

## **Chapitre X**

### **La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale**

---

## PRESENTATION

---

*Une partie des dépenses de santé remboursables n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et reste donc à assumer par les assurés. La composante la plus ancienne de cette participation est le ticket modérateur, instauré en 1930.*

*Cette règle existe dans tous les pays d'Europe selon des modalités différentes<sup>302</sup> et s'accompagne de divers mécanismes de protection destinés à limiter son impact sur le revenu de certains ménages.*

*En France, ce principe général de participation s'accompagne ainsi d'un grand nombre d'exonérations ciblées sur des types d'actes ou sur des catégories spécifiques de personnes. Les plus connues sont celles qui bénéficient aux assurés en affection de longue durée (ALD).*

*Ces exonérations peuvent porter sur tout ou partie de la participation financière des assurés. Foisonnantes (une trentaine de motifs d'exonération pour le seul ticket modérateur), répondant à des logiques diverses, elles ne font pas toujours l'objet d'un suivi régulier et exhaustif.*

*La Cour a recensé les motifs d'exonération et les logiques qui les sous-tendent (I). Elle a ensuite cherché à évaluer le coût pour les régimes obligatoires de base de ces prises en charge, en principe intégrales sous réserve des dépassements d'honoraires et des dépenses non remboursables, qui ne sont pas compris dans le champ de l'enquête (II). Elle en a mesuré l'incidence sur le reste à charge des assurés et en a déduit des voies de réforme (III).*

---

## I - Un dispositif d'exonérations complexe

La situation actuelle en matière de restes à charge résulte d'une sédimentation historique. Au ticket modérateur, instauré en 1930, se sont progressivement ajoutés le forfait journalier hospitalier (en 1983), la participation forfaitaire de 1 € (en 2005), la participation forfaitaire de 18 € sur les actes lourds (en 2006) et les franchises (en 2008). Les dispositifs visant à atténuer les effets de ces mesures se sont parallèlement multipliés et sont devenus de plus en plus complexes.

---

302. Toutefois, dans certains pays, cette participation ne porte que sur certains segments de soins. Par exemple, en Grande-Bretagne, il n'existe pas de participation des assurés pour la médecine de ville et les soins hospitaliers. En revanche, il existe une participation pour les médicaments, les soins paramédicaux et les soins dentaires.

## **A – La multiplicité des motifs d'exonération**

### **1 – Les exonérations de ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 €**

#### **La participation de l'assuré aux soins de ville et hospitaliers**

Couramment appelée ticket modérateur, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature d'assurance maladie, créée par la loi du 30 avril 1930, concerne les frais de médecine, de soins dentaires, de biologie, de radiologie, de médicaments et de dispositifs médicaux, d'hospitalisation et de traitement par une structure hospitalière, de médicaments, de transport, de contraception, d'hébergement et de traitement en établissement pour enfants handicapés. Cette participation est le plus souvent proportionnelle aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Dans les établissements de santé, les assurés doivent s'acquitter d'un ticket modérateur de 20 % ou d'une participation forfaitaire de 18€ s'ils ont effectué un acte coûteux dont le montant est supérieur à 120 €.

L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale liste les cas ouvrant droit à la prise en charge du ticket modérateur par l'assurance maladie. Par ailleurs, la prise en charge intégrale des frais et traitements est également prévue, dans certains cas, au titre de l'assurance maternité et des accidents du travail/maladies professionnelles<sup>303</sup>.

La prise en charge intégrale des dépenses de santé par les régimes de base peut être justifiée soit par le coût de la prestation (a), soit par des considérations de santé publique ou de politique sociale (b), soit par la situation du bénéficiaire (c).

---

303. La notion de ticket modérateur n'existe pas pour les AT-MP et l'assurance maternité. Par conséquent, on parlera dans ce cas de prise en charge intégrale par les régimes de base plutôt que d'exonération de ticket modérateur.

Seuls les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur sont présentés ci-après<sup>304</sup>.

*a) Les exonérations liées au coût des prestations*

*Les affections de longue durée*

Créé en 1945, à une époque où la population n'était que très peu protégée par les couvertures complémentaires, le dispositif des ALD visait à permettre aux personnes les plus exposées à des maladies longues et coûteuses d'accéder aux soins en instituant une exonération de la participation financière des assurés.

Aux termes de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, un assuré ne peut être admis en ALD que s'il est atteint d'« affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». Toutefois, cette définition n'est plus que partiellement appliquée aujourd'hui. En effet, seule la durée garde aujourd'hui une définition réglementaire (six mois de traitement continu). Le coût ouvrant droit à une exonération n'est plus défini de façon directe depuis 1986. En contrepartie, le champ de l'exonération est, depuis cette date, limité aux seules dépenses en rapport direct avec la maladie exonérante, dans le cadre de l'ordonnancier bizonne.

L'admission en ALD est subordonnée à l'accord d'un médecin-conseil de l'assurance maladie. Les pathologies concernées, au nombre de 30, figurent sur une liste établie par décret<sup>305</sup>. Pour chaque ALD, des critères médicaux sont utilisés pour la définition des conditions requises

---

304. Le code de la sécurité sociale supprime le ticket modérateur dans beaucoup d'autres cas : les forfaits techniques des scanners et IRM ; les IVG subies par les mineures non émancipées ; les frais de dérangement des pharmaciens et les copies d'ordonnance ; les séjours dans les centres de lutte contre le cancer, les maisons de santé chirurgicales, obstétrico-chirurgicales et médicales, les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons de repos et de convalescence ; l'acquisition, la réparation et le renouvellement des produits de grand appareillage ; certains frais de transport ; les frais d'hébergement et de traitement remboursables des enfants et adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle ainsi que les frais de traitement concourant à cette éducation dispensés en dehors de ces établissements ; les frais d'hébergement dans les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les soins dispensés dans les centres de cure ambulatoire ayant pour objet la prévention et le traitement de l'alcoolisme ; les frais de diagnostic et de traitement de la stérilité. Le nombre d'assurés concernés par ces exonérations et la charge que celles-ci représentent pour l'assurance maladie ne sont pas connus.

305. Les ALD les plus représentées dans la population sont le cancer, les diabètes, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques.

pour être admis au bénéfice du dispositif. Ces critères sont de nature réglementaire et donc opposables. Toutefois, l'affection n'est pas obligatoirement prédéfinie puisque peuvent aussi ouvrir droit à l'exonération de ticket modérateur des affections « hors liste », pour lesquelles les médecins conseils estiment qu'il s'agit de troubles graves et dont la prise en charge est longue et coûteuse :

- la « 31<sup>ème</sup> maladie » ou ALD 31 recouvre tous les cas où « le malade est atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave (...) pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois ». La 31<sup>ème</sup> maladie concerne 7 % des admissions ;
- la « 32<sup>ème</sup> maladie » ou ALD 32 vise la situation où « le malade est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois sont nécessaires » : elle concerne 2 % des admissions.

L'admission en ALD est, théoriquement, valable pour une durée déterminée. En 2007, seules 2,3 % des demandes de renouvellement avaient fait l'objet d'un avis défavorable des médecins conseils.

L'incidence et la prévalence des ALD sont en forte augmentation. Au 31 décembre 2009, le régime général comptait 8,6 millions de personnes en ALD, soit 15 % de sa population (contre 12 % en 2004 et 13,6 % en 2006). S'il n'existe pas de données tous régimes, ce qui constitue une lacune importante dans l'évaluation de ce dispositif, on peut estimer qu'au total, un peu moins de dix millions de personnes sont actuellement en ALD. Cette croissance des effectifs, qui va se poursuivre, est pour 60 % due à une augmentation de la prévalence des ALD à âge donné, les évolutions démographiques -vieillessement et augmentation de la population- comptant pour 40 %.

#### *Les hospitalisations longues*

Les frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation consécutif sont exonérés de ticket modérateur, à l'exception des dépenses relatives aux médicaments à vignette bleue (c'est-à-dire remboursés à 30 % par l'assurance maladie).

Le RALFSS 2002 avait mis en évidence l'obsolescence de cette règle qui date de 1955. En effet, le délai théorique de 30 jours n'est plus guère atteint aujourd'hui en maternité, chirurgie et obstétrique (MCO) sauf si l'hospitalisation est suivie d'un séjour en établissement de convalescence, un cumul des temps de séjours étant autorisé. En revanche, la durée moyenne de séjour était de 30 jours en 2006 en psychiatrie. Cette règle ancienne devrait être ainsi reconsidérée dans le

cadre d'une réforme globale de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation (cf. infra, partie III).

### *Les médicaments coûteux*

La participation de l'assuré est supprimée pour trois catégories de médicaments : les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », les médicaments inscrits sur la liste des médicaments rétrocédables<sup>306</sup>, les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux » figurent sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission de la transparence (HAS). Dans les faits, celle-ci ne propose que très rarement un remboursement à 100 %<sup>307</sup>. L'UNCAM suit généralement l'avis de la commission et recommande ainsi de rembourser ces médicaments à 65 %. Pour autant, la décision ministérielle qui fait suite à cette recommandation peut leur attribuer un remboursement à 100 %. Les raisons qui conduisent à s'écarter de l'avis de la commission de la transparence sont peu claires, faute de disposer d'une définition précise de ce qu'est un médicament « irremplaçable et particulièrement onéreux ». Fin 2010, 497 spécialités « irremplaçables et particulièrement coûteuses » figuraient dans la base tarifaire de la CNAMTS. Le prix moyen de ces médicaments était de 404 €, avec un maximum de 11 930 €. Mais sur ces 497 spécialités, 44 avaient un prix inférieur à 10 € et 96 un prix inférieur à 30 €.

Parmi les médicaments rétrocedés, seuls les médicaments en ATU sont obligatoirement remboursés à 100 %<sup>308</sup>. En pratique, la plupart des médicaments rétrocedés sont toutefois remboursés à 100 %, pour un montant de 1,45 Md€ en 2009. Mais un nombre très limité de médicaments rétrocedés sont remboursés à 65 % (61 M€ pour le régime général) et de manière encore plus marginale à 30 % (72 000 € pour le régime général). Fin 2010, la base tarifaire de la CNAMTS comprenait 762 spécialités rétrocedées et remboursées à 100 %.

---

306. Les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments inscrits sur une liste positive, dite « liste de rétrocession » (prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique), qu'ils soient disponibles ou non en officine.

307. Jusqu'à présent, elle ne l'a fait que pour les médicaments relatifs à la prise en charge du VIH.

308. Cf. chapitre IV – La maîtrise des dépenses de médicaments, p. 140.

Les médicaments remboursés à 100 % et les médicaments rétrocedés à 100 % sont ceux qui enregistrent les plus fortes dynamiques. Alors qu'en moyenne, les médicaments dans le champ de l'ONDAM ville ont vu leurs remboursements théoriques (c'est-à-dire le montant des remboursements qui serait observé si aucun assuré n'était en ALD) croître de 3,3 % en 2009, cette progression a atteint 10,1 % pour les médicaments remboursés à 100 % et 11,5 % pour les médicaments rétrocedés à 100 %. Ces deux catégories représentaient 22 % du total des remboursements théoriques en 2009, contre 19 % en 2007.

*b) Les exonérations liées à des considérations de santé publique*

*Les frais de dépistage des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C*

Le dépistage du VIH/SIDA et de l'infection par le virus de l'hépatite C peut s'effectuer dans des structures dédiées<sup>309</sup> mais aussi en laboratoire de ville, à l'hôpital, dans les centres d'examen de santé et dans les services de protection maternelle et infantile (PMI).

Lorsque le dépistage de ces deux infections est effectué en laboratoire de ville, les dépenses exposées sont exonérées de ticket modérateur. Les remboursements du régime général<sup>310</sup> au titre du dépistage du VIH en ville s'élevaient à environ 51 M€ en 2008 tandis que ceux relatifs au dépistage de l'hépatite C en ville étaient de 39 M€.

*Les programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables*

Les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables figurant sur un arrêté sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Actuellement, il existe deux programmes de dépistage organisé : le dépistage du cancer du sein, généralisé en 2004 et le dépistage du cancer colorectal, généralisé en 2009. En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, le test remis par le médecin traitant ainsi que l'analyse du test en laboratoire agréé sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En revanche, si une coloscopie est prescrite, elle est prise en charge au taux habituel : un montant de 18 € reste à la charge de l'assuré.

---

309. Consultations de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.

310. Hors sections locales mutualistes.

Dans des recommandations rendues publiques le 15 novembre 2010, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé la mise en place au niveau national d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, soit 17,5 millions de personnes.

#### *Les consultations de prévention destinées aux mineurs*

Les enfants de moins de six ans bénéficient de 20 consultations théoriquement obligatoires<sup>311</sup> et entièrement prises en charge par l'assurance maladie. Ces examens peuvent être réalisés dans le cadre de la médecine de ville, d'une consultation dépendant du service départemental de PMI ou de la médecine hospitalière et, principalement en ce qui concerne le premier examen, à la maternité.

Dans le cadre de la médecine de ville, la prise en charge intégrale de ces consultations de prévention par l'assurance maladie a été remise en cause par la création de majorations au bénéfice des médecins généralistes et des pédiatres les réalisant. Parmi ces majorations, seul le forfait pédiatrique, qui s'applique aux consultations ou aux visites effectuées au 8<sup>ème</sup> jour, aux 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois, est exonéré du ticket modérateur. Son coût est estimé à 26,5 M€ en 2009 pour le régime général.

Par ailleurs, le code de la santé publique prévoit la réalisation d'un bilan de santé pour les enfants de 3-4 ans à l'école maternelle par les médecins de PMI. Cet âge a été jugé pertinent pour le dépistage des troubles visuels ou auditifs, des problèmes de poids, des retards de langage ou des troubles des apprentissages. Il permet par ailleurs la détection des situations de maltraitance.

Enfin, l'article L. 541-1 du code de l'éducation a institué une visite obligatoire au cours de la sixième année de l'enfant, qui est en grande partie réalisée dans le milieu scolaire.

Les différents dispositifs de consultations de prévention prévus pour les mineurs semblent de fait mal articulés entre eux, notamment en ce qui concerne les champs de compétence respectifs de la PMI, de la médecine scolaire et de la médecine de ville.

Quant à la participation des enfants, elle reste faible et insuffisamment connue. S'agissant des vingt consultations destinées aux enfants de moins de 6 ans, les données statistiques disponibles concernent uniquement celles donnant lieu à un certificat de santé : 88 % pour le

---

311. Sur ces 20 examens, trois (8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois et 24<sup>ème</sup> mois) donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Jusqu'en 2005, le fait de ne pas avoir passé un de ces trois examens pouvait, dans les textes, exposer à une sanction sous forme de baisse des allocations familiales.

certificat du 8<sup>ème</sup> jour et 50 % pour les examens du 9<sup>ème</sup> mois et du 24<sup>ème</sup> mois. Les données statistiques sur les caractéristiques des enfants ayant bénéficié de ces consultations ne sont pas exploitées. En ce qui concerne le bilan de santé des enfants de 3-4 ans, les statistiques annuelles de la DREES font état d'un taux de réalisation de 66 % pour l'année 2008. Il n'existe pas de données plus récentes. Pour cet examen, les conseils généraux qui gèrent les PMI ne bénéficient pas d'un remboursement de l'assurance maladie, à la différence des vingt examens de prévention mentionnés ci-dessus. Quant au bilan de santé de la sixième année, il n'est réalisé qu'à 65 %.

Le coût de ces dispositifs pour l'assurance maladie et les autres acteurs n'est pas connu.

Enfin, plusieurs consultations instituées par le législateur n'ont pas été mises en œuvre, leur utilité ayant été ultérieurement remise en cause. C'est le cas des visites médicales prévues pour les enfants de 9, 12 et 15 ans prévues par la loi du 5 mars 2007, de l'entretien personnalisé en classe de cinquième prévu par la LFSS pour 2005 et de la consultation annuelle destinée aux jeunes de 16-25 ans prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009.

#### *Les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire*

L'examen bucco-dentaire, connu du grand public sous l'appellation « M'T Dents », a été substitué en 2007 à l'ancien dispositif « Bilan bucco dentaire » lancé en 1997. Initialement prévu pour les enfants âgés de 6 et 12 ans, il a été étendu à l'issue des négociations conventionnelles à ceux de 9, 15 et 18 ans.

Le dispositif comprend une consultation de prévention dentaire (examen bucco-dentaire et conseils d'éducation sanitaire). Cette consultation est intégralement prise en charge par l'assurance maladie et bénéficie du tiers payant. Si nécessaire, des radiographies intrabuccales et des soins peuvent également être pris en charge à 100 %. Les soins ne peuvent faire l'objet de dépassements d'honoraires mais ne bénéficient pas du tiers payant, à l'exception des soins des enfants de 6 et 12 ans, âges où les rendez-vous sont théoriquement obligatoires.

Le taux de participation a atteint 32,2 % en 2009. Même s'il n'est pas directement comparable, ce résultat est supérieur de 10 points à l'ancien dispositif pour lequel les taux de participation étaient souvent

inférieurs à 20 %. Il reste toutefois trop faible au regard des besoins constatés<sup>312</sup>.

*c) Les exonérations liées à la situation des bénéficiaires*

*Les invalides*

En 2009, 602 300 personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité dans le régime général. Les affections psychiatriques et les maladies du système ostéo-articulaire représentent les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité.

Les titulaires d'une pension d'invalidité disposent d'une prise en charge intégrale des frais engagés pour eux-mêmes. Cette exonération continue de s'appliquer même si la pension est suspendue et ne cesse qu'un an après la suppression de la pension. Elle a été étendue aux personnes titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité<sup>313</sup> ; aux titulaires d'une pension de réversion, âgés de 55 à 60 ans, atteints d'une invalidité permanente et remplissant les conditions d'obtention d'une pension d'invalidité et aux titulaires d'une pension d'invalidité, âgés de plus de 60 ans, qui continuent d'exercer une activité professionnelle et ont refusé temporairement la transformation de leur pension d'invalidité en pension vieillesse.

L'exonération de ticket modérateur prévue dans le cadre de l'invalidité s'applique à tous les soins et traitements, à l'exception des médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 30 %. Ce dispositif est donc plus généreux que celui des ALD, dans lequel seuls les soins et traitements en rapport avec la pathologie exonérante bénéficient d'une exonération de ticket modérateur. Or, d'après la CNAMTS, en 2009, près de 64 % des personnes en invalidité étaient également en ALD.

---

312. Ce pourcentage est sous-estimé en raison d'une codification non systématique de cet acte par certains chirurgiens-dentistes, et par le fait que les services hospitaliers de consultations externes ne le codent pas encore. Cf. chapitre XIII du RALFSS 2010 sur les soins dentaires, p. 326 et suivantes.

313. D'après des données de la CNAMTS transmises à la DSS à l'été 2010, cette exonération coûterait 350 M€ par an à l'assurance maladie.

### *Les femmes enceintes*

Les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge très étendue, surtout à compter du sixième mois de grossesse<sup>314</sup>.

Toutefois, cette prise en charge est marquée par de nombreuses incohérences. D'une part, certains examens pourtant jugés indispensables à la surveillance de la grossesse, comme les échographies du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> trimestre, ne sont pas pris en charge à 100 %. A contrario, la prise en charge intégrale apparaît peu voire pas du tout justifiée dans un certain nombre de cas (prise en charge de l'ensemble des frais médicaux, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse ; prise en charge de huit séances de préparation à l'accouchement, ce qui semble excessif notamment pour les femmes ayant déjà accouché).

Le coût pour l'assurance maternité et l'assurance maladie des prises en charge intégrales prévues pour les femmes enceintes n'est pas connu dans le détail.

Par ailleurs, l'important dispositif d'exonérations dont bénéficient les femmes enceintes ne suffit pas à garantir un suivi de la grossesse satisfaisant pour les femmes en situation de précarité.<sup>315</sup>

### *Les nouveau-nés*

Les nouveau-nés bénéficient d'une exonération de ticket modérateur 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.

---

314. L'assurance maternité prend intégralement en charge (y compris la participation forfaitaire de 1 € et le forfait hospitalier), dans la limite des tarifs de base de l'assurance maladie, les huit consultations prénatales obligatoires ainsi que les examens complémentaires (recherche de groupe sanguin, sérologies) ; l'examen médical du futur père ; pour les femmes présentant un risque particulier, le caryotype fœtal et l'amniocentèse ; huit séances de préparation à la naissance ; l'interruption non volontaire de grossesse ou l'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique ; à compter du sixième mois de grossesse, l'ensemble des actes, produits et examens, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse ; la consultation obligatoire postnatale et deux séances de suivi postnatal ; dix séances de rééducation périnéale.

315. Cf. Cour des comptes, rapport public annuel 2006, la politique de périnatalité, p. 365 et suivantes.

### *Les pensionnés militaires d'invalidité*

L'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre dispose que « l'État doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité (...) les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension ». Par ailleurs, les prestations sans rapport avec la blessure ou la maladie sont également exonérées de ticket modérateur. Elles sont à la charge de l'assurance maladie<sup>316</sup>.

Au 31 décembre 2009, le nombre de « bénéficiaires actifs » était de 80 063, soit environ le tiers des bénéficiaires potentiels<sup>317</sup>.

D'après les chiffrages transmis par la CNAMTS, le coût pour l'assurance maladie de l'exonération de ticket modérateur pour les prestations sans rapport avec la blessure ou la maladie des titulaires d'une pension militaire d'invalidité serait de 87 M€.

En ce qui concerne l'Etat, les crédits consommés se sont élevés à 62,5 M€ en 2009, avec un coût moyen annuel par bénéficiaire de 814 €. Pour 2011, la dotation des soins médicaux gratuits (55,5 M€) est en diminution de 11,85 M€ par rapport à 2010.

#### **Les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

La branche AT-MP constitue une branche indépendante de l'assurance maladie et ne ressort donc pas directement du champ de cette enquête. Toutefois, compte tenu du nombre important de bénéficiaires concernés par la prise en charge intégrale des dépenses de santé et de son impact financier, il a paru utile de mentionner ce dispositif à titre d'information.

Les personnes prises en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient d'une prise en charge intégrale des actes, soins et traitements en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ainsi que d'une dispense d'avance de frais.

Par ailleurs, les personnes titulaires d'une rente d'accident du travail-maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66,6 % ainsi que leurs ayants droit sont pris en charge à 100 %, y compris pour les soins et traitements sans rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle. Cette exonération ne s'applique toutefois pas aux médicaments à vignette bleue.

316. Articles L. 371-6 et L. 613-14 du code de la sécurité sociale.

317. Source : projet annuel de performances 2011, programme 169 : Mémoire, reconnaissance et réparation en faveur du monde combattant, sous-action 21.

Le nombre de bénéficiaires de ces exonérations ainsi que la charge qui en résulte pour les régimes de base ne sont pas suivis. D'après les données fournies par la CNAMTS, la charge pour la branche AT-MP de l'exonération de ticket modérateur représenterait 218 M€ Il faudrait ajouter à cette somme le coût de l'exonération de ticket modérateur pour les accidentés du travail ayant une incapacité physique permanente d'au moins 66,6 %, estimé à 35 M€ par la CNAMTS.

## 2 – Les exonérations de forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité pour les patients suivants :

- les bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- les patientes hospitalisées pour interruption de grossesse thérapeutique ou fausse couche ;
- les enfants nouveau-nés, hospitalisés pendant les 30 jours suivant leur naissance ;
- les enfants prématurés hospitalisés dans un centre ou un service spécialisé agréé ;
- les bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit et quel que soit le motif de l'hospitalisation ;
- les enfants et adolescents handicapés hébergés en structure médico-éducative dispensant, à titre principal, une éducation spéciale ou professionnelle, ou dont l'hospitalisation est en rapport avec le handicap<sup>318</sup> ;
- les donneurs d'éléments et produits du corps humain.

Dans le RALFSS 2002, la Cour avait souligné qu'il n'existait aucune statistique sur le nombre et les causes d'exonération du forfait journalier. Aucun progrès n'a été réalisé.

Des données existent en revanche sur le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation concernées. Toutefois, elles ne sont disponibles que pour les établissements anciennement sous dotation globale et pour le champ MCO. Pour les établissements psychiatriques, les services de soins

---

318. Les enfants et adolescents hébergés dans d'autres catégories d'établissements médico-sociaux ne bénéficient pas d'une prise en charge du forfait journalier par les régimes obligatoires d'assurance maladie (pouponnières, rééducation fonctionnelle, établissements psychiatriques).

de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements privés, on ne connaît pas le pourcentage de séjours ou journées exonérés du FJH.

En 2009, 44,6 millions de journées d'hospitalisation étaient soumises au FJH<sup>319</sup>. 86 % d'entre elles<sup>320</sup> ont donné lieu à une prise en charge du FJH par l'assuré et 14 % par les régimes obligatoires de base. Sur les 36,6 millions de journées ayant donné lieu à un paiement du FJH par l'assuré, 30,3 millions concernent des patients exonérés du ticket modérateur. Ainsi, 17 % des journées devraient conduire à la fois au paiement du FJH et à celui du ticket modérateur, les assurés ne payant en définitive que le plus élevé des deux.

### **3 – Les exonérations de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises**

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'ensemble des consultations et des actes médicaux. Par ailleurs, l'article 52 de la LFSS pour 2008 a instauré une franchise annuelle sur certaines prestations et produits de santé : médicaments (0,50 € par boîte), actes paramédicaux (0,50 € par acte) et transports sanitaires (2 €). Ces deux participations sont chacune soumises à un double plafond : un plafond annuel de 50 € et un plafond journalier<sup>321</sup>.

Seules quelques catégories d'assurés sont exonérées de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises : les ayants droit mineurs de l'assuré, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), les bénéficiaires de l'assurance maternité, les pensionnés militaires d'invalidité pour les seules prestations médicales nécessitées par les blessures ou maladies qui ouvrent droit à la pension.

Au total, le nombre de personnes ainsi exonérées dans l'ensemble des régimes représente 29 % de la population, soit près de 19 millions de personnes.

---

319. Données MCO des établissements anciennement sous dotation globale. Les autres journées ne sont pas soumises au FJH parce qu'elles concernent des séjours d'une durée inférieure à une nuit. Tous les résumés de sortie anonymisés ont été pris en compte à l'exception de ceux comportant des GHM en erreur ou n'ayant pas été « chaînés » avec la base de facturation. Globalement, les données concernent 89 % des séjours.

320. Les journées pour lesquelles le code d'exonération n'est pas connu ne sont pas prises en compte.

321. S'agissant des franchises, le plafond journalier n'existe que pour les actes paramédicaux (2€) et les transports sanitaires (4€). S'agissant de la participation forfaitaire, le plafond journalier est de 4€.

## **B – Des règles parfois incohérentes**

Le dispositif actuel d'exonérations résulte d'une stratification progressive de mesures prises isolément sans véritable évaluation de leur pertinence et de leur cohérence.

### **1 – Le périmètre des prises en charge intégrale**

Depuis la création des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €, les catégories de populations disposant véritablement d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé par l'assurance maladie sont très réduites puisqu'elles se limitent exclusivement aux nouveau-nés hospitalisés et aux femmes enceintes à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Les autres catégories bénéficient d'exonérations portant uniquement sur certaines composantes de la participation financière, sans que les raisons de ces différences soient toujours apparentes.

Par exemple, les invalides bénéficient d'une exonération générale de ticket modérateur et de la participation forfaitaire à 18 € alors qu'ils ne bénéficient d'aucune exonération pour le FJH.

De même, les enfants de moins de 18 ans sont exonérés de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises alors qu'ils ne bénéficient d'aucune autre exonération.

Enfin, la limite d'âge pour bénéficier de l'exonération est fixée à 16 ans pour le parcours de soins et à 18 ans pour les franchises et la participation forfaitaire d'un euro.

Par ailleurs, le périmètre des prises en charge est très variable, là encore sans que les justifications n'en apparaissent clairement.

Ainsi, alors que pour les patients en ALD et les victimes d'AT-MP, l'exonération de ticket modérateur et de la participation forfaitaire de 18 € est limitée aux seuls soins et actes en rapport avec la pathologie, cette exonération est étendue à la totalité des dépenses remboursables non seulement pour les femmes enceintes à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et pour les titulaires d'une rente AT-MP avec incapacité permanente d'au moins deux tiers, mais aussi pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension militaire d'invalidité.

Alors que l'exonération de FJH est limitée aux seules hospitalisations en rapport avec la pathologie exonérante pour les victimes d'AT-MP et les titulaires d'une pension militaire d'invalidité, elle est générale pour les femmes enceintes à compter du 6<sup>ème</sup> mois de

grossesse et pour les titulaires d'une rente AT-MP avec incapacité permanente d'au moins deux tiers.

L'exonération de ticket modérateur est étendue aux ayants droit des victimes d'AT-MP, à la différence des invalides et des titulaires d'une pension militaire d'invalidité, sans justification particulière si ce n'est celle relevant d'une logique de « compensation ».

Le tableau synthétique ci-dessous rend compte de cette absence de lisibilité des motifs d'exonérations.

### Principaux motifs d'exonérations

Motif d'exonération	Ticket modérateur et PF 18 €	Forfait journalier hospitalier	PF 1 € et franchises	Vignettes bleues
Femmes enceintes à compter du 6 <sup>ème</sup> mois de grossesse	Exonération	Exonération	Exonération	
Patients en affection de longue durée (ALD)	Exonération partielle			Exonération partielle
Victimes AT MP	Exonération partielle	Exonération partielle		
ATMP avec incapacité permanente d'au moins 2/3	Exonération.	Exonération		
Bénéficiaires d'une pension d'invalidité	Exonération			
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération
Mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	Exonération	Exonération	Exonération	
Mineurs de 0 à 16 ans			Exonération	
Mineurs de plus de 16 ans			Exonération	
Mineurs hébergés dans un établissement d'éducation spéciale	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération partielle
Hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours	Exonération			
Enfants et adolescents mineurs victimes de sévices sexuels	Exonération partielle			
Personnes prises en charge au titre du diagnostic et du traitement de la stérilité	Exonération partielle			

Source : Cour des comptes. « Exonération partielle » signifie que l'exonération est limitée aux seules dépenses directement rattachées à la pathologie exonérante.

## **2 – Les médicaments à vignette bleue**

Selon les motifs d'exonération du ticket modérateur, les médicaments à vignette bleue sont tantôt inclus tantôt exclus du périmètre d'exonération.

En 2008, dans le cadre d'un plan de redressement des comptes de l'assurance maladie, la CNAMTS avait proposé de supprimer la prise en charge intégrale des médicaments à vignette bleue pour les patients en ALD, pour une économie attendue de 250 M€. Cette proposition n'a pas été retenue.

Le coût de l'exonération de ticket modérateur portant sur les médicaments à vignette bleue pour les autres catégories de population concernées n'est pas connu.

## **3 – L'absence d'avance de frais**

La suppression de la participation des assurés s'accompagne, dans quelques dispositifs, d'une dispense d'avance de frais. C'est le cas de certains actes relatifs au dépistage, comme les examens réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ou de l'examen buccodentaire (sauf pour les soins consécutifs aux examens réalisés à 9, 15 et 18 ans).

A l'inverse, d'autres prises en charge intégrale ne sont pas couplées à une dispense d'avance de frais : c'est le cas des consultations et examens pratiqués dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal mais aussi des consultations individuelles de prévention destinées aux mineurs et pratiquées en ville ou des actes relatifs à la surveillance de la grossesse.

## **II - Un coût insuffisamment connu**

Le surcroît de dépenses, pour l'assurance maladie obligatoire, occasionné par les différentes exonérations ciblées est insuffisamment connu, soit que les données existantes ne soient pas exploitées de manière régulière (exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville), soit que les données soient inexistantes (exonérations de ticket modérateur hospitalier et de forfait journalier hospitalier, exonérations de franchises et de participation forfaitaire de un euro).

Une première estimation faite par la CNAMTS à la demande de la Cour souligne pourtant les enjeux financiers en cause : le surcroît de

dépenses occasionné par les seules exonérations de ticket modérateur pour les soins dispensés en ville dépasserait 10 milliards d'euros en 2009.

## **A – La méconnaissance générale du coût des exonérations**

### **1 – L'absence de suivi, en routine, des exonérations de ticket modérateur**

L'évaluation de la charge pour l'assurance maladie résultant des exonérations de ticket modérateur suppose le rassemblement de plusieurs catégories de données statistiques qui ne font pas l'objet, aujourd'hui, d'un suivi régulier.

Il s'agit en effet, dans un premier temps, d'identifier, pour chacun des motifs d'exonération de ticket modérateur, les dépenses remboursées aux personnes bénéficiant d'une exonération. Or, cette information n'est connue en routine que pour quelques motifs d'exonération, notamment les ALD.

Il convient ensuite de déterminer le coût brut de l'exonération, c'est-à-dire le surcroît de dépenses pour les régimes d'assurance maladie occasionné par les exonérations. Ce coût est obtenu en faisant la différence entre les dépenses remboursées aux personnes bénéficiant d'une exonération et les dépenses qui leur auraient été de toute façon remboursées dans le cas où aucun motif d'exonération ne serait en rapport avec la prestation. Ces données ne sont toutefois pas disponibles en continu.

La détermination du coût net des différentes exonérations suppose enfin de supprimer les doubles comptes liés au fait qu'un même assuré peut bénéficier de plusieurs motifs d'exonération. Ainsi, pour ces assurés, la suppression d'un motif d'exonération entraîne un effet de report vers les autres motifs d'exonération.

Si ces données de coût ne sont pas régulièrement suivies, la CNAMTS est toutefois en mesure, ponctuellement, de les produire, comme elle l'a fait dans le cadre de l'enquête de la Cour (cf. partie B.). La situation est différente en ce qui concerne les exonérations à l'hôpital, pour lesquelles les données de base sont manquantes.

### **2 – L'absence de données sur les exonérations à l'hôpital**

Les données hospitalières ne permettent pas de connaître l'impact financier des différents motifs d'exonération de ticket modérateur, de participation forfaitaire de 18 € et de forfait journalier hospitalier.

L'absence de données relatives aux exonérations de FJH dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), établissements psychiatriques et établissements privés empêche de connaître avec précision le coût global induit par les exonérations du FJH. Elle fragilise également les estimations qui peuvent être faites du rendement d'une augmentation du FJH.

En ce qui concerne les exonérations de ticket modérateur, des données existent sous une forme agrégée, motif par motif, au sein de l'outil Vidhsop, produit par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais seule la mise en œuvre effective de la facturation directe et individuelle permettra de disposer de données individuelles. De fait, selon la CNAMTS, « les informations de séjour qui remontent dans [ses] bases de données (nombre de journées et tarifs des prestations qui servent au calcul du ticket modérateur) sont très incomplètes ».

### **3 – L'absence de données sur le coût des exonérations des franchises et de la participation forfaitaire d'un euro**

En ce qui concerne les franchises, les exonérations portaient en 2009 pour les trois régimes principaux (CNAMTS, RSI et MSA) sur un montant d'actes de 6,13 Md€, à comparer à un montant total d'actes entrant dans le champ de la franchise de 30,82 Md€.

Toutefois, le surcroît de dépenses, pour l'assurance maladie, occasionné par les exonérations relatives à la participation forfaitaire de 1 € et aux franchises n'est pas connu.

### **4 – L'exemple des affections de longue durée (ALD)**

#### *a) Les indicateurs disponibles*

Les seuls indicateurs disponibles concernant le coût des ALD, inscrits dans le programme de qualité et d'efficacité maladie, sont les dépenses remboursées en rapport avec les ALD. Celles-ci sont en forte progression (+8,5 % par an moyenne depuis 2002) et atteignent environ 78 Md€ en 2009 (indicateur inscrit dans le programme de qualité et d'efficacité maladie 2011<sup>322</sup>). La croissance de ces dépenses est due bien

---

322. Cet indicateur, issu des comptes de la santé établis par la DREES, est calculé à partir de la consommation des soins et biens médicaux. Il n'intègre ni les dépenses des personnes en ALD en unités de soins de longue durée privées, ni leurs indemnités journalières (2,4 Md€ en 2009 pour le régime général), ni leurs dépenses médico-sociales (9,3 Md€ en 2009 pour le régime général).

davantage à une augmentation rapide du nombre des assurés en ALD qu'à une élévation du coût des soins.

Toutefois, les dépenses remboursées ne sont pas représentatives du coût du dispositif. En effet, une partie de ces dépenses aurait de toute façon été remboursée même si les assurés n'étaient pas en ALD. L'évaluation du coût effectif suppose de fait de faire la différence entre les dépenses remboursées aux patients en ALD et les dépenses qui leur auraient été remboursées en l'absence du dispositif.

Or, paradoxalement, alors que le coût du dispositif ALD revient constamment dans le débat public, il n'existe aucun indicateur de coût disponible en continu en dehors du montant global des dépenses remboursées en rapport avec l'ALD.

#### *b) La régulation des dépenses*

Deux dispositions destinées à mieux réguler les dépenses d'assurance maladie restent aujourd'hui inappliquées. En premier lieu, sur le plan législatif<sup>323</sup>, l'admission au bénéfice de l'ALD ne suppose pas obligatoirement une prise en charge à 100 % de tous les soins afférents. C'est une disposition réglementaire qui prévoit l'exonération totale de ticket modérateur (article R. 322-5). En second lieu, la loi du 13 août 2004 (dernier alinéa de l'article L. 322-3) prévoit qu'un décret pris sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute autorité de santé (HAS), peut réserver la limitation ou la suppression du ticket modérateur au titre des ALD aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. Cette disposition n'a pas été appliquée.<sup>324</sup>

La nécessaire régulation de la forte dynamique des dépenses liées au dispositif des ALD suppose, d'une part, de concilier des problématiques d'ordre social et des préoccupations de qualité des soins avec, d'autre part, la prise en compte de l'importance du déficit de l'assurance maladie.

---

323. L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale dispose que « la participation peut être proportionnelle [...] ou fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins. »

324. D'après la CNAMTS, cette mesure n'est pas applicable car « si les personnes exonérées au titre d'une ALD relèvent, comme tous les assurés, du cadre du parcours de soins coordonnés, leur protocole de soins peut mentionner un accès direct à certains professionnels de santé du fait de leur pathologie ».

A cet égard, les mesures prises en application des LFSS pour 2010<sup>325</sup> et pour 2011<sup>326</sup> restent insuffisantes, qu'il s'agisse de la prise en charge des prestations de transport de ces assurés ou de la sortie de l'hypertension artérielle isolée de la liste des ALD.

## **B – Une première estimation du coût des exonérations de ticket modérateur pour les soins de ville**

### **1 – Le montant important des dépenses exonérées**

Entre 2004 et 2008, le total des remboursements des soins de ville hors prestations en espèces a crû de 2,8 % par an, pour atteindre 48,6 Md€ (régime général). Les remboursements de soins de ville exonérés de ticket modérateur atteignaient 28,1 Md€ en 2006, avec un taux de croissance annuel moyen de 3,1 % entre 2004 et 2008. Au total, les dépenses exonérées de ticket modérateur représentaient 57,8 % du total des remboursements de soins de ville en 2008, contre 57,0 % en 2004.

### **Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ville hors prestations en espèces (régime général)**

	<i>En Md€</i>					
	2004	2005	2006	2007	2008	TCAM 2004/2008
Total des remboursements des soins de ville	43,6	43,8	45,3	47,6	48,6	+2,8 %
Avec ticket modérateur	18,7	19,2	19,5	20,2	20,5	+2,3 %
Sans ticket modérateur	24,8	24,6	25,8	27,4	28,1	+3,1 %
Pourcentage des remboursements non soumis au TM dans l'ensemble des remboursements	57,0	56,1	57,0	57,6	57,8	

*TCAM : taux de croissance annuel moyen*

*Source : CNAMTS, statistiques mensuelles, risques maladie, maternité et AT*

### **2 – Un coût global d'environ 10 Md€ pour les seuls soins de ville**

La CNAMTS a effectué, à la demande de la Cour, un travail statistique ad hoc afin de fournir, pour chacun des motifs d'exonération, une estimation de la dépense de ville remboursable faisant l'objet d'une

325. Exonération des actes médicaux et des examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie de l'ALD.

326. Fin de la prise en charge systématique des frais de transports (économie attendue de 20 M€), limitation du remboursement des bandelettes d'autotest de glycémie pour les diabétiques non insulino-dépendants (35 M€), sortie de la liste des ALD de l'hypertension artérielle isolée pour les nouveaux malades (15 M€).

exonération à ce titre, le nombre de bénéficiaires concernés ainsi que le montant du ticket modérateur exonéré correspondant.

D'après ces travaux, portant sur 2009, le coût brut de ces exonérations, c'est-à-dire le montant du ticket modérateur exonéré, serait de l'ordre de 10 Md€, dont plus de 80 % pour les ALD (8,2Md€). Les autres postes les plus importants sont les dépenses de titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse substituée (804 M€), les dépenses prises en charge au titre du risque maternité (277,5 M€) et celles prises en charge au titre du risque AT-MP (218,7 M€)<sup>327</sup>.

L'écart particulièrement important entre l'estimation du coût brut du dispositif ALD produite par la CNAMTS (8,2 Md€ pour les soins de ville) et l'indicateur du programme de qualité et d'efficience relatif aux ALD (dépenses remboursées en rapport avec une ALD de 78 Md€) souligne la nécessité de mieux évaluer l'impact financier de ce dispositif<sup>328</sup>.

---

327. Les dépenses prises en charge au titre du risque AT-MP n'entrent pas dans le champ du présent rapport. Elles sont mentionnées ici à titre de comparaison.

328. Cette nécessité est confirmée par une étude ponctuelle complémentaire réalisée par la CNAMTS à la demande de la Cour. Cette étude, qui porte sur des données 2008, s'est efforcée d'évaluer le coût net des exonérations ALD en ville et à l'hôpital. Il en ressort que le coût net des ALD (y compris ALD 31 et 32) serait de 10,4 Md€, dont 8,3 Md€ pour les soins de ville. Ce chiffre est du même ordre de grandeur que celui du coût brut mentionné précédemment (8,2 Md€ pour les ALD 30) en raison des différences méthodologiques des deux estimations.

**Estimations par la CNAMTS des dépenses remboursables exonérées de TM, du nombre de patients exonérés et du TM exonéré (soins de ville)**

Estimation tous régimes, tous risques – 2009 <sup>1</sup>	Montant remboursable M€	Nombre de patients concernés <sup>2</sup>	Estimation du montant du ticket modérateur exonéré <sup>3</sup> M€	Montant du TM exonéré par patient €
<b>1) Dépenses exonérées liées à la maternité ou à un accident du travail</b>				
1.1 Dépenses prises en charge au titre du risque maternité	826,9	2 536 770	277,5	109
1.2 Dépenses prises en charge par le risque maladie à compter du 6 <sup>ème</sup> mois de grossesse	5,3	80 635	1,9	23
1.3 Dépenses prises en charge au titre du risque accident du travail	633,9	1 823 991	218,7	120
<b>2) Dépenses exonérées pour des patients invalides ou pensionnés</b>				
2.1 Dépenses de titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse substituée	2 406	1 908 794	804,5	421
2.2 Titulaires d'une pension militaire article 115	248	98 314	87,2	887
<b>3) Dépenses exonérées pour des patients en ALD<sup>4</sup></b>				
3.1 Dépenses exonérées au titre d'une ALD 30	24 300	9 837 333	8 193	833
3.2 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 30, sans rapport avec l'ALD	183,8	2 349 772	25,5	11
3.3 Dépenses exonérées au titre de l'ALD 31	176,9	132 092		
3.4 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 31, sans rapport avec l'ALD	33	116 281		
3.5 Dépenses exonérées au titre de l'ALD 32	7	20 698		
3.6 Dépenses exonérées pour des patients en ALD 32, sans rapport avec l'ALD	0,8	10 924		
<b>4) Dépenses exonérées au titre de la prestation</b>				
4.1 Nature de la prestation	435,8	13 199 427	27,8	2
4.2 Actes CCAM/NGAP exonérants	444,1	2 888 201	133,1	46
4.3 Coefficient et actes en rapport	13,4	77 904	3,8	48
4.4 Hospitalisation de plus de 30 jours <sup>5</sup>	6,7	38 090	2,4	62
4.5 Education spécialisée	70,8	53 469	20,6	385
<b>5) Autres</b>				
5.1 Autres cas d'exonération	1 253,2	15 931 676	262	16
<b>TOTAL</b>	<b>31 046</b>	<b>-</b>	<b>10 058</b>	<b>-</b>

Source : CNAMTS : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), échantillon au 1/97<sup>e</sup> des bénéficiaires du régime général, hors SLM (500 000 prestations en nature pour les soins de ville, année de soins 2009, prise en charge à 100 % par le régime général)

1. Les estimations tous régimes ont été obtenues en extrapolant les résultats sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires. Les coefficients d'extrapolation utilisés sont :

-105 pour passer de l'échantillon à la population totale du régime général (RG) hors sections locales mutualistes (SLM) ;

-1,17 pour passer du régime général hors SLM au RG y compris SLM ;

-1,17 pour passer du régime général, y compris SLM à l'ensemble des régimes.

2. Une même personne peut avoir des prestations exonérées à plusieurs titres, on ne peut donc pas additionner les effectifs pour avoir le nombre total de personnes ayant bénéficié d'une exonération.

3. Lorsque c'est la nature de la prestation qui est exonérante (exemple : un médicament à 100 % comme la chimio ou un dérivé du sang), on ne peut pas calculer la part exonérée car on ne dispose pas de taux de base autre que 100 %. La notion de « ticket modérateur exonéré » ne peut donc relever que d'une convention de calcul : en l'occurrence ici on a retenu conventionnellement un taux de base à 65 %.

4. Le « sans rapport » se réfère à des soins exonérés au titre d'autres motifs, sans qu'il soit possible d'en préciser la nature dans les bases (exemple prestations exonérantes).

5. Les honoraires en cliniques privées sont comptabilisés dans les soins de ville.

Au cours de l'année 2009, 9,8 millions de personnes ont bénéficié d'une exonération de ticket modérateur au titre d'une ALD 30 (estimation tous régimes). Plus de 2,5 millions de femmes ont bénéficié d'une prise en charge intégrale au titre du risque maternité. Plus de 1,8 million de personnes ont été exonérées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et 1,9 million au titre d'une pension d'invalidité.

Le montant moyen du ticket modérateur exonéré s'élève à 887 € pour les titulaires d'une pension militaire d'invalidité, 833 € pour les personnes exonérées au titre d'une ALD 30, 421 € pour les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée, 385 € pour les enfants handicapés en éducation spécialisée, 120 € pour les personnes exonérées au titre du risque ATMP et 109 € pour les femmes enceintes prises en charge au titre du risque maternité.

Les données fournies sont toutefois très agrégées et ne permettent pas d'identifier les différents motifs d'exonération prévus par la réglementation.

Par ailleurs, leur fiabilité dépend des modalités d'enregistrement des motifs d'exonération dans le système d'information de la CNAMTS. Il semblerait que celles-ci tendent à majorer le coût des ALD puisque, après affectation de la dépense exonérée à chaque risque (maternité, maladie, ATMP), le premier motif d'exonération pris en compte au titre du risque maladie est l'ALD. Ce n'est que dans les cas où un assuré n'est pas en ALD que les autres motifs d'exonération sont recherchés.

Enfin, ces données ne permettent pas de connaître l'impact d'une éventuelle suppression d'un motif d'exonération (coût net de l'exonération) puisqu'un assuré peut bénéficier de plusieurs motifs d'exonération.

### **III - Un effet inégal sur les restes à charge**

Le premier objectif du dispositif d'exonérations ciblées précédemment décrit est la limitation du reste à charge des assurés. Or, malgré l'ampleur des exonérations, certains assurés supportent des frais parfois élevés. Ces restes à charge peuvent être problématiques pour les 6 % d'assurés dépourvus de couverture complémentaire. Dès lors, une refonte de la participation des assurés doit être engagée.

## **A – Les restes à charge avant intervention des complémentaires**

### **1 – La persistance de restes à charge élevés, y compris pour certains assurés bénéficiant d'une prise en charge intégrale**

Atteignant 132,7 Md€ en 2009, la part de la sécurité sociale dans le financement de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM)<sup>329</sup> a diminué entre 2004 (77,1 %) et 2009 (75,5 %). Si l'on s'intéresse aux seules dépenses remboursables, le taux de prise en charge de ces dépenses par les régimes de base s'est établi à 85,8 % en 2008, contre 86,8 % en 2004.

Si la dépense remboursée est de plus en plus concentrée sur un nombre réduit de personnes dont les dépenses de santé sont les plus élevées, il n'en demeure pas moins qu'un petit nombre d'assurés, y compris parmi ceux qui bénéficient d'exonérations, connaissent d'importants restes à charge.

Dans un avis de janvier 2011, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) souligne ainsi que le reste à charge pour le centile<sup>330</sup> le plus élevé est très lourd (de l'ordre de 3 000 € par an). Par ailleurs, 5 % des assurés supportaient, en 2008, plus d'un quart du total du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Une étude récente<sup>331</sup> indique, à partir de données 2006, que 2,5 % d'assurés non-ALD (soit environ 1,3 million de personnes) et 7,9 % des assurés en ALD (soit près de 800 000 personnes) auraient un reste à charge annuel supérieur à 1 000 € avant prise en charge par l'assurance complémentaire. Corrélativement, 90 % des assurés en ALD supportent un reste à charge après intervention de l'assurance maladie de 245 € en moyenne ; pour 90 % des autres assurés, cette somme s'élève à 145 € en moyenne.

---

329. Cet agrégat, suivi annuellement par la DREES dans les comptes de la santé, intègre les dépenses non remboursables (notamment les dépassements d'honoraires) et les dépenses non présentées au remboursement.

330. Les centiles sont les valeurs de la variable qui divisent la population en 100 groupes égaux en nombre (1 % de la population).

331. DREES, La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? Comptes nationaux de la santé 2009, document de travail, n° 149, septembre 2010.

Ces restes à charge élevés sont principalement liés aux dépenses hospitalières. Pour les 5 % d'assurés non-ALD ayant les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses de médicaments et à l'hôpital en représentent chacune environ 30 %. Pour les 10 % d'assurés ALD ayant les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses à l'hôpital en représentent 57 % et les dépenses de médicaments 22 %.

Ce sont ainsi les dépenses hospitalières qui contribuent à créer les situations les plus extrêmes puisqu'elles représentent 54 % du dernier centile de dépense non remboursée des assurés non-ALD et jusqu'à 89 % pour les assurés ALD.

## **2 – Une participation des assurés parfois importante pour les soins hospitaliers**

L'exonération de ticket modérateur et de participation forfaitaire est nettement plus importante dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées. Ainsi, en 2009, les séjours exonérés de participation de l'assuré (ticket modérateur et participation forfaitaire de 18 €) représentaient 65 % de l'ensemble des séjours dans les hôpitaux publics et 31 % de l'ensemble des séjours dans les cliniques privées<sup>332</sup>.

Pour autant, le reste à charge peut s'avérer très lourd pour certains assurés non exonérés et varie fortement selon le type d'établissement et le secteur d'hospitalisation.

En effet, les règles de facturation en vigueur se traduisent par un reste à charge moyen par facture/séjour plus élevé pour les séjours sans actes coûteux que pour les séjours comportant un ou des actes soumis à la participation forfaitaire de 18 €. Cet écart est particulièrement important pour les séjours hospitaliers dans les établissements publics. Ainsi, dans les établissements publics, le reste à charge moyen par facture/séjour atteignait en 2009 606 € dans le cas d'un séjour sans acte coûteux et 99 € dans le cas d'un séjour soumis à la participation forfaitaire de 18 €.

De même, la règle d'exonération du ticket modérateur pour les séjours supérieurs à 30 jours génère de fortes inégalités entre assurés. En effet, si la durée moyenne d'un séjour est inférieure à cinq jours en obstétrique et de seulement de six jours en moyenne en 2006 dans les

---

332. Ces écarts s'expliquent en partie par le fait que les établissements publics accueillent une proportion plus élevée d'assurés bénéficiant d'une prise en charge intégrale de leur participation (CMUC, ALD). En outre, le ticket modérateur n'est pas calculé de la même manière dans les hôpitaux publics (à partir des tarifs journaliers de prestations) et dans les cliniques privées (à partir des GHS).

services de médecine<sup>333</sup>, elle atteint 33,1 jours en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 30 jours en psychiatrie. Dès lors, les assurés soignés en SSR et en psychiatrie peuvent subir d'importants restes à charge, surtout si la durée de séjour est tout juste inférieure à 30 jours. Cet effet est amplifié par le fait que les couvertures complémentaires couvrent de façon très variable le FJH<sup>334</sup>.

## **B – Les restes à charge après intervention des couvertures complémentaires**

### **1 – La diffusion des complémentaires**

Plusieurs dispositifs publics ont été créés afin d'offrir une couverture complémentaire aux ménages modestes<sup>335</sup> : la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), qui concernait 4,3 millions de personnes au 31 décembre 2010 et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, communément appelée aide complémentaire santé (ACS), qui comptait 535 000 bénéficiaires en novembre 2010.

Grâce à ces dispositifs, notamment la CMUC, les ménages sans complémentaire sont désormais peu nombreux puisqu'ils représentaient 6,1 % des assurés en 2008, contre 8,5 % en 2004. Mais il s'agit le plus souvent de ménages modestes, de personnes très âgées et de personnes exonérées. Ainsi, le revenu mensuel moyen des ménages sans couverture complémentaire est de 844 € contre 1 382 € pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire<sup>336</sup>. En 2008, parmi les personnes sans complémentaires santé, 46 % souhaiteraient en bénéficier mais ne le peuvent pas pour des raisons financières, 22 % préfèrent ne pas en bénéficier et payer en cas de besoin et 14 % expliquent être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire<sup>337</sup>. Dans les ménages disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 870 €, 12 % ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre 3 % seulement au sein des ménages les plus riches.

---

333. Source : statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et PMSI 2006.

334. DREES, Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007, Etudes et résultats n° 698, août 2009.

335. Cf. chapitre XI - Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.

336. IRDES, Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? Questions d'économie de la santé n° 153, avril 2010.

337. Source : enquête ESPS 2008.

## **2 – La persistance de restes à charge élevés après intervention des complémentaires sur certains segments de soins**

Après prise en compte des couvertures complémentaires, les restes à charge des ménages ont atteint 16,4 Md€ en 2009, soit 9,4 % de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) contre 9,5 % en 2008 et 8,3 % en 2004. Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3 %).

En 2009, le reste à charge moyen par an et par personne après intervention des AMC s'élevait à environ 255 € en prenant en compte le périmètre de la CSBM et à 33 € sur les seules dépenses présentées au remboursement<sup>338</sup>. Toutefois, si aucune donnée ne semble être disponible concernant la dispersion des restes à charge après intervention des complémentaires, celle-ci est probablement très élevée compte tenu de l'inégale qualité des contrats souscrits<sup>339</sup>.

## **C – Les voies de réforme**

Le dispositif actuel destiné à supprimer ou diminuer la participation des assurés résulte de mesures successives dont les objectifs diffèrent (limitation des restes à charge excessifs, objectifs de santé publique, logique de « réparation sociale... ») et dont l'évaluation économique et médicale n'a jamais été réalisée, à l'exception des ALD.

L'objectif de limitation des restes à charge excessifs n'est pas complètement atteint, du fait même de la juxtaposition d'exonérations ciblées (nature de la maladie, valeur de l'acte technique). Il en résulte que les assurés n'entrant pas dans le champ de ces exonérations peuvent subir d'importants frais, particulièrement problématiques quand ils n'ont pas de couverture complémentaire.

Certains secteurs de soins ou prestations sont particulièrement concernés par les restes à charge excessifs : l'optique et les soins dentaires mais aussi l'hôpital, dont la tarification apparaît obsolète et inéquitable.

---

338. Ces dépenses n'intègrent pas les dépenses non remboursables ainsi que les dépenses non présentées au remboursement. Elles intègrent cependant les dépassements d'honoraires.

339. DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », Etudes et Résultats n° 635, mai 2008. Voir aussi le chapitre XI sur les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.

Sauf à accepter le statu quo avec ses incohérences, au moins deux voies de réforme peuvent être explorées :

- a minima, il conviendrait de supprimer les exonérations ciblées non justifiées, tout en veillant à éviter de compromettre l'accès aux soins des assurés en remodelant certains dispositifs fortement inégaux. En particulier, une réforme globale et équilibrée de la participation des assurés à l'hôpital s'impose désormais de manière pressante. La Cour, dans le RALFSS 2002, l'appelait déjà de ses vœux. La formule pratiquée en Allemagne<sup>340</sup> (absence de ticket modérateur, forfait journalier avec un plafonnement du nombre de forfaits) pourrait être à cet égard une piste intéressante, comme le soulignait le rapport du HCAAM de 2009 ;
- une réforme de plus grande ampleur consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge. Les réflexions récentes sur le bouclier sanitaire vont en ce sens, mais nécessitent des expertises approfondies pour mesurer notamment l'ampleur des transferts de charges entre catégories d'assurés qui pourraient en résulter.

Quelle que soit la voie choisie, il conviendra qu'elle soit précédée d'une évaluation médicale et économique des différentes exonérations existantes qui existent aujourd'hui, afin d'appréhender pleinement les possibles effets des réformes envisagées.

---

340. En Allemagne, les assurés s'acquittent, en médecine de ville, d'une franchise de 10 € par trimestre lors de la première consultation, d'un forfait de 10 € par jour dans la limite de 28 jours par année civile pour les soins hospitaliers et d'une participation de 10 % du prix de vente avec un minimum de 5 € et un maximum de 10 € par article pour les médicaments et les soins paramédicaux. Par ailleurs, la participation du patient est limitée, sur l'année, à 2 % du revenu net de l'assuré (1 % pour les malades chroniques) et est nulle pour les enfants. Les assurés participant aux services de dépistage bénéficient d'une réduction de leur participation.

---

### CONCLUSION

---

*Le dispositif actuel d'exonérations ciblées, destiné à supprimer ou limiter les restes à charge des assurés, se révèle particulièrement complexe, illisible et peu cohérent. Il pose des questions parfois majeures d'équité entre assurés dès lors que certains dans le même temps se trouvent confrontés à un risque de renoncement aux soins.*

*L'évaluation de la charge qui résulte pour l'assurance maladie des prises en charge intégrales suppose le rassemblement de plusieurs catégories de données statistiques qui ne font pas l'objet, aujourd'hui, d'un suivi régulier. D'après les données fournies par la CNAMTS, la charge pour le régime général induite par les exonérations ciblées de ticket modérateur s'élèverait à environ 10 Md€ en 2009, pour les seuls soins de ville. Aucune donnée n'est disponible concernant le coût, pour les régimes obligatoires de base, induit par les exonérations ciblées à l'hôpital (ticket modérateur, participation forfaitaire de 18 €, forfait journalier hospitalier) ni par les exonérations de franchises et de la participation forfaitaire de 1 €.*

*En tout état de cause, l'objectif de limitation des restes à charge importants n'est pas complètement atteint, avant comme après intervention des organismes complémentaires. Certains secteurs de soins ou prestations sont particulièrement concernés par les restes à charge excessifs en particulier à l'hôpital.*

*Dans un contexte de grave déficit des comptes sociaux apparaît indispensable une remise à plat de ces mécanismes en étant attentif à préserver pour autant une dimension forte de solidarité. Au moins deux voies de réforme peuvent être explorées. A minima, il conviendrait de supprimer les exonérations ciblées non justifiées et, en contrepartie, d'améliorer la prise en charge de frais aujourd'hui insuffisamment couverts, notamment à l'hôpital. Une réforme plus ambitieuse consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge.*

---

### RECOMMANDATIONS

---

53. *Se doter des outils permettant le suivi en continu des coûts induits par les prises en charge intégrales, notamment à l'hôpital.*

54. *Mieux connaître et réguler les dépenses d'ALD :*

- *établir de manière méthodologiquement solide la réalité du coût du dispositif en ville comme à l'hôpital et de sa progression tendancielle ;*
- *poursuivre la révision de la liste des ALD ;*

- *examiner la faisabilité technique de l'association, conformément aux textes existants, d'un critère de coût aux critères médicaux pour l'admission dans le dispositif ;*
- *veiller à l'application stricte et harmonisée par les médecins conseils de l'assurance maladie des diverses dispositions et recommandations relatives à l'admission et à la sortie du dispositif.*

*55. Procéder à une évaluation médico-économique des exonérations ciblées, afin de supprimer celles dont la justification est insuffisante.*

*56. Réformer les modes de participation financière des assurés aux soins à l'hôpital avec l'objectif de réduire les inégalités des restes à charge.*

---