

## HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

Séance du jeudi 27 octobre

L'avis ci-joint a été adopté par le Haut Conseil à l'exception de la délégation CGT

### AVIS

#### **Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base.**

1. Dans la ligne de son rapport du janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a entrepris d'analyser le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base pour les trois risques maladie, maternité, accidents du travail - maladies professionnelles.

Il s'agit là de la première tentative entreprise pour connaître ce que les régimes de base prennent en charge « intégralement ». Une définition large des « soins » a été retenue puisque est incorporée, outre les prestations en nature classiques, la prise en charge médico-sociale telle que le financement des établissements pour l'enfance inadaptée, etc. En revanche les prestations en espèces ne seront pas abordées dans l'avis.

2. Le montant des prises en charge intégrale par les régimes de base de sécurité sociale était en 2004 d'environ 81,3 milliards d'euros.

Les autres dépenses sont couvertes à hauteur de 65%.

Au total, les régimes de base financent 88% de l'ensemble des dépenses reconnues (dépenses remboursables, soins exonérés et non exonérés)<sup>1</sup>.

Il n'existe pas de séries longues permettant de suivre l'évolution de ces ratios mais on avait indiqué dans le rapport initial du Haut Conseil<sup>2</sup> que, à conditions de remboursement données, la structure des remboursements se déformait en renforçant le poids des soins totalement exonérés. La part des soins sans ticket modérateur dans l'ensemble des remboursements de soins de ville progresse régulièrement. La montée des dépenses d'ALD est l'élément le plus structurant de ces dernières années et contribue à hauteur des deux tiers à l'évolution de la dépense globale de soins de ville. Mais d'autres postes – notamment dans le secteur médico-social – évoluent dans le même sens.

Contrairement à une idée reçue, dans le partage de la dépense de santé entre les différents acteurs, on observe un déport des ménages et des complémentaires vers les régimes de base.

---

<sup>1</sup> 81,5% si l'on tient compte des 9 milliards d'euros de dépassements non pris en charge par la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004, Documentation française, annexe 11, page 186.

3. L'ampleur des prises en charge intégrale justifie qu'on analyse de façon méthodique les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur afin d'en cerner la logique et les effets.

Le principe qui sous tend le système actuel est que les « gros » restes à charge sont « écrêtés ». Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux. Mais en fait on exonère non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du « statut » de l'individu [état de santé, situation du bénéficiaire (régime des accidents du travail – maladies professionnelles, femmes enceintes, etc.)].

Il en résulte des incohérences.

Par défaut, lorsque une minorité d'assurés supporte des restes à charge élevés (voir notamment au point 4 ci-dessous).

Peut-être par excès, lorsque le régime d'exonération couvre de fait des petites dépenses. Et s'il est légitime qu'une grosse dépense de santé soit exonérée du ticket modérateur, il n'y a pas lieu de dispenser par principe les assurés bénéficiant de ces régimes dérogatoires de l'effort demandé aux autres assurés. C'est dans cet esprit que le Haut conseil a conclu dans son rapport 2005 qu'il « *était cohérent de faire supporter aux ALD les participations de type franchise dès lors que les plus modestes en sont dispensés* ».

Si l'on ne poursuit pas l'effort en ce sens, il est hautement probable que sous la contrainte on en vienne à augmenter le ticket modérateur pour les soins non exonérés (en gros « le petit risque courant » des soins ambulatoires). Une telle distorsion – trop « sanctuariser » les prises en charge intégrales d'un côté, trop solliciter l'assuré non exonéré d'autre part – est en effet de nature à diminuer l'attachement des Français à une sécurité sociale obligatoire et solidaire.

4. Le Haut conseil a analysé dans ce cadre le régime d'exonération dit du « K50 » qui exonère les actes techniques dont le coefficient à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) est supérieur à 50. Avec la mise en place de la nouvelle nomenclature CCAM (classification commune des actes médicaux), le « marqueur » - K50 - est remplacée par un marqueur en euros : 91€. L'exonération K50 concerne actuellement 6,2 millions de séjours hospitaliers, soit 56% des séjours hospitaliers en hospitalisation complète (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Le projet de PLFSS pour l'année 2006 prévoit une participation forfaitaire de 18€ pour les actes chirurgicaux actuellement exonérés (>K50). Il s'agit d'une franchise. l'essentiel de la dépense restant exonérée (pour une évaluation de 100 à 130M€, cette réforme représente environ 1% des dépenses exonérées au titre du K50. La majorité des membres du Conseil a rappelé l'opposition des Conseils des régimes de base à cette mesure.

A partir des données relatives aux séjours en hospitalisation privée, soit 52% des dépenses d'hospitalisation, la très grande majorité des actes coûteux en K occasionnant en effet des dépenses élevées. Le régime du K50 joue un rôle d'exonération massive en cas d'hospitalisation des patients. On évalue le coût de cette exonération à 2,7Md€.

Même si le dispositif K50 exonère du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros restes à charge (en moyenne 500€). En effet :

- en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique en K), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours.

- pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31<sup>ème</sup> jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge.

Ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais<sup>3</sup> et supportent l'essentiel de ces gros reste à charge. Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système.

---

<sup>3</sup> On manque d'éléments sur le plafonnement de la prise en charge des forfaits par les organismes complémentaires notamment dans le secteur de la psychiatrie.