



La prise en charge des restes à charge

- **Le bouclier sanitaire : des finalités
aux modalités : quel système
RO/RC ?**

objet

- La prise en charge de la santé : une couverture obligatoire et un système d'assurance complémentaire : pourquoi?
- **Justice, transparence, utilité, maîtrise, faisabilité** : La proposition de réforme du bouclier sanitaire répond-elle aux problèmes posés ?

Le système d'assurance publique

- des contributions proportionnelles aux revenus :
solidarité verticale
- Une garantie unique : les personnes ont des prestations selon leur risque sont mieux prises en charge (en France régime ALD) : solidarités horizontales entre malades et biens portants.

Des prestations selon l'état de santé, pourquoi ?

Il ne s'agit pas d'aider *ceux des malades* qui n'arrivent pas à couvrir leur frais, mais d'aider les malades *parce qu'ils sont malades* et *pour couvrir leurs frais*. C'est le sens de « l'universalité » des prestations en nature, versées en fonction des frais de la maladie, et non de la situation de fortune du malade.

Ce choix fondamental, qui fait que la santé de chacun devient une fonction d'utilité collective, ne s'imposait pas.

L'accessibilité financière pour tous aurait pu, par exemple, être garantie par la seule solvabilisation des bas revenus.

Ce que faisant, on n'aurait pas répondu aux *coûts objectifs de la maladie*, mais à la plus ou moins grande *difficulté personnelle* de couvrir ces coûts.

Source : HCAAM

Les modalités du bouclier correspondent-elles aux finalités ?

Les finalités avancées

- **-Objectif de justice** : limiter les restes à charge pour les personnes à revenus modestes en % du revenu (M. Hirsch)
- **Objectif de transparence** : remettre de l'ordre dans les participations des usagers, et notamment limiter les écarts injustifiés entre ALD et non ALD (Briet/Fragonard),
- **Objectif d'utilité** : dissocier le caractère médical et tarifaire des prises en charge (Obrecht)
- **Objectif de maîtrise** : limiter les engagements de l'Assurance maladie en ajustant le niveau du bouclier. (JP Door)

Les modalités envisagées

- **Une participation forfaitaire,**
- **Plafonnée annuellement**
- **Modulée en fonction du revenu**
- **Remplaçant : Les exonérations de TM, les franchises et PFO, les TM, (pas les forfaits journaliers)**
- **Condition : pour financer le bouclier, soit modifier le taux actuel de PC, soit définir un bouclier très élevé.**

Premier débat : de quels restes à charge parle-t-on ?

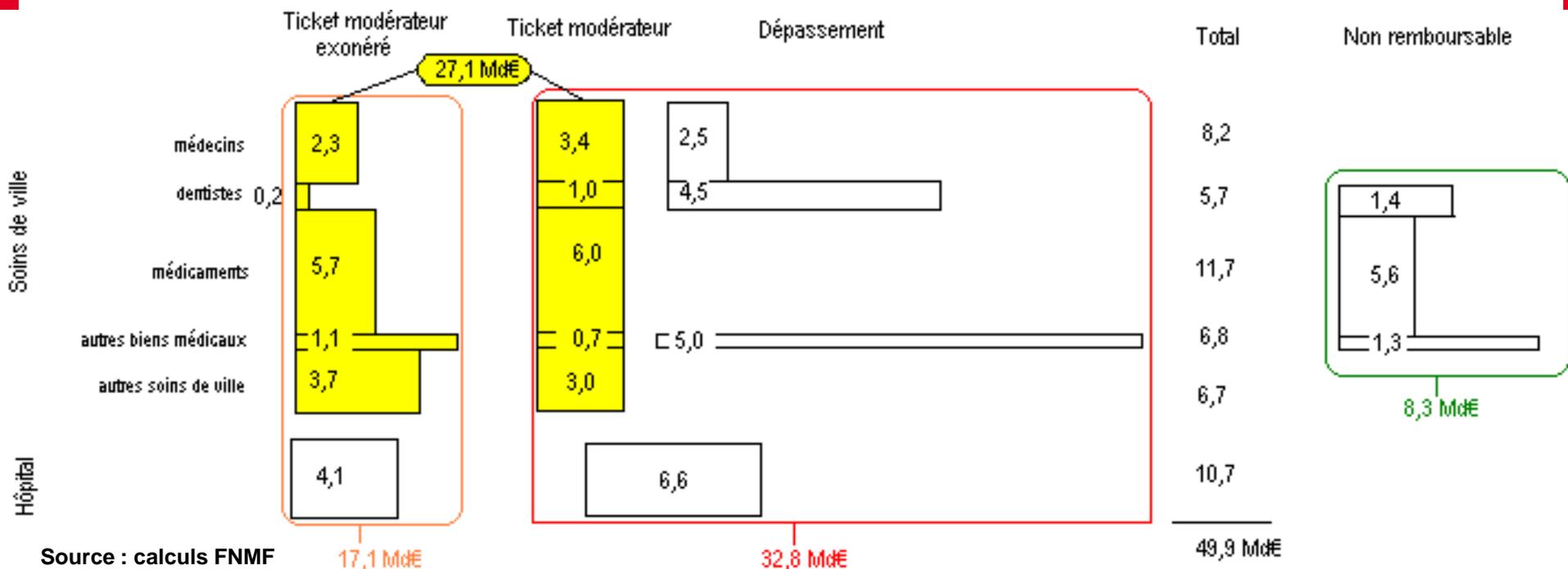
Inclus dans la PPL

- Soins de ville : TM + participations forfaitaires + franchises
- Soins externes hôpital : TM + participations forfaitaires + franchises
- Hospitalisation : TM (*forfaitaire - 18€ -ou proportionnel : 20% du TJ ; par exemple $800€ * 0.2 = 160€/jour$ dû pendant 30 jours = 4800€*)
- *Y compris : Exonérations : actes lourds et ALD : TM (DREES : coût ALD pour les soins de ville : 8Mds€ en 2009)*

Non inclus

- FJH (*18€/jour MCO, 13€ Psychiatrie : 90 j = 1170€*) ;
- Dépassements d'honoraires médicaux ; 2.5 Mds €
- Dépassements sur biens médicaux et dentaire

Bouclier sanitaire : estimation des montants en jeu en fonction du périmètre (2010, en milliards d'euros)



Champ du rapport Briet-Fragonard (TM et TM exo, SDV)
 27,1 Md€ + 1,4 Md € PFO et franchises = 28,5 Md

+ hospitalisation = 10,7 et Dépassements médicaux : +2,5 = 13,2
 hors champ restent : 9,5 + 8,3 = 17,8 Md

Conséquences des différents périmètres

- En 2009, il y avait 26 millions de foyers fiscaux.
- Le revenu disponible moyen par ménage était de 34540 €.

	montant des RAC	Montant / foyer	% du revenu moyen
	M€	€	(2009)
ambulatoire	28 500	1096	3,17%
Hospitalisation	10700	412	1,19%
Dép. médicaux	2 500	96	0,28%
total	41 700	1604	4,64%

Deuxième débat : Le bouclier sanitaire dans « l'équilibre » RO/RC ?

- Du côté obligatoire :
 - **Les solidarités verticales sont en cause** : amplifie les risques de ruptures : les hauts revenus payent plus cher une même prestation / une garantie selon les revenus ?
 - **Les solidarités horizontales sont rompues** : ce n'est plus la même garantie pour tous !
 - **Aucune incitation à l'efficience du côté RO** ;
- Du côté volontaire :
 - **Pas d'« assurance »** : puisque l'assureur gère une épargne ou une sorte de provision pour sinistre à payer.
 - **Aucune mutualisation entre bas et hauts risques** : les bas risques s'auto-assurent ; ils connaissent le niveau max de leur franchise; il n'y a aucun risque.
 - Les assureurs de marché vendront des contrats avec sélection.

Troisième débat : y'aura-t-il plus de justice sociale ?

- Le niveau et la répartition des RAC dépendent de l'état de santé, des décisions des professionnels, des mécanismes administratifs (exo).
- **Sans action sur les causes du RAC, les facteurs d'inégalité subsistent :**
 - **Agir sur la pertinence et l'efficacité de la dépense ?**
(Prévention des maladies chroniques, éducation thérapeutique)
 - **Agir sur les prix des soins :** Régulation / répartition de l'offre et opposabilité des prix,
 - **Agir sur les mécanismes de formation des RAC catastrophiques** (hôpital).

Quatrième débat : Le bouclier sanitaire peut-il être un outil de financement ou de maîtrise ?

- Le taux de RAC est fixé de façon réglementaire.
 - Le curseur qui définit ces moindres remboursements est donc modifiable !
- Mais aucune incitation à agir sur les mécanismes de formation des coûts !
- Des recettes limitées : l'assiette de ce nouveau prélèvement : la maladie !

Cinquième débat : quelle faisabilité ?

- Le système du bouclier sanitaire impose :
 - de pouvoir suivre en temps réel les restes à charge individuels – ou du foyer-
 - d'harmoniser les concepts sociaux et fiscaux (foyer, périodes, informations etc...)
- OR
 - Un bouclier sans l'hospitalisation n'agit pas sur les risques catastrophiques : **mais la facturation individuelle et le suivi en temps réel des coûts individuels n'existe pas !**
 - Un bouclier sans les dépassements n'agit pas sur les inégalités et causes actuelles de renoncement.

Enfin... le bouclier sanitaire

- N'est pas un outil d'efficience pour la régulation des dépenses de santé
- Ne résoudra pas les problèmes d'inégalités financières,
- N'incitera pas les régimes publics à rechercher une meilleure efficacité,
- Contribuera à la segmentation assurantielle et à la démutualisation.
- *Pour obtenir de la transparence et de l'équité, ne vaudrait-il pas mieux : Réformer les restes à charge et les rémunérations des professionnels*

Quel changement ? Quelle réforme pour un financement et une prise en charge plus équitable des besoins de santé ?

Financement

- Introduire de la progressivité dans les financements
- Élargir l'assiette CSG
- Homogénéiser les taux de CSG / revenus
- Retransférer sur l'assurance obligatoire les 1000 € par an/foyer de RAC ?

Réponses aux besoins –que l'on soit ou non dans solution bouclier-

- Réguler l'offre et gérer le risque :
 - Retrouver une véritable opposabilité des prix (RO/RC)
 - Lutter contre toutes les rentes qui polluent les RAC et les garanties complémentaires
- Réformer les participations hospitalières.
- Redonner du sens à la mutualisation, y compris dans la sphère complémentaire, par plus de régulation.