dans l'hypothèse où les participations forfaitaires récemment créées ou annoncées resteraient en dehors du champ du « bouclier » ( dans cette hypothèse, l'écart relatif avec les ménages situés légèrement au dessus du seuil de la CMUC serait en effet accru).

*a3) s'inspirer du système OMNIO qui existe en Belgique.*

Dans ce système, les assurés de petit revenu supportent un taux de TM très inférieur au droit commun. La probabilité d'atteindre le plafond est faible (il faut « consommer » beaucoup pour accumuler un RAC de 450€ par ménage) et le calendrier des débours très progressif (à la différence d'un système où le taux de TM serait celui de droit commun et où on atteindrait le plafond plus vite).

Le champ du régime OMNIO est plus large<sup>13</sup> que la CMUC : plafond de 13 212€ pour un ménage d'une personne (et augmenté de 2 464€ par personne supplémentaire) contre 6 839€ pour la CMUC (avec une majoration de % pour les autres adultes et adolescents et % pour les enfants de moins de 14 ans).

On pourrait réfléchir à un système de ce type, plus protecteur puisque s'appliquant sur un champ plus étendu que la CMUC et, selon certains, plus équitable et « citoyen » puisque les assurés en cause contribuent à leurs dépenses, même si c'est à un niveau très faible. La réforme serait menée à enveloppe constante.

#### b) L'ACS

Il est envisageable de la supprimer si le plafond est bas et modulé avec le revenu ou de l'intégrer dans un système type OMNIO (pour mémoire, le plafond de l'ACS pour une personne est de 10 800€). Le taux d'effort au plafond serait en effet voisin voire inférieur à celui calculé par le Fonds CMU dans son étude de 2007 (voir annexe 4)

---

<sup>13</sup> sous réserve d'un examen de l'assiette pour vérifier que leurs différences n'affectent pas sensiblement la comparaison des plafonds

### III PROBLEMES DE MISE EN ŒUVRE ET DE CALENDRIER

#### A) champ d'application

##### 1) S'agissant des régimes d'assurance maladie

A côté des trois « grands régimes » que constituent la CNAMTS, la MSA et le RSI et qui font application des taux de ticket modérateur de droit commun, l'AMO comprend certains « petits régimes ». La question de l'application à ces régimes (une dizaine) du « bouclier sanitaire » devrait faire l'objet d'un examen au cas par cas et conduire, en toute logique, à exclure ceux des régimes qui reposent sur la gratuité des soins et/ou l'existence de services médicaux spécifiques. Pourraient ainsi rester en dehors du champ de la réforme le régime des mines, celui de la SNCF et de la RATP, de même que le régime local d'Alsace Moselle qui constitue un régime complémentaire obligatoire.

##### 2) S'agissant des dépenses concernées par le bouclier

Il ne fait guère de doute que les RAC hospitaliers ont, comme les soins de ville, vocation à être englobés dans un dispositif de type « bouclier » et, de préférence, dans un dispositif unique fongible afin de traiter de la même manière tous les RAC, quelle qu'en soit l'origine, et de prévenir tout risque tenant à d'éventuelles pratiques « d'optimisation ».

Trois difficultés, de calendrier plutôt que de fond, se posent néanmoins à leur sujet :

- la médiocrité des sources statistiques utilisables pour simuler l'impact d'une intégration de ces RAC dans un bouclier unique, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de les croiser avec des niveaux de revenus
- la lenteur et le caractère parfois incomplet des remontées d'information individuelles (cf ci-après les développements relatifs aux « compteurs »)
- la nécessaire remise en ordre des règles qui s'appliquent au ticket modérateur hospitalier et au forfait journalier. Cette réforme qui s'impose en tout état de cause, devrait être mise en œuvre simultanément à l'instauration du bouclier car la suppression des motifs actuels d'exonération du TM et du forfait journalier ne peut se concevoir sans que soit parallèlement institué un dispositif de plafonnement propre à l'hôpital ou, de préférence, global.

Ce problème est étudié ci-dessous au IV



## **B) le suivi de la consommation de soins**

Des premiers travaux engagés se dégagent deux conclusions :

- compte tenu de la multiplicité des régimes et de l'état actuel du système d'information inter-régimes, il ne semble pas envisageable à court/moyen terme de suivre les dépenses de soins à l'échelle d'un ménage. Certes l'assurance maladie belge y parvient malgré la pluralité de caisses mais cet objectif paraît très difficilement accessible rapidement compte tenu de la fragilité des systèmes d'information des caisses et des sollicitations multiples dont ils sont l'objet. En conséquence, le suivi ne peut se faire qu'au niveau de l'individu (le bénéficiaire), ce qui implique la détermination de plafonds par individu et l'existence de quelque 60 millions de « compteurs ».

- compte tenu du développement important du tiers payant, il ne semble pas possible, comme cela se pratique en Allemagne, de confier à l'assuré lui-même le soin de comptabiliser ses restes à charge et de se retourner vers sa caisse afin d'obtenir le bénéfice de l'exonération du TM pour les dépenses à venir. C'est donc dans les caisses que le déclenchement de la procédure de plafonnement serait mis en œuvre, comme cela se pratique en Belgique.

Dans le cadre d'une architecture générale de ce type, plusieurs problèmes pratiques devraient être résolus.

Il en est de mineurs. C'est le cas de changement de régime de la part d'un assuré en cours d'année (application du dispositif retenu pour le plafonnement à 50€ du 1 € par consultation). C'est le cas, très peu fréquent des mineurs rattachés juridiquement à deux assurés relevant de régimes différents.

Il en est un, majeur, qui tient à la fiabilité et l'exhaustivité des informations individualisées sur les RAC hospitaliers. Remédier aux insuffisances actuelles exigerait une mobilisation importante de chacune des parties intéressées : de la part des hôpitaux afin, en particulier, de raccourcir les délais de transmission (souvent de plusieurs mois) et d'améliorer la qualité de l'identification des bénéficiaires ; de la part des caisses, et en particulier des Sections Locales Mutualistes qui gèrent pour le compte du régime général (12% environ de ses effectifs) et d'autres petits régimes qui, pour des raisons diverses, ne traitent pas actuellement ce type de données.

Fondamentalement, les insuffisances et lenteurs actuelles proviennent de ce que les données transmises le sont aujourd'hui à des fins exclusivement statistiques. Elles sont sans impact sur le financement des établissements et leur trésorerie et sans incidence sur la situation des assurés sociaux. Le passage, lié à la réforme de la tarification hospitalière, à une facturation directe à l'assurance maladie des séjours de chaque assuré social par les hôpitaux publics (2009 ou 2010 pour les séjours en court séjour Médecine Chirurgie Obstétrique) semble seul de nature à corriger en profondeur cette situation : l'établissement qui ne transmettrait pas rapidement des éléments de facturation individualisés serait en effet pénalisé en termes de trésorerie. Cette perspective, qui doit permettre de reconstituer une chaîne d'informations solide sur les séjours hospitaliers et les RAC supportés par les assurés, plaide pour faire correspondre l'instauration d'un bouclier global intégrant les RAC hospitaliers avec la mise en place d'une facturation individualisée pour la plus grande partie des séjours .

### **C) les modalités du basculement vers l'exonération du TM en cas d'atteinte du plafond**

L'Allemagne et la Belgique, dans des contextes différents, procèdent à des remboursements *a posteriori* aux assurés. Cette technique est difficilement transposable à un système triangulaire faisant intervenir de façon très fréquente un assureur complémentaire. Dès lors que l'on exclut une telle perspective de remboursement *a posteriori* pour la réforme étudiée en France, il faut prendre conscience qu'un changement en cours d'année et pour une durée limitée du taux de remboursement par l'AMO induit des modifications importantes dans le fonctionnement du système du tiers payant (70 % des flux) dans notre pays.

En première analyse, la mise en œuvre du bouclier impliquerait que le tiers payant et la répartition AMO/AMC se fasse en principe sur la base des taux normaux sauf présentation par l'assuré d'un document papier ou électronique (avec éventuellement introduction de cette mention sur la carte Vitale) fourni par le régime d'AMO indiquant que le plafond du bouclier est atteint. Afin d'éviter tout risque de double remboursement du TM par l'AMO et l'AMC, les organismes complémentaires devraient être destinataires par télétransmission d'une information en provenance de l'AMO sur le déclenchement de la prise en charge à 100%. Il convient de relever qu'à l'heure actuelle, le régime général ne connaît que pour 60 % des assurés l'organisme complémentaire auquel ces derniers ont adhéré. Le bon fonctionnement du système impliquerait donc une généralisation de la transmission de cette information afin de réduire les risques de paiement indu.

Cette question pratique est d'une importance déterminante pour une mise en œuvre correcte et comprise du nouveau dispositif. Celui ne doit pas se traduire par une accumulation inextricable de rappels et restitutions d'indus faisant intervenir l'AMO, l'assuré et son organisme de couverture complémentaire et dont les professionnels de santé ne manqueraient pas de subir les conséquences pratiques. La fiabilisation du basculement vers le 100% en cours d'année est donc un enjeu fort pour la réussite de la réforme.

### **D) la gestion du critère de revenu**

Le caractère accessoire de l'utilisation du revenu et la modestie de l'enjeu qui s'y attache (il ne s'agit pas de liquider une prestation viagère en espèces mais seulement de faire varier de quelques centaines d'€ au maximum le niveau du plafond pour une petite minorité d'assurés) impliquent d'opter délibérément pour un mode de gestion simple : utilisation des bases fiscales (revenu fiscal de référence et nombre de parts utilisés dans l'IR par exemple) ; absence de toute remise en cause en cours d'année de la tranche de revenu assignée au bénéficiaire étant noté que du fait de l'actualisation sur des bases semestrielles de la « base ressources » en matière de CMUC, le basculement vers cette dernière constituerait une réponse pour ceux des assurés dont les ressources chuteraient fortement par rapport à la période de référence utilisée pour le plafond.

S'agissant des modalités pratiques, plusieurs options sont ouvertes qui devraient donner lieu à des investigations techniques complémentaires afin de mesurer rigoureusement leur intérêt respectif. Deux d'entre elles se dégagent :

- une procédure inspirée de celle utilisée en Belgique : les caisses d'AMO n'interrogent le fisc que lorsque le RAC du bénéficiaire atteint le niveau de plafond le plus bas du barème, ce qui limite considérablement les flux à gérer. Cette modalité est parfaitement cohérente avec le choix fait de rembourser *ex post* à l'assuré le trop payé. Elle semble plus difficilement compatible avec le souci de gérer, autant que possible en temps réel, le passage à

l'exonération (sauf si les caisses « pré-instruisent » la condition de revenus des assurés lorsque leur RAC approche le plafond).

- une procédure calquée sur celle qui devrait s'appliquer à compter de 2008 avec l'aval de la CNIL dans les relations entre les CAF et la DGI pour la gestion de la condition de ressources. Cette procédure, qui n'implique aucune formalité pour les assurés, suppose l'envoi en mi année de fichiers par l'assurance maladie et le renvoi par la DGI au plus tard en novembre de données portant sur les revenus de l'année N-2 (par rapport à l'année où ces revenus seront utilisés pour classer les bénéficiaires à l'intérieur des 3 ou 4 niveaux de plafond institués). Les expériences menées en ce domaine montrent l'importance du travail à opérer du côté des caisses d'assurance maladie pour permettre un appariement satisfaisant des fichiers. Elles soulignent également qu'un taux non négligeable d'erreurs résiduelles obligerait vraisemblablement les caisses à mettre en place des dispositifs spécifiques de recueil de données auprès des assurés dont l'appariement aura échoué. L'enjeu en gestion apparaît, comme pour les « compteurs individuels », particulièrement lourd pour les « petits régimes » et les SLM.

### **E) calendrier et basculement**

Il semble, à ce stade, réaliste de se fixer le basculement au 1/1/2010 pour la mise en place, dans des conditions satisfaisantes, d'un plafonnement des restes à charge prenant en compte le revenu des bénéficiaires.

Pour des raisons tant de principe - impossibilité juridique et politique de laisser coexister durablement deux régimes d'exonération applicables à des situations identiques - et pratiques (complexification de la gestion), il n'y aurait pas de régime transitoire qui viserait par exemple à maintenir dans l'ancien système les assurés entrés en ALD avant la date de mise en oeuvre du plafonnement des RAC.

## IV LA SITUATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Faute tout à la fois de temps et de données suffisantes, cette question n'a pu faire l'objet d'un examen en profondeur.

Les développements qui suivent rappellent les enjeux qui s'y attachent. Ils décrivent, à très grands traits, les principales options envisageables sans qu'il soit possible d'en préciser l'impact et de formuler in fine un avis éclairé sur le choix entre un « bouclier unique tous soins confondus » et un « bouclier soins de ville associé à un plafonnement ad hoc du RAC hospitalier ».

### 1) les caractéristiques de la prise en charge

#### a) le recours aux soins

- le taux de prise en charge des dépenses par les régimes de base est élevé : plus de 95% contre 80% pour les soins de ville,
- le nombre d'assurés qui ont des soins hospitaliers (environ 10 millions en 2005 dont 2 millions ont des soins sans frais de séjour et 8 millions ont effectué des séjours hospitaliers) est beaucoup plus faible qu'en soins de ville [probabilité d'avoir des soins hospitaliers dans l'année : de l'ordre de 17% contre 92% pour les soins de ville]
- les assurés en ALD ont un recours aux soins de l'espèce plus élevé que les non ALD (en 2005, 41,5% des assurés ALD ont eu des soins hospitaliers contre 13,0% pour les non ALD . Pour les 8 millions de patients qui ont eu des séjours hospitaliers en 2005, la répartition des durées totales d'hospitalisation sur l'année est la suivante :

#### Répartition des patients ayant eu des séjours hospitaliers en 2005

Nombre de jours d'hospit.en 2005	population totale hospital.		population ALD		population non ALD	
	% patients	% journées	% patients	% journées	% patients	% journées
1	25,3%	1,5%	13,5%	0,5%	32,4%	3,3%
2 à 10	49,3%	12,6%	41,1%	7,0%	54,1%	22,8%
11 à 20	9,0%	7,8%	14,8%	7,5%	5,6%	8,3%
21 à 30	4,3%	6,3%	7,7%	6,7%	2,2%	5,6%
<b>Ss/total [0,30j]</b>	<b>87,9%</b>	<b>28,3%</b>	<b>77,2%</b>	<b>21,7%</b>	<b>94,3%</b>	<b>39,9%</b>
31 à 50	4,5%	10,3%	8,5%	11,7%	2,0%	8,0%
51 à 70	2,1%	7,3%	3,9%	8,1%	1,0%	6,0%
71 à 100	1,9%	9,4%	3,9%	11,2%	0,7%	6,2%
101 à 150	1,1%	7,7%	2,0%	8,6%	0,5%	6,1%
151 à 200	1,1%	11,5%	1,6%	9,6%	0,8%	14,9%
201 à 250	0,6%	7,2%	0,9%	7,2%	0,3%	7,2%
251 à 300	0,2%	4,1%	0,6%	5,6%	0,0%	1,3%
301 à 350	0,3%	5,5%	0,5%	6,1%	0,1%	4,4%
351 à 365	0,4%	8,7%	0,8%	10,2%	0,2%	6,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Effectif	8 018 640	135 499 180	3 007 360	86 765 000	5 011 280	48 734 180
% population	12,7%		34,6%		9,2%	
Durée moyenne	16,9 jours		28,9 jours		9,7 jours	

Source : EPAS 2005, données hors DOM, extrapolation tous régimes d'assurance maladie

## b) La participation financière des assurés

- le total des RAC est de 2,5Md€ contre plus de 12Md€ pour les soins de ville. On a trois catégories d'assurés :

- ceux qui sont exonérés de toute participation (environ 25%)
- ceux qui paient le ticket modérateur
- ceux qui paient le forfait journalier

- le RAC moyen hospitalier est 45€ (population totale assurée) et 250€ (population ayant des soins hospitaliers au cours de l'année) contre un RAC soins de ville de 200€ (population totale) et 210€ (population ayant consommé des soins de ville au cours de l'année).

- La concentration des RAC est forte. Parmi les assurés qui ont au moins 10€ de RAC effectif (64% du total, soit 6,6M hors DOM) pour lesquels le RAC moyen est de 370€, plus de 60% ont un RAC compris entre 10 et 150€ et 9% ont un RAC supérieur à 1000€

RAC annuel individuel	%	% cumulés
< 50€	27,4	27,4
< 100€	17,5	44,8
< 150€	10,9	55,8
< 300€	16,5	72,3
< 400€	5,2	77,5
< 500€	3,7	81,1
< 1 000€	9,6	90,7
< 5 000€	8,6	99,3
< 12 100€	0,7	100,0
Total	100,0	

Source : EPAS 2005, *risque maladie, hors DOM, Patients avec au moins 10 euros remboursés (toutes prestations)*

- dans nombre de cas, le RAC est faible (c'est le cas de l'assuré qui bénéficie de l'exo dite du K50 – il y a eu lors de l'épisode hospitalier au moins un acte technique de valeur supérieure à 90€ – et il n'est resté qu'un nombre faible de jours en établissement de santé – il paie alors un nombre limité de forfaits journaliers)
- mais pour un nombre significatif d'assurés, le RAC est élevé : c'est le cas de soins sans acte technique exonérant – il paie alors le TM au taux de 20% ; c'est le cas pour des séjours de forte durée – notamment en psychiatrie – pour lesquels la somme des forfaits journaliers est forte
- dans la plupart des cas, ces gros RAC sont pris en charge par les couvertures complémentaires et celles-ci jouent de fait le rôle de bouclier. Mais ce n'est pas systématique (nombre d'OC limitent la prise en charge du forfait journalier à 30/90 jours).
- le RAC moyen en établissements de santé diminue avec le revenu
- 8% des assurés n'ont pas de complémentaire ; la proportion des non couverts est plus élevée dans les ménages à faible revenu qui ont – on l'a dit supra – un recours plus important aux soins en établissements de santé. Si bien que les gros RAC concernent pour une part significative des assurés modestes sans complémentaire : leur taux d'effort est donc élevé.

Ces caractéristiques plaident pour l'intégration des soins de l'espèce dans le bouclier de santé ou, à défaut, pour l'institution d'un bouclier autonome.

**2) l'approche la plus cohérente avec les principes du bouclier étudié pour les soins de ville associerait la suppression des exonérations, l'adoption d'un taux unique de TM pour l'ensemble des soins (ville et établissements de santé) d'une part, d'un plafond unique d'autre part.**

Elle conduirait à un taux de TM intermédiaire entre le taux des soins de ville (20%) et celui appliqué aux dépenses hospitalières (moins de 5%). La plupart des assurés ayant eu des dépenses hospitalières seraient au plafond puisque le taux de TM s'appliquerait à des dépenses dont le montant est le plus souvent élevé en valeur absolue.

Nous n'avons pas pu analyser ce scénario.

**3) une refonte « autonome » de la participation financière en établissements de santé et son intégration dans le bouclier**

On mettrait en œuvre une « mutualisation » entre les assurés concernés avec

- la suppression des exonérations (sauf pour la CMUC )
- la suppression du ticket modérateur, du forfait de 18€ et du forfait journalier
- l'institution d'une participation financière comprenant une partie fixe (facturée à l'ensemble des assurés) et une partie variable en fonction de la durée de séjour.

La nouvelle participation financière pourrait comprendre une part fixe (8 millions d'assurés font au moins un séjour hospitalier par an ) et une part variable fonction du nombre de journées –la détermination de leurs valeurs respectives devrait prendre en compte le fait que les hospitalisations de plus de 10 jours dans l'année représentent 86 % du nombre total de journées ,rendant important ,toutes choses égales par ailleurs, le coût d'un plafonnement .

Cette participation financière serait plafonnée selon deux modalités envisageables :

a) option 1 : de façon autonome (260€ par exemple).

b) option 2 : par intégration dans un plafond unique.

Nous n'avons pas pu à ce stade analyser :

- le nombre d'assurés qui seraient simultanément au plafond dans les deux sous-systèmes (option 1). Mais il serait modeste.

- le niveau des paramètres d'un système cible unitaire (option 2)

**4) les problèmes de gestion (suivi des dépenses et procédures en cas d'atteinte du plafond) n'ont pas été étudiés alors qu'ils sont vraisemblablement complexes.**

## V LES PISTES ALTERNATIVES A EXPLORER EN CAS DE RENONCIATION A UN PLAFONNEMENT GLOBAL MODULE EN FONCTION DU REVENU

### 1) En cas de renonciation à la modulation du plafond avec le revenu

Si on renonçait à la modulation du plafond avec le revenu, il conviendrait d'améliorer la couverture par les régimes complémentaires des assurés les plus modestes. On pense ici

#### a) à la relance politique du problème de la couverture santé dans les PME.

L'invitation à négocier contenue dans la loi portant création de la CMU ne semble guère avoir eu d'effet. Le Gouvernement précédent a réitéré ce souhait. Il conviendrait d'analyser si on constate un mouvement en ce sens.

#### b) à la mise en place effective de l'ACS

Le récent rapport du HCAAM (annexe 4) a analysé les résultats très décevants de l'ACS (bien qu'on en ait nettement amélioré les termes financiers et augmenté son champ d'application).

Le déficit constaté entre les effectifs réels et attendus renvoie, dans des proportions mal connues, à deux types d'explication.

- pour partie, au fait que, pour les ménages modestes, malgré l'aide qui couvre environ la moitié de la cotisation de complémentaire observée par le Fonds/Cmuc dans son étude de 2007, le taux d'effort reste trop élevé pour que des allocataires non couverts s'affilient à une OC

- pour partie, au fait que des assurés disposant d'une couverture complémentaire ne sollicitent pas l'ACS qui n'est pourtant pas négligeable (% de leur revenu). Cette carence ne peut s'expliquer que par un manque d'information. Il est vrai que les institutions sociales qui connaissent cette population au titre des prestations qu'elles gèrent (CAF, caisses vieillesse, ASSEDIC) n'ont guère fait d'effort.

Cette passivité n'est pas acceptable.

Si on ne devait pas retenir de plafonnement, il conviendrait alors

- en priorité, de relancer la politique de promotion de l'ACS.

- éventuellement d'en améliorer les paramètres sans pour autant déboucher sur un basculement – financièrement coûteux – de l'ACS vers une « aide personnalisée à l'acquisition d'une couverture complémentaire ». Telle est d'ailleurs la conclusion du HCAAM dans son rapport de 2007.

## 2) En cas de renonciation à un plafonnement global du RAC

a) Si on renonçait à tout dispositif de plafonnement des RAC ou si ce dernier était circonscrit aux soins de ville, la mise en place de modalités de plafonnement propres aux RAC hospitaliers n'en serait pas moins indispensable. La refonte complète du RAC hospitalier évoquée ci-dessus au IV s'impose.

b) à défaut, il conviendrait, en prenant appui sur le dispositif des « contrats responsables », de subordonner le maintien des avantages sociaux et fiscaux à l'allongement de la période de prise en charge du forfait journalier.



## Annexe 1 : Lettre de mission



*Ministère de la Santé  
de la Famille  
et des Sports*

*Ministère du Budget,  
des comptes publics  
et de la fonction publique*

*Haut commissariat auprès  
des Premiers ministres  
aux Solidarités actives  
contre la pauvreté*

*Paris, le 10 JUIL 2007*

Ca-P5/CS07 7030

Messieurs les Présidents,

Depuis 45 ans, la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie a évolué de manière paradoxale et peu juste. Dans son ensemble, la couverture des dépenses reste stable au fil du temps, mais cette tendance masque des évolutions contrastées :

- le nombre de personnes intégralement couvertes augmente, notamment les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) pour ce qui relève de leur pathologie ou les personnes éligibles à la couverture maladie universelle ;
- les nombreux niveaux de tickets modérateurs entraînent une baisse des taux de remboursement pour certains assurés, tandis que ceux qui sont exonérés de ticket modérateur conservent à leur charge une part de dépenses en moyenne quatre fois inférieure. Cette situation a notamment été soulignée par les travaux de la Haute Autorité de Santé et du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Il convient de rendre le système de prise en charge de nos dépenses de santé plus juste, simple et rationnel, tout en respectant le principe de solidarité qui le fonde.

**Monsieur Bertrand FRAGONARD**  
Président du Haut Conseil  
pour l'avenir de l'assurance maladie

**Monsieur Raoul BRIET**  
Président de la commission  
de périmètre des biens et  
services remboursables de la  
Haute Autorité de Santé

Parmi les propositions suggérées, celle du « bouclier sanitaire » consisterait à instituer un plafond des restes à charge supportés par les assurés sur la dépense remboursable. En dessous du seuil, les tickets modérateurs et participations forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré ; au-delà, l'assurance maladie lui garantirait une couverture intégrale. Un tel bouclier peut être défini de manière uniforme ou s'exprimer en fonction du revenu des ménages, comme l'ont décidé d'autres pays.

Quelle que soit la solution préconisée, vous vous attacherez à la fois à la cohérence avec les principes fondamentaux de la sécurité sociale et aux conditions de faisabilité.

Afin d'éclairer la réflexion, nous souhaitons que vous engagiez une analyse des enjeux et des modalités techniques de cette proposition. Il s'agit, notamment, d'examiner les points suivants :

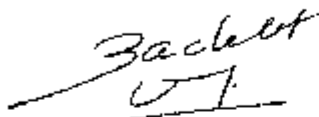
- déterminer s'il convient de mettre en œuvre le « bouclier » par personne protégée ou par foyer, les critères de revenus devant être traités de manière juste et opérationnelle ;
- examiner le niveau du « bouclier » suivant les hypothèses de co-paiement et l'impact sur l'équilibre des finances de l'assurance maladie ; la marge d'incertitude devra être précisée ;
- articuler le « bouclier » avec le système de tickets modérateurs et de franchises ;
- examiner et estimer les effets redistributifs entre assurés ;
- recenser les éventuels effets pervers, tel le risque que des assurés puissent retarder ou annuler certains traitements suivant qu'ils ont ou non franchi le seuil du « bouclier » ;
- indiquer les conséquences financières et organisationnelles pour les organismes d'assurance complémentaire ;
- estimer les modalités techniques et les délais, en particulier pour établir un lien entre les fichiers de l'assurance maladie et les revenus des assurés ;
- définir, pour chacun des scénarios, le calendrier de mise en œuvre de la réforme.

Sur chacun de ces points, les enseignements que vous pourrez tirer des expériences étrangères fourniront des éclairages précieux.

Nous souhaitons que vous nous remettiez une première synthèse de vos travaux pour la fin du mois d'août.

Pour mener à bien vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur l'ensemble des administrations sous notre autorité ou à notre disposition et solliciter l'expertise des caisses nationales d'assurance maladie.

Nous vous prions d'agréer, messieurs les Présidents, l'expression de nos salutations distinguées.



Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN  
Ministre de la Santé,  
de la Jeunesse et des Sports



M. Eric WOERTH  
Ministre du Budget,  
des comptes publics  
et de la fonction publique



M. Martin HIRSCH  
Haut commissaire aux Solidarités  
actives contre la pauvreté

## Annexe 2 : Extrait du rapport 2007 du HCAAM : les assurés ALD

La forte poussée des dépenses propres aux assurés en ALD peut conduire à réexaminer leur contribution personnelle. Dans les soins de ville,

- le taux de leur RAC est faible (à peu près 8% de la dépense), très inférieur à celui des autres assurés (31%)

- ce RAC est significatif (et même supérieur au RAC des assurés non ALD)

*le HCAAM (avis du 28 avril 2005) et la HAS (note du 31 mai 2006) ont réfléchi à une réforme du régime des ALD*

Dans son rapport annuel 2006 (pages 44-45 et annexe 5), le HCAAM a souligné la dualité des objectifs du régime – amélioration de la qualité des soins, amélioration de la couverture financière – et indiqué les deux types d'évolution possibles.

« Dans la première, on conserve le lien entre une maladie et l'exonération mais on s'efforce grâce à une définition plus stricte des critères médicaux d'admission en ALD de la faire correspondre avec les maladies ou stades d'évolution de celles-ci auxquelles sont associés des niveaux de dépenses élevées. Cette approche – si elle se révélait pertinente – permettrait de « déclasser » soit des ALD figurant dans la liste actuelle soit des phases médicalement caractérisables de ces maladies.

Dans la seconde, on renonce à lier la maladie et le niveau de la prise en charge financière. On se borne à constater que des maladies (certaines ALD actuelles correspondant à des maladies chroniques mais aussi des maladies « non exonérantes ») appellent du fait de leur gravité potentielle et de la complexité de leur prise en charge médicale un suivi particulièrement attentif organisé autour du médecin traitant et impliquant fortement le patient lui-même. Les protocoles de soins servent alors de références utiles pour les conduites thérapeutiques ». Ce découplage obligerait à repenser le dispositif actuel d'exonération afin de faire reposer le système de neutralisation des gros restes à charge sur des bases nouvelles.

Les travaux menés par la HAS sur le diabète (dont il est rendu compte dans l'annexe 5 du rapport 2006) ainsi que ceux poursuivis à ce jour sur les 2/3 environ des ALD, montrent la difficulté de la première approche : les coûts exposés pour une même pathologie varient fortement selon les personnes et les stades de la maladie et évoluent dans le temps si bien qu'il n'est guère possible de circonscrire précisément à l'aide de critères médicaux l'exonération aux seuls cas où l'assuré est exposé à des soins particulièrement coûteux.

Certains aménagements visant à apporter plus de cohérence médicale à la liste et aux critères utilisés sont certes envisageables et pourraient conduire à faire correspondre l'entrée en ALD avec un stade grave de l'affection. La HAS a d'ailleurs la compétence pour faire des propositions aux ministres d'évolution des critères médicaux d'admission dans les 30 ALD de la liste, qui sont fixés par décret. Elle n'en pas fait usage à ce jour. Ces aménagements, s'ils étaient décidés, supposeraient que soient mises en place des modalités nouvelles propres à assurer la qualité du suivi des malades qui ne seraient plus éligibles à l'exonération. Mais ils ne sauraient en tout état de cause avoir qu'un impact limité au regard des facteurs structurels qui conduisent à l'alourdissement du poids relatif des ALD. Aussi ne sauraient-ils dispenser d'une réflexion sur la mise en œuvre à moyen terme de la seconde approche évoquée dans le rapport annuel 2006 et appelée de ses vœux par la HAS (recommandation de mai 2006), à savoir une dissociation claire des objectifs de qualité de la prise en charge médicale et de neutralisation des gros restes à charge.

### Annexe 3 : Les exonérations du ticket modérateur

(Source : Direction de la Sécurité Sociale)

Il existe actuellement un très grand nombre de cas d'exonération. Les exonérations traditionnelles du TM ont pour but :

- soit de lever l'obstacle à l'accès aux soins qu'aurait pu constituer ce ticket compte tenu du coût de certains traitements ou de la situation de certaines personnes, notamment en matière de revenus ;
- soit de consentir un avantage (de nature compensatoire) à certaines catégories d'accidentés de la vie.

Les exonérations les plus récentes sont liées à des considérations de santé publique ou de politique sociale mais visent essentiellement à garantir que la mise en œuvre de ces orientations sociales ou de santé publique ne se heurtera pas à des difficultés d'accès aux soins d'ordre financier.

#### 1. Exonérations principalement destinées à réduire ou annuler le RAC

**1.1. exonérations à raison du coût de la prestation :** Ces exonérations ont pour base législative les dispositions du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale prévoyant que la participation de l'assuré peut varier selon les catégories de prestations (prestations coûteuses).

1)<sup>14</sup> **Affections longues et coûteuses (ALD) :** Sont exonérantes, les 30 affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrites sur une liste établie par décret (articles L. 322-3, 3°, R. 322-5 et D 322-1). L'exonération du TM concerne toutes les prestations en rapport avec l'affection exonérante, y compris les médicaments supportant un ticket modérateur de 35% (médicaments à vignette bleue). Par ailleurs, le ticket modérateur applicable aux soins relatifs à des affections non inscrites sur la liste mais comportant un traitement long et coûteux peut être pris en charge sur le FNASS<sup>15</sup> Une exonération est également prévue pour les personnes atteintes de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant.

**Actes et produits coûteux.** Sont exonérés :

- 1) Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif ;
- 2) les centres anticancéreux, maisons de santé chirurgicales, obstétrico-chirurgicales et médicales ; pouponnières pour enfants débiles ; maisons de repos et de convalescence) ;
- 3) les produits d'origine humaine, soit le sang humain et ses dérivés et le lait humain ;
- 4) l'acquisition, la réparation et le renouvellement des produits de grand appareillage ;

<sup>14</sup> les chiffres 1), 2), permettent de numéroter chaque cas d'exonération du TM (il existe 28 cas d'exonération du TM au total).

<sup>15</sup> Les articles 71-4 et 71-4-1 du règlement intérieur des CPAM prévoient que la participation de l'assuré aux frais de traitement peut être prise en charge sur le FNASS lorsqu'il s'agit du traitement :

- d'un malade atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste,
- ou d'un malade reconnu atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus pour une durée de plus de 6 mois.

- 5) les médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux figurant sur une liste établie par arrêté (article R. 322-2, 1<sup>er</sup> alinéa) ;
- 6) les frais de transport lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état (article R. 322-2, dernier alinéa) ;
- 7) les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique coûteux (dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €) ;
- 8) les frais de transport entre deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle est intervenu un acte coûteux précité ;
- 9) le déplacement du médecin ou de l'auxiliaire médical en vue d'effectuer un acte au domicile du malade (lettre ministérielle du 3 août 1962) lorsque l'acte lui-même est exonéré ;

### **1.2. Exonérations à raison des conditions d'hébergement et de la nature de l'établissement dans lequel les soins sont donnés :**

- 10) les frais d'hébergement et de traitement remboursables des enfants et adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle (article L. 322-3, 6<sup>o</sup>) ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation dispensés en dehors de ces établissements (articles L. 322-3, 6<sup>o</sup> et L. 321-1, 3<sup>o</sup>, combinés) ;
- 11) les frais d'hébergement dans les établissements sociaux et médico-sociaux (établissements énumérés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ainsi que les soins dispensés dans les centres de cure ambulatoire ayant pour objet la prévention et le traitement de l'alcoolisme (article L. 322-3-7 du CSS<sup>o</sup>) ;
- 12) les frais d'hébergement dans un centre ou une unité de long séjour (article L. 322-8<sup>o</sup>).

### **1.3. Exonérations à raison des catégories de prestations :**

- 13) les soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile (article L. 322-3, 9<sup>o</sup>) ;
- 14) le diagnostic et le traitement de la stérilité, y compris par insémination artificielle, sur décision de la caisse prise sur avis conforme du contrôle médical et précisant la période d'exonération et les prestations exonérées (article L. 322-3, 12<sup>o</sup>, et R. 322-9, 2<sup>o</sup>) ;
- 15) les forfaits techniques des scanners et IRM dont le montant est fixé de manière conventionnelle ;
- 16) le forfait technique pour les tomographes à émission de positon (par lettre ministérielle du 18 février 2003).

### **1.4. Exonérations pour des raisons de santé publique ou de politique sociale<sup>16</sup> :**

- 17) les frais de soins des nouveau-nés pendant les 30 jours qui suivent la naissance pour les frais d'hospitalisation et pour les soins dispensés en établissement de soins public ou privé, à l'exception des médicaments à vignette bleue (articles L. 322-3, 11<sup>o</sup>, R. 322-9, 1<sup>o</sup> et R. 322-9-1) ;

---

<sup>16</sup> Les personnes éligibles à la CMUC ne sont pas exonérées du ticket modérateur mais bénéficient d'une prise en charge de cette participation au titre de leur couverture complémentaire.

- 18) les frais de soins consécutifs à des sévices sexuels sur mineurs (article L. 322-3, 15°) ;
- 19) les frais d'analyses ou d'examens de laboratoire relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C (article R. 322-2, 1<sup>er</sup> alinéa) ;
- 20) les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables figurant sur une liste établie par arrêté (articles L. 322-3, 16°, et R. 322-2, 2<sup>ème</sup> alinéa) ;
- 21) les frais relatifs à l'examen de prévention bucco dentaire prévu par le code de la santé publique pour les enfants âgés de 6 à 12 ans ( article L 322-3, 17°) ;
- 22) le forfait pédiatrique prévu pour les consultations et visites effectuées pour les enfants de 0 à 24 mois inclus est pris en charge à 100% (exonération négociée par les partenaires sociaux et entérinée par lettre ministérielle du 30 juillet 2002) ;
- 23) les frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique ;
- 24) les frais de médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique (médicaments à prescription restreinte) et pour ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au a, de l'article L. 5121-12 du CS P (médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares)

Ces exonérations sont justifiées par des considérations de santé publique plus que par le coût du traitement : il s'agit de supprimer tout obstacle, même modique, à l'accès à des dépistages dont on considère qu'ils représentent des enjeux majeurs de santé publique. Quant à l'exonération du ticket modérateur pour les soins consécutifs à des sévices sexuels sur des mineurs, elle est justifiée plutôt par des raisons de politique sociale (article L. 322-3, 16°).

**2. Exonérations à raison de la situation du bénéficiaire :** Il s'agit d'exonérations permanentes liées à la perception d'un avantage particulier. Les prestations concernées sont des prestations de sécurité sociale ou de solidarité (article L. 322-3, 13° et 14°, et R. 322-4 ; article L. 371-6 ; article L 432-1) qui répondent de façon centrale à des préoccupations sociales et ont un objectif manifestement compensatoire . Relèvent de cette catégorie :

- 25) accidentés du travail ayant une IPP d'au moins 66,66% (exonération de toute participation pour les titulaires et pour leurs ayants droit), **pour les soins sans rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle**. Cette exonération ne s'applique toutefois pas aux médicaments pris en charge à 35% ;
- 26) pensionnés d'invalidité ou de vieillesse substituée à une pension d'invalidité (exonération de participation pour les titulaires) ;
- 27) pensionnés d'invalidité exerçant une activité professionnelle et renonçant temporairement à l'attribution d'une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail (60 ans au moins) ;
- 28) pensionnés militaires (exonération de participation pour les titulaires)
- 29) bénéficiaires de soins pris en charge au titre de la législation AT- MP (cf 3.2. ci-dessous).

A l'exception des pensionnés militaires et des bénéficiaires de soins pris en charge au titre de la législation AT-MP, les personnes visées ci-dessus ne bénéficient pas de l'exonération pour

les médicaments supportant un ticket modérateur à 35%, c'est à dire les médicaments à vignette bleue (art. R 322-9-1).

### **3. Cas dans lesquels les bénéficiaires des soins ou prestations de santé ne supportent aucune participation**

Il ne s'agit pas de cas d'exonération du ticket modérateur puisque cette notion n'existe que dans l'assurance maladie.

#### **3.1. l'assurance maternité**

Dans l'objectif de garantir l'accès aux soins à toutes les femmes enceintes, l'assurance maternité permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des frais médicaux en lien ou non avec la grossesse du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement.

Par ailleurs, dès la déclaration de la grossesse, sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité :

- les examens prénataux et postnataux obligatoires et les actes se rapportant à la grossesse ;
- pour les femmes présentant un risque particulier, le caryotype fœtal et l'amniocentèse sont pris en charge à 100 % sous réserve de l'accord préalable du service médical de leurs caisses d'Assurance Maladie ;
- le dosage de la glycémie, certaines analyses de dépistage de la rubéole, la toxoplasmose, l'hépatite B, la syphilis ou encore le test H.I.V. ;
- **huit séances de préparation à l'accouchement.**

La totalité des frais médicaux remboursables, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, sont également pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité du premier jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après la date de l'accouchement.

Les prestations prises en charge par l'assurance maternité sont **exonérées de la participation forfaitaire de 1 euro.**

#### **3.2. l'assurance AT-MP**

Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles bénéficient d'une prise en charge intégrale des dépenses de soins, ainsi que d'une dispense d'avance de frais, en application des articles L.431-1 et L.432-1. Compte tenu du mode de financement de cette branche, le principe est de remettre à la charge de l'employeur (ou de la collectivité des employeurs) la totalité du coût des soins supporté par la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle : c'est cet objectif de principe qui explique la gratuité des soins dans la branche.

Les bénéficiaires de la législation AT-MP sont toutefois soumis à la participation forfaitaire de 1 € (art. L 432-1, deuxième alinéa).

### **4. Le cas particulier de la couverture maladie universelle complémentaire**

Les titulaires de la CMU complémentaire bénéficient de la gratuité des soins qui leurs sont délivrés, assortie de la dispense d'avance de frais. Les frais sont pris en charge par l'Etat.



## Annexe 4 : L'aide complémentaire santé (ACS)

(Extraits du rapport 2007 du HCAAM)

### Page 117

Elle est destinée aux ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et 1,2 fois ce plafond et qui ne sont pas couverts par un contrat en entreprise. La population potentielle est de 2,2M de personnes.

L'ACS est une prestation qui a pour but :

- de diminuer le taux d'effort des ménages qui disposent d'un contrat mais doivent en acquitter seuls la cotisation ;
- d'amener les ménages dépourvus de complémentaire à en souscrire une avec une charge financière acceptable.

On ignore comment la population potentielle se répartit entre ces deux cibles.

L'aide varie avec l'âge, ce qui est cohérent avec la variation des cotisations.

Les paramètres caractéristiques de l'aide sont résumés dans le tableau suivant pour le contrat moyen actuellement constaté pour la population de l'ACS (étude du Fonds CMU du 2007).

#### Caractéristiques de l'Aide complémentaire santé en 2006

Caractéristiques	enquête 2006	enquête 2005
Nombre moyen de personne couverte par contrat	1,75	1,80
Prix annuel moyen	693 €	632 €
Montant moyen de la déduction	341 €	243 €
RAC moyen après déduction	352 €	389 €
Taux d'effort / ressources	3.8 %	4.5 %

Sources : Fonds CMU, données 2006 sur 77 330 contrats fournis par 51 OCAM<sup>17</sup>.

Les effectifs réels sont très inférieurs à la cible potentielle. La conclusion du Fonds CMU pour 2006 est éclairante : « *le taux d'utilisation des attestations ACS, qui peut toujours être amélioré, apparaît cependant satisfaisant (autour de 60%). C'est en réalité la faible délivrance d'attestations qui demeure le problème le plus préoccupant par rapport au dispositif* ».

### Pages 120 et 121

On évalue la population potentielle à 2,2M (après déduction des salariés bénéficiant d'une couverture en entreprise). Or on est en présence d'un double déficit :

- le nombre d'attestations délivrées (les demandeurs ont fait vérifier que leurs revenus les rendaient éligibles), et c'est de loin le plus important, est faible ; il a même baissé en 2006 alors que le montant de l'aide a été substantiellement augmenté.
- le nombre de droits ouverts est très inférieur à celui des attestations délivrées.

<sup>17</sup> Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, Fonds CMU juin 2007.

Ce déficit a des causes multiples.

Comme il n'y a aucune raison pour que les ménages qui ont déjà une couverture complémentaire renoncent à une aide qui en diminuerait la charge, on peut penser que leur information est insuffisante. On ne connaît pas le nombre de personnes concernées. Le secrétariat du HCAAM considère qu'ils sont majoritaires dans la population précitée.

La situation est plus complexe pour les ménages qui n'ont pas de contrat complémentaire. Ils peuvent être sous informés – ce serait là un premier facteur de déficit. Mais ils peuvent renoncer à l'aide parce que la charge qui leur incombe leur semble trop lourde. Une personne seule, même pour un contrat d'entrée de gamme, doit accepter un taux d'effort qui varie entre 1 et 2 % selon son âge et son niveau de ressources (voir tableau ci dessous).

**Taux d'effort\* pour un contrat d'entrée de gamme  
pour une personne seule selon l'âge et le niveau de ressources**

	<b>Ressources</b>	
	plancher ACS	plafond ACS
20 ans	2,2 %	1,9 %
25 ans	1,1 %	1,0 %
35 ans	1,9 %	1,6 %
60 ans	2,3 %	2,0 %

*Sources : Fonds CMU, calculs Secrétariat général du HCAAM*

*\* Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources*

L'opportunité d'améliorer l'aide est étudiée infra.

En tout état de cause, on doit entreprendre une politique d'information autrement plus dynamique que celle qui a été menée (avec un effort plus réel à partir de 2006). On en a la base puisque beaucoup des allocataires potentiels sont connus des institutions sociales. Le secrétariat du HCAAM estime ainsi que plus des deux tiers des allocataires potentiels sont repérables dans les fichiers des caisses de sécurité sociale et de chômage.

Des objectifs précis devraient être assignés à ces institutions.

## Annexe 5 : Le système de prise en charge en Belgique

- 1) **le système de prise en charge ne prend pas en compte la lourdeur des soins liés à des maladies particulièrement coûteuses (comme les ALD en France)**
- 2) **bien que les taux de TM soient faibles ou modérés, un certain nombre de personnes protégées sont soumises à des RAC élevés ; la croissance des dépenses par tête et leur concentration accentuent cette pression**
- 3) **d'où des mécanismes protecteurs** qui allègent la charge des assurés qui exposent de fortes dépenses.
  - 1963 : régime préférentiel d'intervention majorée.<sup>18</sup>
  - 1994 : franchise sociale (mais la détermination des catégories bénéficiaires est jugée trop « rustique) et fiscale (mais le remboursement du « trop versé » dans le délai de deux ans jugé trop long)
  - le Maf (maximum à facturer) à partir de 2002 puis l'OMNIO (2007)
- 4) **Les mécanismes protecteurs se sont enrichis de façon constante**
  - on passe d'un fléchage par catégories administratives à un fléchage universel par les revenus
  - on étend le panier couvert par la garantie.

### 5) Ils associent actuellement

- a) un dispositif spécifique pour les ménages très modestes.

#### *a1) maf social*

Il s'agit de ménages du régime BIM dont on n'a pas besoin de connaître les revenus puisqu'ils sont repérés par leurs caractéristiques propres.

Le taux de leurs participations personnelles est plus faible que le droit commun. On leur applique le plafond de 450€

Comme les bénéficiaires ont des tickets modérateurs très abaissés par rapport au droit commun, rares sont ceux qui ont un RAC significatif en valeur absolue. Ceux là sont en tout état de cause protégés par le plafonnement de droit commun (450€ au maximum par ménage). Les autres – la grande majorité – ont un RAC nettement inférieur au droit commun

---

<sup>18</sup> Depuis 1963, l'intervention majorée (ou régime préférentiel) existe en faveur de certaines catégories de personnes (pensionnés, veufs, orphelins, invalides), dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond.

Le bénéfice de ce régime préférentiel a été par la suite étendu à d'autres catégories de personnes, tantôt en vérifiant que leurs revenus sont inférieurs au même plafond (chômeurs de longue durée âgés d'au moins 50 ans notamment), tantôt en présumant qu'ils le sont car les personnes concernées bénéficient d'un 'avantage' lui-même octroyé sur la base de faibles ou d'absence de revenus (ainsi, le bénéficiaire du revenu d'intégration (minimex) aura droit automatiquement à l'intervention majorée au bout d'un certain temps).

Dans le cadre de ce régime, la personne « cible » (pensionné, bénéficiaire du minimex, ...) bénéficie de l'intervention majorée, ainsi que ses personnes à charge. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, son conjoint ou partenaire de vie et les personnes à charge de celui-ci en bénéficient également. En effet, lorsque les revenus sont contrôlés, ce sont les revenus du « ménage » qui sont pris en considération, le ménage comprenant le bénéficiaire, son conjoint/partenaire et leurs personnes à charge. Il était donc logique d'accorder le droit également au conjoint/partenaire et ses personnes à charge.

### a2) Le régime OMNIO

Ce statut, introduit en avril 2007, se fonde quant à lui exclusivement sur les revenus du « ménage ». Il coexiste (du moins actuellement) avec les autres modes d'acquisition de l'intervention majorée.

Le ménage pris en compte ici est constitué de l'ensemble des personnes qui vivent à la même adresse. Peu importe les liens qui les unissent. La notion de « personne à charge » n'intervient pas ici. Des exceptions sont prévues, notamment pour les personnes vivant en maison de repos, les communautés religieuses ou les personnes qui sont considérées comme dépendantes en raison de leur état de santé... (les mêmes exceptions sont prévues dans le cadre du MAF revenus).

Le plafond de 13 312 € est applicable à un ménage d'une personne ; il est augmenté de 2 464 € par personne supplémentaire dans le ménage.

Le coût du régime est de 48M€

### b) un dispositif de plafonnement en fonction du revenu. Dans ce dispositif

- les taux de participation financière sont identiques pour tous et déjà significatifs (médecins 30 ou 40% ; soins infirmiers 25% , médicaments 20 à 80% ; pour l'hospitalisation, forfait de 28€ + 13,62€ par jour)
- les ménages qui ont de gros débours sont protégés par le plafond
- ce plafond est modulé avec le revenu
  - + profil de la modulation. Le plafond varie de 1 à 4 quand le revenu passe de 1 à 2,6% ; le taux d'élasticité croît avec les tranches de revenu : 2,97% au plafond de 450€; 2,79% au plafond de 650€ ; 3,18% au plafond de 1000€ ; 3,57% au plafond de 1400€ ; puis 4,59% pour 39 218€, pourcentage diminuant ensuite avec le revenu.
  - + faible familialisation. Le plafond est le même quel que soit le nombre de personnes (mais, toutes choses égales par ailleurs, on atteint plus vite et plus fréquemment le plafond quand il y a plusieurs personnes dans le ménage). Mais on prend en compte la situation des enfants en leur accordant le bénéfice du plafond le plus bas.
  - + les tranches de revenu sont indexées (mais pas les plafonds)

### c) un forfait pour certains malades qui ont de façon durable un RAC proche du plafond

- définition des assurés en cause : deux conditions
  - + avoir atteint 350€ (BIM) et 450€ (autres assurés) de dépenses
  - + être dans l'une des situations suivantes, notamment : accord du médecin conseil pour des soins de durée ; être bénéficiaire des allocations familiales majorées, d'une allocation d'intégration, d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, d'une pension d'invalidité, avoir de longs séjours hospitaliers...
- montant de l'avantage : 253€
- plus de 200 000 personnes (2% de la population) et une charge de 60M€

#### d) résultats 2006 du Maf

- 517 000 ménages pour 942 000 personnes (9% de la population) sont au plafond : 26,5% pour le Maf social ; 21,5% pour le maf revenu/plafond de 450€ ; 32,4% pour le plafond de 650€ ; 10,9% pour le plafond de 1000€ ; 3,2% pour le plafond de 1400 ; 4,43% pour 1800€
- le « trop perçu » remboursé est de 441€ par ménage ( 243€ par personne).
- ce trop perçu est de 228M€ soit 1,6% des dépenses du panier couvert par le Maf.

### **6) gestion du Maf**

#### a) gestion des dépenses (tenue des compteurs) par les mutuelles

- on a retenu une gestion par ménage. Comme les diverses personnes d'un ménage peuvent appartenir à des mutuelles différentes (7 dont les trois premières regroupent près de 90% de la population), on a mis en place un mécanisme de concentration des données auprès de la mutuelle qui couvre la personne la plus âgée du ménage
- la définition du ménage n'est pas modifiée en cours d'année (sauf en cas de naissance)

#### b) gestion des revenus

- on s'appuie sur l'assiette fiscale de l'année N-2 ; actualisée par un index fonction de l'évolution de l'indice des prix.
- cette assiette est figée pour l'année sauf application de l'article 22 de l'arrêté royal du 15/7/2002 ; dans ces situations « dignes d'intérêt », on actualise l'assiette pour les personnes qui
  - + ont cessé toute activité professionnelle
  - + ont bénéficié d'une dispense de cotisation pour les indépendants
  - + sont au chômage complet depuis au moins six mois
  - + sont en incapacité de travail depuis au moins six mois
- il n'y pas d'appel systématique des ressources pour l'ensemble des ménages ; on ne se renseigne auprès des services fiscaux que lorsque les dépenses ont atteint 450€.
- cette procédure est fiable (6,5% d'appels infructueux ; délais bien tenus)

c) lorsque le ménage a atteint le plafond, il est informé de cette situation ; il continue à payer selon les procédures de droit commun et le trop perçu lui est reversé dans un délai de 50 jours.

## Annexe 6 : Le système de plafonnement du RAC en Allemagne<sup>19</sup>

### I – CARACTERISTIQUES DE LA FRANCHISE

#### Le montant de la franchise :

- 10€ par médecin libéral consulté en accès direct / trimestre, y compris en urgence,
- 10€ / journée d'hospitalisation, dans la limite de 28 jours/an,
- 10% du prix des médicaments, avec un minimum de 5€ et un maximum de 10€/boîte,
- 10€ par série de soins paramédicaux + 10 % des honoraires.
- 10 € par transport sanitaire + 10 % des honoraires

Cette franchise est encaissée par le professionnel de santé et retenue ensuite sur ses honoraires (système de tiers payant, code traceur pour la franchise encaissée).

Le législateur ne l'a pas interdit expressément, mais, dans la pratique, la franchise n'est pas prise en charge par les assureurs complémentaires.

#### Les exonérations de la franchise :

- les enfants < 18 ans sont d'office exonérés de la franchise, le professionnel de santé n'a donc pas à l'encaisser ;
- selon le règlement intérieur de la caisse, l'adhésion à l'option "médecin traitant" (parcours de soins opposable) ou à un programme de disease management permet de bénéficier d'une exonération partielle (par exemple : limitation de la franchise sur les actes médicaux libéraux - dans le parcours de soins - à 10€ / an).

### II – LE PLAFONNEMENT DE LA FRANCHISE

- Le dispositif de plafonnement des co-paiements en fonction du revenu, prévu le plus souvent à l'origine, dans le règlement intérieur des caisses, a été généralisé à l'occasion de la réforme de 2004. Il s'applique à tous les co-paiements, y compris à l'hôpital et à tous les assurés sociaux (y compris les titulaires de minima sociaux qui bénéficiaient jusqu'alors de l'exonération totale).
- le montant annuel de la franchise est plafonné à 2% du revenu (et 1% pour les pathologies chroniques); la proportionnalité du plafond est perçue comme le corollaire logique de la proportionnalité du salaire des cotisations versées.
- cette règle s'applique à tous les assurés sociaux du régime légal d'assurance maladie, y compris les bénéficiaires de l'aide sociale ;
- le calcul est basé sur le montant des franchises ,payées pour l'ensemble des prestations de soins - y compris le forfait journalier acquitté à l'hôpital ;

<sup>19</sup> Fiche établie avec le concours du Docteur Ursula Descamps, médecin-conseil à la CNAMTS (E.R.S.M de Strasbourg)

- le calcul tient compte de l'ensemble des revenus annuels bruts du foyer, avec un abattement de 4 410€ pour le conjoint, et de 3 648€ par enfant à charge (souci de ménager les revenus modestes) ;
- l'année de référence est l'année n ;
- il n'y a pas d'exonération *a priori*, sauf pour la prothèse dentaire : le droit au plafonnement est appliqué a posteriori, sur demande expresse de l'assuré, avec justificatifs des dépenses à l'appui ;
- cette demande peut être formulée en cours de l'année n, dès que l'assuré estime avoir dépassé le plafond ; la caisse accorde alors une exonération pour le reste de l'année (attestation à présenter au professionnel de santé) ; un éventuel trop payé est remboursé ; les caisses ont mis en ligne un logiciel permettant aux assurés de calculer si le plafond est atteint ;
- pour bénéficier du 1% des pathologies chroniques, le médecin traitant doit établir un certificat médical, attestant que le patient souffre d'une maladie chronique telle que définie dans la directive du Comité fédéral commun, avec information sur le diagnostic mais sans protocole thérapeutique; ce certificat engage la responsabilité du praticien ;

### **Concernant la définition d'une pathologie chronique grave,**

Ses conditions médico-sociales sont fixées par la directive du Comité fédéral commun du 22.01.2004, modifié en dernier lieu le 21.12.2004 comme suit :

"Affection nécessitant une prise en charge médicale continue (au minimum une consultation médicale par trimestre) depuis au moins un an et présentant au moins une des caractéristiques suivantes :

- dépendance de niveau 2 ou 3 (--> nécessitant une assistance d'au moins 3 heures par jour, dont au moins 2 heures de soins de base, ce qui, en France, correspondrait grossièrement à un GIR 1 à 3),
- existence d'un handicap ou d'une diminution de la capacité de gain d'au moins 60 %, générés, au moins en partie, par la pathologie en question,
- nécessité d'un traitement continu (actes médicaux, prise en charge psychiatrique, médicaments, soins paramédicaux, soins infirmiers techniques ou dispositifs médicaux), sans lequel, du fait de la pathologie en question, il faudrait s'attendre à une aggravation de l'état du patient, mettant en jeu le pronostic vital, diminuant l'espérance de vie ou portant une atteinte durable à la qualité de vie.

L'assuré doit justifier le caractère chronique de son affection moyennant

- un certificat médical, attestant la nécessité d'une prise en charge médicale continue telle que définie ci-dessus,
- l'avis de l'Assurance Dépendance, reconnaissant la perte d'autonomie requise depuis au moins un an,
- l'avis de reconnaissance d'un handicap ou d'une perte de la capacité de gain de 60 %, mentionnant la pathologie en question parmi les motifs."

### III – ECLAIRAGES COMPLEMENTAIRES

#### Quelle est l'année de référence utilisée pour les revenus ?

- l'assuré formule sa demande a posteriori, en début d'année n+1 : l'assuré remplit une déclaration de ses revenus annuels perçus et joint les justificatifs correspondants (feuilles de paye, avis de rente / d'allocation, reçus etc.) ;
- si l'assuré estime avoir atteint le plafond en cours d'année : le revenu annuel est extrapolé à partir des revenus perçus jusqu'à la date de la demande ; en cas de revenus très instables, la caisse se réfère aux revenus de l'année n-1 ; une régulation est alors effectuée en fin d'année, ce qui implique un deuxième contrôle.

La réglementation sur la protection des données individuelles ne permet pas aux caisses d'accéder aux données de l'administration fiscale (sauf contentieux déclenché en cas de suspicion de fraude) : les informations restent donc largement déclaratives (sur l'honneur).

#### Comment l'assuré sait-il retrouver les informations pertinentes sur les revenus qui lui sont applicables en matière de plafonnement ?

Une large campagne de communication est menée par :

- le ministère de la Santé (affiches dans les lieux publics, brochures, Internet) ;
- les associations de consommateurs ;
- les caisses : journal destiné aux assurés, brochures, lors des entretiens au guichet d'accueil, site Internet (avec logiciel de simulation, permettant de calculer le montant individuel du plafond), plate-forme téléphonique ;
- les services d'aide sociale.

Ces informations restent cependant très génériques : les informations pertinentes sont fournies lors de la demande d'exonération : la déclaration de revenus comporte une liste détaillée de revenus à renseigner.

#### Quel est l'impact du plafonnement du reste à charge de l'assuré ?

En 2006, 9,45 % des assurés sociaux (tous régimes confondus) ont bénéficié du plafonnement. Ce taux est très variable d'un régime à l'autre (ce qui reflète le profil socio-économique des populations assurées respectives) : les extrêmes se situant à 3,89 % pour les caisses d'entreprise, et 24,44 % pour le régime des mines (environ 15 % pour l'AOK qui regroupe plus du tiers des assurés)

Tous régimes confondus, cette proportion reste stable par rapport à 2004.

#### Qu'en est-il des pathologies chroniques graves (plafond de 1 % des revenus) ?

En 2006, la part relative des exonérations au titre d'une « pathologie chronique grave » représente environ 94 % (contre 89,9 % en 2004), de la population exonérée totale.

Les 3 motifs médicaux pouvant être invoqués à ce titre se répartissent de la manière suivante (pour le régime des AOK) :

- affection médicale de longue durée : 81 % ; il n'y a pas de données disponibles quant aux diagnostics ;



- dépendance : 11 %
- handicap : 8 %

Si l'assuré doit renouveler sa demande d'exonération partielle chaque année, la circulaire d'application des AOK prévoit cependant une gestion pragmatique des justificatifs : ainsi,

- pour les affections de longue durée, le certificat médical est valable pour une durée de 2 ans ;
- pour les patients atteints de sclérose en plaques et d'insuffisance rénale chronique traitée par dialyse, l'affection de longue durée est reconnue de façon définitive ;
- en cas d'inscription dans un programme de disease management (→ diabète de type 1 et 2, cardiopathies ischémiques, asthme et broncho-pneumopathie obstructive chronique, cancer du sein), la règle du 1 % est appliquée sans certificat médical complémentaire ;
- la reconnaissance d'une dépendance de plus d'un an a valeur de justificatif définitif.

### **A noter également que**

- Le périmètre de la «pathologie chronique grave» à l'allemande est plus large que le concept de l'ALD française : il englobe le handicap, la dépendance et les affections médicales de longue durée, au sens de l'art. L 324.1 et des ALD 30 et 31 en France.
- La définition de l'affection de longue durée (cf. motif n°3 au titre d'une « pathologie chronique grave») ne comprend pas de liste fermée de diagnostics, ni de critères cliniques précis de gravité.
- Il n'y a pas de protocole des soins, ni d'examen conjoint : la demande est motivée par un certificat médical. Celui-ci est maintenant standardisé (formulaire élaboré par les partenaires conventionnels) ; il comporte le diagnostic, sans arguments cliniques ou paracliniques, ni mention du traitement.
- L'exonération partielle n'est pas limitée à la pathologie motivant le plafonnement, mais appliquée à l'ensemble des soins. Il n'y a donc pas de référentiel des actes et prestations concernés, ni besoin d'un ordonnancier bizona.
- La durée de l'exonération partielle est limitée à une année civile, quel que soit le moment d'introduction de la demande ; l'année n+1, la demande doit être renouvelée ; seule la gestion des justificatifs est plus pragmatique (cf. *plus haut*).