

FIPECO le 09.01.2019
Les commentaires d'actualité

Le remboursement des dépenses de santé

François ECALLE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit la création d'un « panier 100 % santé » d'équipements et de soins en optique, aides auditives et prothèses dentaires dont les tarifs seront réglementés et pour lesquels le cumul des remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances maladie complémentaires (AMC) atteindra 100 % de ces tarifs. La ministre de la santé a accusé les mutuelles de « sabotage politique » en décembre 2018 parce qu'elles ont invoqué le coût de cette réforme, partagé entre AMO et AMC, pour justifier des hausses des primes demandées à leurs clients.

Au lieu de renforcer la part des AMC dans le financement des dépenses de santé, comme l'ont fait tous les gouvernements depuis très longtemps, il faudrait revoir complètement les modalités de remboursement de l'AMO en mettant en place un « bouclier sanitaire ».

Le système actuel, qui conjugue notamment des tickets modérateurs, forfaits et franchises avec une prise en charge à 100 % dans le cas d'une affection de longue durée est très complexe. La superposition systématique de l'AMO et des AMC pour rembourser les mêmes soins, ce qui est atypique en Europe, est un facteur de complexité et d'alourdissement des coûts de gestion. Ces modalités de remboursement sont surtout très injustes car les restes à charges sont, en proportion du revenu, beaucoup plus élevés pour les ménages modestes, ce qui est aggravé par l'intervention des AMC. Il en résulte de trop fréquentes situations de renoncement aux soins pour des raisons financières.

Comme la Cour des comptes l'a souligné dans un [rapport de 2017](#), deux solutions (non exclusives) sont envisageables : soit réserver le remboursement de chaque bien ou service de santé, par exemple l'optique et les soins dentaires, soit à l'AMO soit aux AMC, mais cela ne rendrait pas le système plus juste, en raison des modes de tarification des AMC ; soit mettre en place un « *bouclier sanitaire* », option qui est présentée dans ce billet.

Un bouclier sanitaire garantirait à chaque ménage que le reste à charge annuel laissé par l'AMO ne dépasse pas un pourcentage supportable de son revenu, ce qui serait beaucoup plus juste. Il serait beaucoup plus simple et moins coûteux à gérer que le système actuel. Il mettrait en évidence l'intérêt limité des AMC. Il faciliterait la maîtrise de l'évolution des dépenses publiques d'assurance maladie et l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

[L'organisation de l'assurance maladie](#) et [l'efficacité des dépenses de santé](#) font l'objet de deux fiches de l'encyclopédie.

A) Le système actuel est complexe, coûteux et injuste

1) Un système complexe

L'assurance maladie a toujours laissé une partie des dépenses de santé à la charge des ménages pour les dissuader de recourir à des soins inutiles et pour réduire le montant de ses remboursements. Aux « *tickets modérateurs* », instaurés dès 1930 et exprimés en pourcentage du montant de la dépense, se sont notamment ajoutés un « *forfait* » hospitalier en euros par jour en 1983 et des « *franchises* » en euros par consultation ou boîte de médicaments en 2008.

Le « *reste à charge* » des ménages, qui comprend les tickets modérateurs, forfaits et franchises ainsi que les dépassements des tarifs fixés par la sécurité sociale, peut en conséquence être très élevé, en euros comme en pourcentage de leur revenu. Il peut conduire les plus modestes à renoncer à des soins essentiels.

Pour résoudre ce problème existent depuis très longtemps des dispositifs d'exonération ou de plafonnement des tickets modérateurs, forfaits et franchises. Le plus important est le régime dit des « *affections de longue durée* » (ALD) qui, créé en 1945, permet un remboursement de 100 % du coût des soins nécessités par une trentaine de « *maladies longues et coûteuses* ». Il bénéficie à 16 % de la population et coûte 13 Md€ par an selon la Cour des comptes¹. D'autres dispositifs exonèrent de tickets modérateurs ou de forfaits certaines catégories de personnes : invalides, femmes enceintes, nouveau-nés...

Ces dispositifs sont incohérents, des personnes dans des situations équivalentes pouvant être remboursées différemment, selon que leur pathologie est ou non sur la liste des ALD. Ils sont très complexes, les forfaits et franchises faisant, par exemple, l'objet de plafonds variables. Surtout, le remboursement à 100 % dans le cadre d'une ALD s'applique seulement aux soins liés à cette affection, ce qui oblige les médecins à distinguer le traitement des autres pathologies dont souffrent une personne ayant une ALD. Les médecins de la sécurité sociale doivent vérifier que cette distinction est correctement faite. Ces vérifications occupent une large part des moyens des services de contrôle médical des caisses avec pour seul résultat avéré une dégradation de leurs relations avec les médecins, la frontière entre l'ALD et les autres affections étant souvent artificielle et contestable. Les affections connexes à une ALD sont souvent nombreuses et importantes, si bien que le reste à charge est parfois très élevé malgré le remboursement à 100 % du traitement de l'affection principale.

La création du nouveau « panier 100 % santé » d'équipements et de soins en optique, aides auditives et prothèses dentaires renforcera cette complexité.

2) Des coûts de gestion élevés

Les AMC complètent presque systématiquement les remboursements de l'AMO et ne font souvent que les compléter sans aucune valeur ajoutée. Si elles avaient une politique autonome vis-à-vis des professionnels de santé, celle-ci pourrait d'ailleurs être contradictoire avec celle de l'AMO. Leur intervention est surtout un facteur de complexité puisque les ménages et les professionnels doivent avoir des relations avec deux assureurs pour chaque soin. La généralisation du tiers payant pose d'ailleurs des difficultés pour les professionnels de santé surtout en raison de la nécessité de se faire payer par des dizaines d'AMC différentes.

¹ Surcoût par rapport aux remboursements de droit commun.

La Cour des comptes observe dans son rapport précité que les dépenses de fonctionnement des deux assurances s'additionnent pour la gestion des mêmes aléas. Les 6,4 Md€ dépensés par les AMC pour rembourser 13 % des dépenses de santé s'ajoutent en effet aux 6,5 Md€ engagés par les régimes de base pour en rembourser 78 %. Elle rejoint ainsi B. Dormont, P.Y. Geoffard et J. Tirole qui faisaient la même observation dans une [note du conseil d'analyse économique](#) de 2014. En outre, la souscription de contrats d'assurance santé complémentaire fait l'objet d'aides fiscales et sociales, sous forme d'exemptions de cotisations sociales et d'une déductibilité des contributions au titre de l'impôt sur le revenu, dont le coût est compris entre 3,8 et 5,7 Md€ selon un rapport de [l'inspection générale des affaires sociales](#).

3) Un développement atypique des assurances complémentaires

Le transfert progressif des remboursements de l'AMO vers les AMC au cours du temps a favorisé le développement du secteur de la couverture privée du risque maladie (14 % des dépenses courantes de santé au sens international²) le plus important d'Europe en 2015 avec l'Irlande et la Slovaquie (15 %), loin devant la moyenne de l'Union européenne (6 %). L'accord national interprofessionnel de 2013 a prolongé cette tendance en rendant obligatoire l'affiliation à une AMC pour tous les salariés du secteur privé.

4) Un système injuste

Au final, les restes à charge (RAC) après AMO, et avant AMC, peuvent être très élevés. Selon le [rapport annuel de 2013](#) du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), ils s'élèvent à 507 € en moyenne pour l'ensemble de la population et atteignent 2 146 € en moyenne pour les 10 % de la population dont le RAC est le plus élevé et 5 095 € pour le 1 % de la population dont le RAC est le plus élevé. Les RAC les plus importants résultent nettement plus des soins de ville que des soins hospitaliers et à peu près autant des soins facturés au tarif de la sécurité sociale que des dépassements de ce tarif.

Des personnes très riches ayant une ALD peuvent avoir un RAC très faible. Au total, le « *taux d'effort brut* » des ménages, égal au rapport entre leur reste à charge et leur revenu disponible brut³, est décroissant avec leur revenu, ce qui accentue les inégalités.

L'assurance maladie obligatoire ne remplit donc pas sa mission de base qui est de permettre à chacun d'être soigné sans contrainte financière.

Certes, 94 % de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire en 2014⁴ mais celle-ci, au prix d'une complexité accrue et d'un coût élevé, ne réduit pas ces inégalités et n'évite pas de fréquents renoncements aux soins pour raisons financières.

En effet, la couverture maladie complémentaire, comme toute assurance, est facturée à un prix qui dépend des risques présentés par les assurés. S'agissant de la santé, en général, les primes sont ainsi liées à leur âge et ne tiennent généralement pas compte de leur capacité financière⁵. Selon le conseil d'analyse économique, les primes représentent, hors participation des employeurs, 2 % des revenus des 10 % des ménages les plus aisés et 8 % de ceux des 10 % les plus pauvres.

² Dans l'optique médicale, la part des remboursements de l'AMO est devenue résiduelle dans les dépenses des ménages (4 %) et celle des AMC est devenue prépondérante (74 %).

³ Les ménages sont classés par niveau de vie (revenu disponible divisé par un indicateur de la taille du ménage).

⁴ Y compris la « *couverture maladie universelle complémentaire* » (CMU-C).

⁵ Les primes dépendent du salaire dans seulement 20 % des contrats individuels et 43 % des contrats collectifs.

Pour aider les ménages les plus modestes à obtenir une couverture complémentaire, il a fallu créer la « *couverture maladie universelle complémentaire* » (CMU-C) et « *l'aide au paiement de garanties contractuelles privées d'assurance* » (ACS), avec des aides publiques. La complexité de ces dispositifs est telle que les bénéficiaires potentiels de ces aides n'y recourent pas à hauteur de 28 à 40 % d'entre eux pour la CMU-C et de 59 à 72 % pour l'ACS selon [un rapport de la Cour des comptes de 2015](#), pour laquelle les risques d'irrégularités, sinon de fraude, sont en outre élevés.

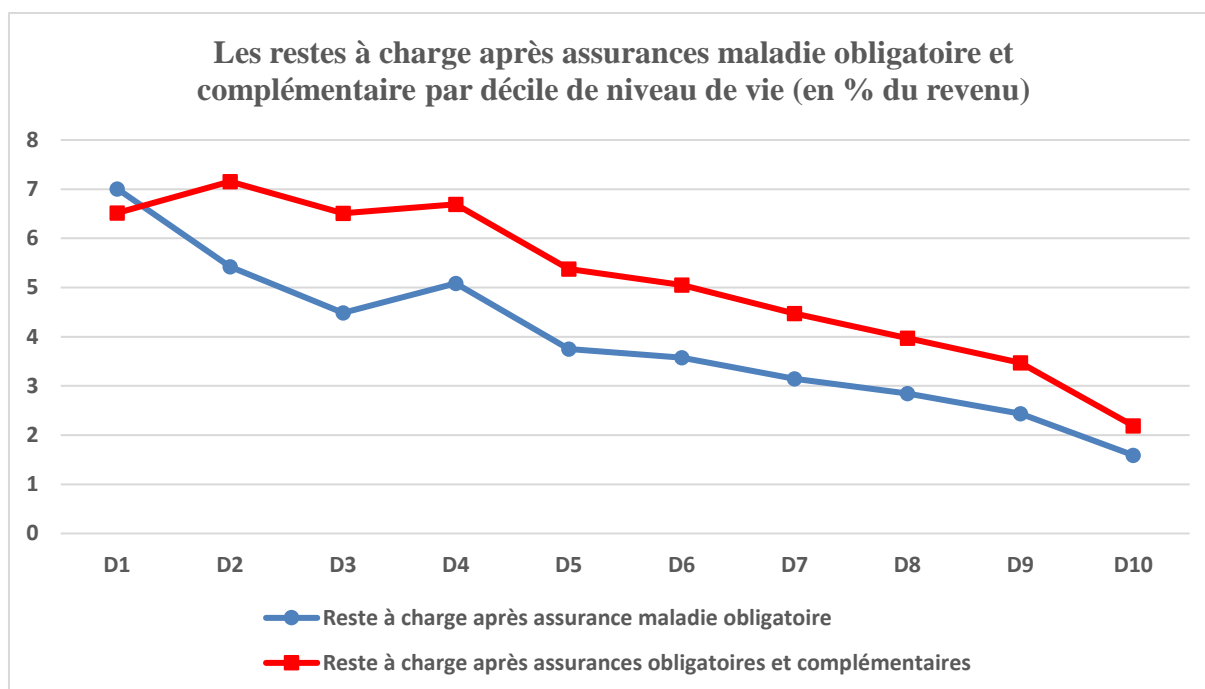
Malgré ces aides publiques, plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenus restent non couvertes par une AMC selon une [étude récente de la DREES](#). Les personnes non couvertes sont plus nombreuses parmi celles qui se déclarent en mauvaise santé, parmi les jeunes adultes, les moins diplômés et les chômeurs. L'obligation de couverture des salariés du secteur privé, déjà couverts à 97 %, qui a été imposée à leurs employeurs en 2013 par les partenaires sociaux n'améliorera pas cette situation.

En outre, selon le rapport précité de la Cour des comptes, les 5 % des assurés ayant le RAC le plus élevé après remboursement par les AMC doivent régler plus de 1 300 € en moyenne sur leurs propres deniers.

Il en résulte, selon les enquêtes précitées du HCAAM, que 33 % des personnes sans couverture complémentaire, 14 % de celles ayant une complémentaire privée et 20 % de celles bénéficiant de la CMU-C ont renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ces taux de renoncement aux soins sont plus élevés en France que dans la plupart des autres pays.

Le graphique suivant présente le reste à charge après AMO et ce même reste à charge après déduction des remboursements des AMC et ajout des primes versées par les ménages aux AMC (le RAC après AMO et AMC).

En pourcentage du revenu, ce RAC après AMO et AMC est, sauf pour le premier décile du fait des aides publiques, toujours supérieur au RAC après AMO. En effet, les remboursements des AMC sont inférieures aux primes, ce qui résulte de leurs coûts de gestion et marges.



Source : DREES, données de 2012 ; FIPECO.

En outre, l'écart entre le RAC net après AMO et AMC et le RAC après AMO est nettement plus important pour les déciles 2 à 5 que pour les déciles les plus élevés, ce qui signifie que l'intervention des AMC accroît les inégalités.

Une étude publiée en avril 2017 montre que la solidarité à l'œuvre dans le système de soins passe exclusivement par l'AMO, notamment du fait de son financement quasi-proportionnel aux revenus et indépendant de la consommation de soins, et en rien par les AMC, même en tenant compte des aides publiques au paiement des primes⁶.

B) Un bouclier sanitaire serait une bonne solution à plusieurs problèmes

1) Les origines du bouclier sanitaire

Deux articles, le premier publié par [F. Ecalle](#) et le deuxième par P.L. Bras, E. Grass et O. Obrecht⁷, ont proposé en avril 2007 de plafonner les « restes à charge » des assurés, après AMO et avant AMC, en pourcentage de leur revenu s'agissant du premier article. En juin de la même année, le nouveau Haut-Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté, Martin Hirsch, a repris cette idée en suggérant de mettre en place un « bouclier sanitaire ».

Le gouvernement a alors demandé un rapport sur cette proposition, notamment sur son impact et ses conditions de mise en œuvre, à [R. Briet et B. Fragonard](#) dont les conclusions, présentées en septembre 2007, étaient favorables à sa mise en place. Ce projet s'est toutefois aussitôt heurté au lobbying des AMC et a été abandonné pour étendre leur champ d'intervention.

⁶ « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? » F. Jusot, R. Legal, A. Louvel, C. Pollack et A. Schmueli ; revue française d'économie, avril 2017.

⁷ « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge » P.L. Bras, E. Grass et O. Obrecht ; droit social ; avril 2007.

2) Les caractéristiques, très simples, du bouclier sanitaire

Les principes de construction d'un bouclier sanitaire seraient les suivants :

- les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels seraient remplacés par seulement un ticket modérateur à taux unique ;
- les dispositifs destinés à en atténuer les effets (ALD, panier « 100 % santé »...) seraient tous supprimés et remplacés par une seule disposition législative selon laquelle le RAC laissé par l'AMO sur une année (hors dépassements tarifaires) ne peut pas être supérieur à un certain pourcentage du revenu annuel du ménage de l'assuré⁸ ;
- si ce pourcentage du revenu était atteint à un moment de l'année, les dépenses de santé ultérieures seraient remboursées à 100 % du tarif de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre.

Le rapport de septembre 2007 de la mission sur le bouclier sanitaire a validé sa faisabilité technique, moyennant des ajustements des systèmes informatiques des caisses d'assurance maladie qui prendraient quelques mois.

Un tel dispositif existe dans plusieurs pays, notamment en Allemagne, en Belgique et en Suisse. Le plafonnement des RAC est soit en pourcentage du revenu (Allemagne et Belgique), soit en euros mais variable selon les tranches de revenu (Suisse).

3) Un dispositif plus juste

Le pourcentage des revenus au-delà duquel les soins seraient remboursés à 100 % pourrait être fixé, dans un premier temps, pour que le total des remboursements de l'AMO ne change pas. Les simulations, comme celles de la [direction générale du trésor](#), montrent qu'il serait compris entre 3 et 5 % du revenu.

Dans ces conditions, les ménages les plus modestes n'auraient plus à renoncer aux soins pour des raisons financières puisque leur RAC après remboursement de l'AMO ne dépasserait pas 3 à 5 % de leur revenu, alors qu'il est aujourd'hui en moyenne supérieur à 5 % pour les cinq premiers déciles.

Sa mise en place à dépenses constantes pour l'assurance maladie ferait des gagnants et des perdants, dans le sens d'une redistribution verticale des revenus.

Il ne s'agit pas pour autant de mettre les remboursements de l'assurance maladie sous condition de ressources. Tous les ménages continueraient à être remboursés, quels que soient leurs revenus. Les plus riches seraient seulement moins rapidement protégés par le bouclier.

Le problème posé par le développement excessif des dépassements tarifaires peut et doit être résolu par d'autres voies, notamment en régulant mieux les autorisations de dépassement et la

⁸ Ce revenu serait transmis par les services fiscaux aux caisses d'assurance maladie, comme ils le font déjà pour les caisses d'allocation familiales. La notion d'ayant-droit aux prestations d'assurance maladie devrait être harmonisée avec celle de membre d'un foyer fiscal. Les variations annuelles du revenu poseraient des problèmes analogues à ceux qu'elles posent pour attribuer les prestations familiales sous condition de ressource.

répartition spatiale des professionnels de santé qui en bénéficient. La mise en place du bouclier pourrait d'ailleurs contribuer à les réduire (cf. plus loin sur la maîtrise des dépenses).

4) Une restructuration des assurances complémentaires

Chacun étant assuré de ne pas avoir à payer plus de 3 à 5 % de son revenu pour sa santé, les assurances complémentaires auraient moins d'intérêt financier, sauf pour couvrir le coût des soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les dépassements de tarifs des professionnels, voire le reste à charge pour les ménages les plus riches. Des économies substantielles pourraient en résulter, au prix d'une restructuration du secteur de l'assurance complémentaire. C'est la raison de sa très forte opposition à la mise en place d'un bouclier sanitaire.

L'AMC s'est développée en France, bien plus que dans tous les autres pays, parce que l'AMO ne remplit pas sa mission de base qui est de permettre à chacun d'être soigné en fonction de ses besoins et non de ses revenus. Le bouclier sanitaire lui permettrait de remplir cette mission et réduirait l'intérêt des AMC.

5) Une maîtrise plus facile des dépenses publiques d'assurance maladie

Une fois le bouclier sanitaire mis en place, le taux des tickets modérateurs pourrait être relevé pour réduire les dépenses remboursées par l'AMO et le déficit de la sécurité sociale sans effets défavorables sur les ménages les plus modestes, ceux-ci étant désormais protégés contre les restes à charge excessifs.

Le pourcentage du revenu qui déclenche le bouclier sanitaire, avec remboursement à 100 %, pourrait également être augmenté dans le même but. Le Parlement déterminerait ainsi le montant maximal que chacun, en fonction de ses moyens, affecterait à ses dépenses de santé.

La part de l'AMO dans le financement des dépenses de santé, qui est de 78 % en 2017 diminuerait. Celle des AMC baisserait aussi. Celle des ménages (7 %) augmenterait, mais elle est la plus faible de l'Union européenne (16 % en moyenne) et les ménages les plus modestes seraient protégés contre cette hausse.

Le plafonnement du RAC en pourcentage du revenu pourrait ainsi être un outil de rééquilibrage automatique des comptes de l'assurance maladie obligatoire.

Les économies sur les dépenses publiques d'assurance maladie qui en résulteraient automatiquement pourrait être en partie utilisées pour financer un relèvement des tarifs de certains services de santé et réduire ainsi les dépassements.

Le bouclier sanitaire laisserait entière la question de l'efficacité, ou de l'inefficacité, des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie car ce n'est pas son objet. Les réformes actuellement nécessaires pour maîtriser ces dépenses le resteraient.

On pourrait craindre que le remboursement à 100 % au-delà du plafond de RAC favorise la consommation de soins inutiles. Toutefois, d'une part, les tickets modérateurs continueraient à avoir leur effet responsabilisant sur les ménages jusqu'au plafond et ces effets seraient d'ailleurs renforcés par la disparition des remboursements des AMC devenus inutiles ; d'autre part, les remboursements à 100 % existent déjà et le bouclier sanitaire ne ferait que changer

ses bénéficiaires. Au total, l'impact sur la consommation de biens et services de santé serait probablement limité.

Certains spécialistes de l'assurance maladie considèrent que la mise en avant de ses déficits favorise les réformes et que la possibilité d'un rééquilibrage automatique de ses comptes pourrait conduire à un relâchement des efforts. Cet argument était pertinent il y a vingt ans quand les déficits étaient exceptionnels mais ne l'est plus quand ils sont devenus systématiques et quand les acteurs du système de santé s'y sont habitués.