

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 ?

Renaud LEGAL, Denis RAYNAUD, Guillaume VIDAL (DREES)

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD).

La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées. Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières.

L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible.

Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.

La présente étude porte sur la prise en charge assumée par l'assurance maladie de base et par les assurances complémentaires, pour leurs bénéficiaires selon qu'ils sont plus ou moins malades. On se place ici du point de vue de la redistribution horizontale qui est la finalité première de la couverture maladie, en ne considérant toutefois que les dépenses remboursées et non les cotisations ou primes versées par les assurés sociaux. Le critère ALD (Affection de longue durée) est ici pris comme une approximation d'un critère permettant d'identifier les assurés aux risques maladies réalisés les plus élevés.

Même si elle s'inscrit dans le contexte d'un débat abondant qui a porté sur le dispositif ALD (cf. annexe), la présente étude ne traite pas des performances de ce dispositif du point de vue de l'équité ou de l'efficacité dans le pilotage des dépenses de santé. Elle complète les présentations usuelles de la couverture du risque maladie selon deux axes :

- tout d'abord, s'agissant de la couverture de base, elle évalue les dépenses restant à la charge des assurés selon qu'ils sont plus ou moins malades, non seulement en proportion de la dépense exposée¹, mais aussi en valeur absolue et en considérant les dispersions de restes à charge ;
- en second lieu, elle s'attache à présenter la façon dont les conditions de prise en charge des différents niveaux de risque maladie par la couverture de base structurent la couverture complémentaire.

Des travaux menés par la DREES, issus de collaborations avec la CNAMTS, la DGTPPE et l'IRDES, ont permis d'étudier le reste à charge des ménages en simulant à un niveau individuel les prestations versées par les assureurs complémentaires (cf. dossier sur les restes à charge). Ces travaux permettent d'adopter une approche plus complète, tenant compte de l'ensemble des financeurs, assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire et ménages, pour étudier la problématique de l'accessibilité financière aux soins, et apporter ainsi un éclairage sur la redistribution horizontale entre malades et bien-portants

induite par la couverture maladie. Il ne s'agit pour autant pas d'une analyse complète de cette redistribution puisque seules les prestations sont étudiées dans ce travail. Néanmoins, des travaux sont en cours à la DREES pour pouvoir imputer les cotisations, et ainsi avoir un aperçu global des effets redistributifs de l'assurance maladie².

À partir de l'étude des montants et de la structure de financement des dépenses de santé des personnes selon qu'elles sont ou non en ALD, ce travail permet d'illustrer que le système d'assurance maladie de base réduit significativement les restes à charge moyens, même si des restes à charge importants, surtout liés aux dépenses hospitalières, peuvent subsister (partie 1). En réduisant le risque des personnes souffrant de maladies exonérantes, le système d'assurance maladie de base contribue indirectement à réguler le marché de l'assurance maladie complémentaire en diminuant les incitations des assureurs à tarifier en fonction de l'état de santé (partie 2).

Les mécanismes de la couverture de base par l'assurance maladie garantissent l'accessibilité financière des soins pour la très grande majorité des assurés, mais restent perfectibles

• La dépense des assurés en ALD est en moyenne très supérieure à celle des autres assurés mais sa variabilité est forte

La dépense moyenne des assurés en ALD vivant en ménage ordinaire est en 2006 de 7 500 euros contre 1 200 euros pour les autres assurés, soit 6 fois plus (tableau 1 et graphique 1). Les pathologies classées en ALD sont donc indéniablement des maladies particulièrement coûteuses.

1 • Dépenses remboursables présentées au remboursement (cf. encadré 1).

2 • Caussat L., Le Minez S., Raynaud D. (2005) : « L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1-2005.

tableau 1 ● Niveau individuel de prise en charge par la Sécurité sociale selon le statut en ALD en 2006

		Dépenses totales	Dépenses remboursées par la Sécurité sociale	Dépenses non remboursées par la Sécurité sociale	Taux de remboursement par la Sécurité sociale (en %)
Ville	Non-ALD	817	446	371	55
	ALD	3 645	3 110	535	85
Hôpital	Non-ALD	399	368	31	92
	ALD	3 858	3 776	82	98
Total	Non-ALD	1 216	814	403	67
	ALD	7 503	6 886	617	92

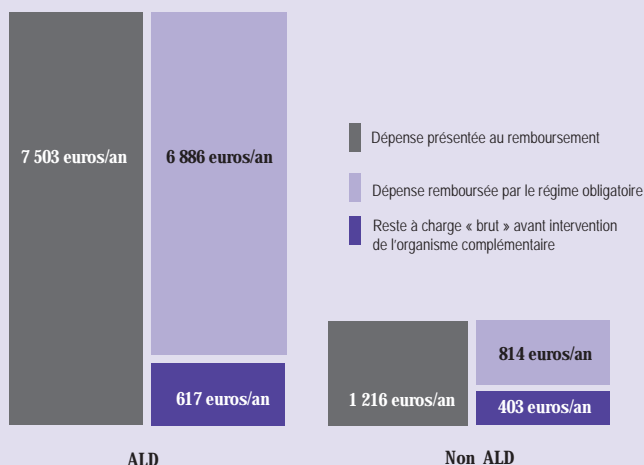
Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • En 2006, les non-ALD ont en moyenne des dépenses en soins de ville de 817 €.

Par rapport aux comptes de la santé, les données de l'EPAS surestiment légèrement le taux de remboursement de la Sécurité sociale, d'une part car le non remboursable ou le non présenté au remboursement n'est pas connu, et d'autre part car la dépense hospitalière n'est pas totalement individualisable et doit donc être en partie reconstituée.

graphique 1 ● Structure de prise en charge de la dépense totale selon le statut en ALD en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

La structure de la dépense des assurés en ALD diffère de celle des autres assurés : l'hôpital représente la moitié de leurs dépenses, contre le tiers pour les assurés non ALD. Toutefois, ces montants moyens cachent une forte dispersion. Les dépenses les plus élevées sont en effet concentrées sur un petit nombre d'assurés, pour les ALD comme pour les autres. Ainsi, la dépense moyenne de 90 % des assurés en ALD s'élève à 3 800 euros alors que celle des 10 % d'assurés en ALD qui supportent les dépenses les plus élevées est en moyenne de 40 000 euros. Pour les assurés qui ne sont pas en ALD, ces montants s'élèvent respectivement à 630 euros et 6 400 euros.

● L'assurance maladie contribue à améliorer l'accessibilité financière des soins pour les plus malades

Le système ALD conduit à concentrer les moyens financiers de la Sécurité sociale en direction des assurés souffrant de pathologies lourdes. Ainsi, une personne en ALD bénéficie d'un taux de remboursement moyen de 92 % contre 67 % pour les autres assurés. C'est pour les dépenses hospitalières que la prise en charge de l'assurance maladie est la plus élevée (98 % pour les ALD et 92 % pour les non-ALD). Si les dépenses de ville des personnes en ALD sont également prises en

encadré 1 • Sources et méthodes

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES qui interroge 22 000 individus et 8 000 ménages. Cette enquête est appariée à l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) construit à partir des informations de la CNAMTS, du RSI et de la MSA. Cet appariement permet de connaître les dépenses de santé et les caractéristiques socio-économiques pour 10 000 individus. La présente étude porte sur le champ des dépenses remboursables présentées au remboursement, puisque seules ces données sont disponibles dans l'EPAS. De plus, les analyses sont conduites au niveau individu et non ménage, choix nécessaire pour segmenter la population entre bien-portants et malades sur le critère d'admission au dispositif ALD.

Pour compléter les données issues de l'appariement EPAS-SPS, la DREES, en collaboration avec la CNAMTS, la DGPE, l'IRDES a construit un modèle de micro-simulation. En effet, cet appariement ne fournit pas le montant remboursé par les organismes complémentaires et donc ne permet pas de mesurer le reste à charge des ménages après leurs interventions. De plus, l'appariement de ces deux sources n'est que partiel. Seule la moitié des individus de SPS sont présents dans l'EPAS. Pour l'autre moitié des individus, la dépense est donc inconnue.

La construction du modèle de micro-simulation comporte deux étapes. Le premier travail consiste à imputer les dépenses de santé pour les 10 000 individus de SPS qui ne sont pas dans l'EPAS. Ce sont des techniques de tirage aléatoire (Hot Deck) qui ont été mobilisées ici. La deuxième étape est d'imputer le partage entre les dépenses remboursées par les complémentaires et celles payées directement par les ménages, partage qui n'est pas connu dans l'EPAS. Ce partage a été réalisé en utilisant l'enquête Drees sur les contrats modaux.

charge de façon importante par l'assurance maladie (85%), elles ne sont couvertes qu'à hauteur de 55% pour les autres assurés.

L'assurance maladie consent donc un effort considérable en faveur des personnes les plus malades. Le remboursement moyen de l'assurance maladie est d'environ 8,5 fois plus élevé pour les personnes en ALD que pour les autres assurés³ (tableau 1). Après intervention de l'assurance maladie, la dépense moyenne des assurés en ALD est ainsi divisée par 12 et ramenée à 600 euros. Pour les autres assurés, elle est divisée par 3 et ramenée à 400 euros. L'assurance maladie opère donc indiscutablement une redistribution considérable entre bien portants et malades.

Toutefois, les plus malades supportent encore, après intervention de l'assurance maladie – mais avant intervention des organismes complémentaires – une dépense moyenne non négligeable (600 euros en moyenne) et toujours plus élevée d'environ 200 euros par an que celle des autres assurés. Cela tient notamment au fait que les personnes en ALD ont souvent des pathologies multiples et ont ainsi des

dépenses sans lien avec leur affection exonérante supérieures aux autres assurés. Cet écart résulte notamment d'un effet d'âge, puisque près de 60% des personnes en ALD ont plus de 60 ans (*cf.* encadré 2). Au-delà de 60 ans, les personnes en ALD font face à des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale voisines de celles des personnes ne bénéficiant pas de l'exonération (*cf.* tableau 6).

• L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante

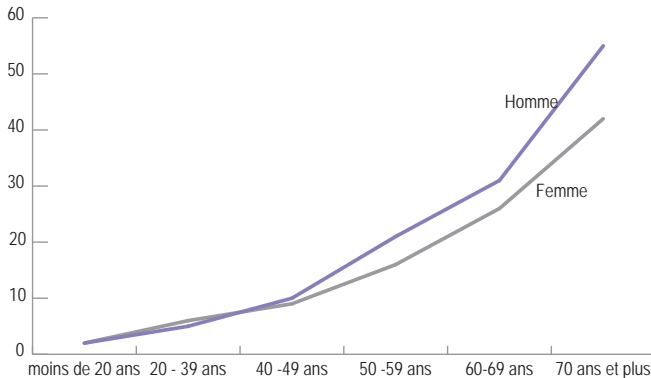
Les cotisations d'assurance maladie obligatoire n'étant pas liées à l'état de santé, le système d'exonération ALD opère donc une redistribution horizontale entre malades et bien-portants. De manière indirecte, le système ALD opère aussi une redistribution verticale entre riches et pauvres. En effet, selon l'enquête SPS 2008 (*cf.* encadré 2), alors que 20% des personnes du premier quintile de niveau de vie sont en ALD, cette proportion se limite à 12% dans le dernier quintile, et ce résultat est confirmé quand on tient compte des différences de

3 • Dans les données EPAS-SPS mobilisées ici, l'écart est de 1 à 9. Mais selon la CNAMTS, à partir de données plus fiables, cet écart serait en réalité de 1 à 11. L'intérêt d'utiliser dans cette étude les données EPAS-SPS vient de la possibilité d'utiliser des informations sur le revenu ou la couverture complémentaire, qui ne sont pas disponibles dans les données de l'assurance maladie.

encadré 2 • Les caractéristiques sociodémographiques des assurés en ALD

La proportion de personnes en ALD est croissante avec l'âge, avec une accélération de l'entrée en ALD à partir de 50 ans (graphique). Ainsi, en 2006, 57% des personnes en ALD ont 60 ans ou plus alors que dans la population française la part de cette classe d'âge est estimée à 21% à cette date. La concentration des ALD est plus marquée encore aux âges les plus élevés : 39% des personnes de 70 ans ou plus sont en ALD alors que cette classe d'âge ne représente que 12% de la population française. Selon les projections de population de l'INSEE à l'horizon 2030, la part des 60 ans et plus dans la population française serait de 29%.

Taux de personnes en ALD par classe d'âge et de sexe en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Toutefois, si le vieillissement de la population devrait continuer à entretenir la dynamique de la croissance du nombre de personnes en ALD, il convient de souligner que la dynamique actuelle est surtout expliquée par l'augmentation de la prévalence à âge donné, qui explique 60% de la croissance du nombre de personnes en ALD sur la période 2005-2007 pour le régime général. L'augmentation de la population assurée explique 20% de la croissance, et le vieillissement seulement 20%.

La proportion de personnes en ALD est répartie équitablement entre les hommes et les femmes. Cependant, à âge donné, la proportion de personnes en ALD est plus élevée chez les hommes, dont l'espérance de vie est plus réduite et que l'on retrouve donc moins nombreux aux âges élevés.

Compte tenu de la corrélation négative entre niveau de vie et état de santé, les personnes modestes sont plus fréquemment en ALD que les personnes plus aisées. En 2008, selon l'enquête SPS, 16% des personnes du premier quintile de niveau de vie et 18% du deuxième quintile sont en ALD, alors que cette proportion se limite à 13% et 12% dans les quintiles 4 et 5 (tableau). La prise en compte des différences d'âge et de sexe en fonction du niveau de vie ne modifie pas le diagnostic. Ce constat s'explique en partie par les relations qui lient les fragilités socio-économiques et les problèmes de santé. La précarité économique est souvent la conséquence de difficultés rencontrées sur le marché du travail. Or, souffrir d'une pathologie lourde augmente les risques de rupture avec le marché du travail (Jusot *et al.*, 2008) « Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif » QES n° 125 Irdes. On retrouve ainsi une proportion plus forte de personnes exonérées parmi les inactifs de moins de 60 ans et les chômeurs (11%) que parmi les actifs occupés (7%).

Part des ALD et des non-ALD par quintile de niveau de vie

	% d'ALD	% de non-ALD
Quintile 1	16	84
Quintile 2	18	82
Quintile 3	12	88
Quintile 4	13	87
Quintile 5	12	88
Ensemble	14	86

Sources • SPS 2008, IRDES, calcul de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 20% des personnes du premier quintile de niveau de vie (c'est-à-dire les 20% de personnes ayant le revenu par unité de consommation le plus faible) sont en ALD.

structure d'âge et de sexe. Cette redistribution verticale indirecte s'explique logiquement par la corrélation négative entre état de santé et niveau de vie.

• Mais une fraction des assurés fait face à des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale très élevées

Même si le système actuel constitue un filet de protection en grande partie efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses importantes qui ne lui sont pas remboursées par la sécurité sociale. Selon des premières estimations réalisées à partir de la base EPAS 2006, 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 € (tableau 2).

Corrélativement, 90 % des assurés en ALD supportent un reste à charge après intervention de l'assurance maladie de 245 euros en moyenne ; pour 90 % des autres assurés, cette somme s'élève à 145 euros en moyenne.

L'extrême dispersion des dépenses non remboursées par l'assurance maladie, notamment pour les assurés en ALD, et l'existence de restes à charge très élevés seraient révélatrices de l'ambivalence actuelle du système ALD. En effet, l'entrée dans ce dispositif est restreinte aux personnes souffrant de pathologies réputées longues et lourdes sur le plan médical mais aussi financier. Les critères d'admission mélangent donc des préoccupations médicales et financières. De ce fait, les exonérations prévues dans le cadre du système ALD ne reposent pas sur la dépense constatée *a posteriori*, mais sur une charge financière supposée *a priori*, si bien que certaines dépenses importantes ne bénéficient pas de l'exonération alors que des dépenses faibles, si elles sont en lien avec la maladie reconnue, sont exonérées.

• Les RAC « catastrophiques » sont principalement liés aux dépenses hospitalières

Ces résultats invitent à s'interroger sur les soins qui exigent du patient une participation financière importante, qu'elle soit directement à sa charge ou

tableau 2 • **Reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie par percentile de reste à charge selon le statut ALD et non-ALD (dépenses remboursables présentées au remboursement)**

Non-ALD			ALD		
Percentile de RAC des non-ALD	Reste à charge moyen annuel en €	Âge moyen	Percentile de RAC des non-ALD	Reste à charge moyen annuel en €	Âge moyen
p1-p90	145	32	p1-p90	245	60
p91	537	50	p91	899	69
p92	568	52	p92	965	69
p93	608	53	p93	1 024	68
p94	656	54	p94	1 125	68
p95	708	55	p95	1 241	71
p96	779	56	p96	1 401	67
p97	871	57	p97	1 596	66
p98	996	57	p98	1 962	64
p99	1 243	59	p99	2 695	65
p100	2 430	55	p100	4 618	52
Ensemble	224	34	Ensemble	396	61

Sources • EPAS 2006 CNAMTS, rapport 2007 du HCCAM, INSEE, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (1^{re} ligne) • les 90 % de personnes non-ALD ayant le plus faible reste à charge après intervention de l'assurance maladie ont un reste à charge moyen de 145 €, un âge moyen de 32 ans.

Note de lecture (avant dernière ligne) • les 1 % de personnes non-ALD ayant le plus fort reste à charge après intervention de l'assurance maladie ont un reste à charge moyen de 2 430 €, un âge moyen de 55 ans.

à celle de sa complémentaire, sans pour autant lui ouvrir le bénéfice d'exonérations prévues dans le cadre du système ALD.

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%. En revanche, ce sont les dépenses hospitalières qui contribuent massivement à créer les situations les plus extrêmes puisqu'elles représentent 54% du dernier percentile de dépense non remboursée des assurés non-ALD et jusqu'à 89% pour les assurés ALD (tableau 3).

tableau 3 ● Structure du reste à charge après intervention de l'assurance maladie par percentile de reste à charge (dépenses remboursables présentées au remboursement)

Pour les assurés non-ALD

Percentile de RAC des non-ALD	Honoraires	Pharmacie	Autres soins ambulatoires	Ensemble ambulatoire	Hôpital
p1-p90	29	39	29	97	3
p91-p100	15	39	24	78	22
p91	21	46	26	93	7
p92	20	47	26	94	6
p93	19	48	25	91	9
p94	19	48	24	92	8
p95	19	47	24	90	10
p96-p100	13	35	23	71	29
p96	18	48	25	91	9
p97	18	47	24	89	11
p98	16	47	24	87	13
p99	14	41	24	80	20
p100	8	20	19	46	54
Ensemble	23	39	26	89	11

Sources • EPAS 2006, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (avant dernière ligne) • les honoraires médicaux représentent 8% du reste à charge après intervention de l'assurance maladie des 1% d'assurés non-ALD ayant le reste à charge le plus élevé après intervention de l'assurance maladie.

Pour les assurés ALD

Percentile de RAC des ALD	Honoraires	Pharmacie	Autres soins ambulatoires	Ensemble ambulatoire	Hôpital
p1-p90	14	49	22	86	14
p91-p100	6	22	14	43	57
p91	10	42	21	73	27
p92	10	40	21	71	29
p93	9	38	19	66	34
p94	10	37	22	69	31
p95	7	33	21	61	39
p96-p100	4	16	13	32	68
p96	9	33	18	60	40
p97	7	31	18	56	44
p98	5	19	17	40	60
p99	4	15	13	33	67
p100	1	4	6	11	89
Ensemble	10	37	18	67	33

Sources • EPAS 2006, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (avant dernière ligne) : les honoraires médicaux représentent 1% du reste à charge après intervention de l'assurance maladie des 1% d'assurés ALD ayant le reste à charge après intervention de l'assurance maladie le plus élevé.

L'existence de dépenses non remboursées élevées semble ainsi moins soulever la question des insuffisances du système ALD que celle des mécanismes de remboursement des soins hospitaliers. Elle invite aussi à rechercher des gains d'efficacité dans la prise en charge hospitalière afin de réduire son coût.

En vertu des règles régissant le droit commun, un patient hospitalisé est soumis à deux participations financières : un ticket modérateur de 20 % et un forfait journalier. Il ne paie qu'une de ces deux participations, en l'occurrence celle qui représente le montant le plus important, à l'issue du séjour. Mais, les multiples motifs d'exonération et notamment au titre de l'ALD dispensent la plupart des assurés de ces frais⁴, la plupart ne payant qu'une participation forfaitaire. De ce fait, le taux moyen de remboursement de la Sécurité sociale atteint 92 % pour les dépenses hospitalières.

En revanche, les quelques patients ne rentrant dans aucun dispositif d'exonération peuvent être confrontés à des dépenses non remboursées par la sécurité sociale très importantes. En effet, ce mécanisme de participation qui est croissant en fonction du temps passé et du coût des soins s'avère très vite inflationniste pour le patient.

En couvrant les risques de santé les plus coûteux, la couverture maladie de base facilite la non-prise en compte de l'état de santé dans le cadre de l'assurance complémentaire

L'analyse de la situation financière des plus malades, repérés par le dispositif des ALD, et partant les conclusions que l'on peut en tirer sur l'efficacité et l'équité du système actuel sont toutefois limitées en général au rôle de l'assurance maladie. La contribution de l'assurance complé-

mentaire est rarement abordée, sauf de façon qualitative, essentiellement pour des raisons de disponibilité des données. Or, le reste à charge des ménages et donc l'effort qu'ils supportent pour faire face à la maladie ne peut être correctement apprécié en se limitant à la partie des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

Le modèle de micro-simulation développé par la DREES (cf. dossier n° 3) permet pour la première fois de chiffrer le reste à charge des ménages après intervention des organismes complémentaires, en tenant compte de leur état de santé (prise en charge en ALD ou non).

• L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des ménages

La dépense prise en charge par les organismes complémentaires s'établit en moyenne à 390 euros pour une personne en ALD contre 285 euros pour les autres assurés (tableau 4 et graphique 2) soit respectivement 5 % et 23 % de la dépense totale.

L'importance des assurances privées dans le financement des dépenses de santé dépend en effet par construction de la part des dépenses qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, l'importance relative de la part des assurances complémentaires dans le financement des dépenses des personnes selon qu'elles sont ou pas en ALD s'explique par les parts respectives que prennent les remboursements de la Sécurité sociale. Les dépenses des ALD sont ainsi en moyenne prises en charge à hauteur de 92 % par l'assurance publique contre 67 % pour les autres assurés. Les dépenses hospitalières restant financées à plus de 90 % par la Sécurité sociale, y compris pour les personnes qui ne sont pas en ALD, l'écart de taux de remboursement entre ALD et non ALD provient d'une part d'une différence de structure de consommation de soins, plus tournée vers l'hôpital pour les personnes en ALD, et d'autre part de différences de taux de remboursement pour les soins de ville. Ceux-ci sont en

4 • Le régime du K50 joue un rôle d'exonération massive en cas d'hospitalisation. Il exonère du ticket modérateur dès lors que le séjour comprend un acte technique facturé en K et coté K50 ou plus ; par ailleurs, pour les séjours excédant 30 jours, l'assuré est exonéré du ticket modérateur à partir du 31^e jour. Il reste toutefois redevable de celui-ci pour les 30 premiers jours en l'absence d'acte coté en K.

tableau 4 ● **Financement des dépenses de santé individuelles selon le statut ALD en 2006 (dépenses remboursables présentées au remboursement)**

Ensemble

		Total	Remboursé par la Sécurité sociale	Non remboursée par la Sécurité sociale			Taux de remboursement OC sur le non remboursé (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)
				OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Ville	Non-ALD	817	446	266	106	371	71	32
	ALD	3 645	3 110	336	199	535	63	9
Hôpital	Non-ALD	399	368	20	12	31	63	5
	ALD	3 858	3 776	53	29	82	65	1
Total	Non-ALD	1 216	814	285	117	403	70	23
	ALD	7 503	6 886	390	228	617	63	5

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 817 € de dépense moyenne en soins de ville des personnes non-ALD, 446 € ont été payés par la Sécurité sociale, 266 € par les organismes complémentaires et 106 € directement par les ménages.

Pour les non ALD par quartile de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

		Total	Remboursé par la Sécurité sociale	Non remboursée par la Sécurité sociale			Taux de remboursement OC sur le non remboursé (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)
				OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Q1		117	98	16	3	19	82	14
Q2		525	412	94	19	113	83	18
Q3		1 190	860	264	65	330	80	22
Q4		3 033	1 885	767	380	1 148	67	25
Ensemble		1 216	814	285	117	403	71	23

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 117 € de dépense totale des 25 % de personnes non-ALD consommant le moins, 98 € ont été payés par la Sécurité sociale, 16 € par les organismes complémentaires et 3 € directement par les ménages.

Pour les ALD par quartile de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

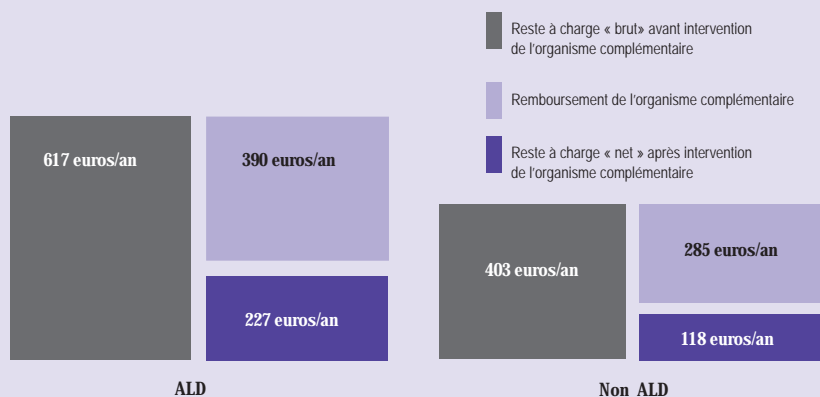
		Total	Remboursé par la Sécurité sociale	Non remboursée par la Sécurité sociale			Taux de remboursement OC sur le total (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)
				OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Q1		4 414	4 362	32	20	52	62	1
Q2		6 300	6 077	155	68	223	69	2
Q3		8 659	8 131	381	147	528	72	4
Q4		10 649	8 981	992	676	1 668	59	9
Ensemble		7 503	6 886	390	228	617	63	5

Sources • EPAS-SPS 2006, Irdes, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 4 414 € de dépense totale des 25 % de personnes ALD consommant le moins, 4 362 € ont été payés par la Sécurité sociale, 32 € par les organismes complémentaires et 20 € directement par les ménages.

graphique 2 ● Structure de la dépense non remboursée selon le statut en ALD en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.
 Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

moyenne financés à 85% par la Sécurité sociale pour les personnes en ALD, mais seulement à 55% pour les autres assurés (tableau 1).

Finalement, la part de la dépense totale prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires s'élève en moyenne à 97% pour les personnes en ALD et 90% pour les autres. Le reste à charge après intervention de l'assurance maladie et des organismes complémentaires d'une personne en ALD s'établit donc en moyenne à 230 euros contre 120 euros pour les autres assurés.

Ce constat est de nature à relativiser le poids des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale identifié dans la partie précédente pour certains assurés : en effet, les dépenses hospitalières et dans une moindre mesure les dépenses de médicaments, qui constituent l'essentiel de ces dépenses très élevées, sont en général bien prises en charge par les contrats complémentaires. C'est en effet sur le remboursement de l'optique, du dentaire et la prise en charge des dépassements que les contrats complémentaires sont les plus discriminants. Selon l'enquête de la DREES sur les contrats modaux en 2008, les médicaments remboursés à 65% sont intégralement pris en charge pour 98%

des bénéficiaires des contrats modaux étudiés par la DREES ; les médicaments remboursés à 35% sont pris en charge en totalité dans 90% des cas. En ce qui concerne l'hôpital, les contrats prennent généralement en charge la totalité du forfait journalier, pour une durée illimitée le plus souvent en médecine et sur une période le plus souvent supérieure ou égale à 30 jours en soins de suite et de réadaptation. Ce sont les séjours longs en psychiatrie qui sont les moins bien pris en charge.

En revanche, les 6% de personnes sans couverture complémentaire selon l'enquête SPS 2008, dont environ une sur cinq est en ALD (tableau 5), peuvent être confrontées à des restes à charge très élevés⁵.

tableau 5 ● Part des ALD et des non-ALD par niveau de couverture complémentaire

	% d'ALD	% de non-ALD
Absence de couverture	19	81
CMU-C	11	89
Couverture privée	14	86

Sources • SPS 2006, IRDES, calcul de la DREES.
 Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.
 Note de lecture • 19% des personnes sans couverture complémentaire sont en ALD en 2006.

5 • Les données disponibles ne permettent pas de connaître la couverture complémentaire des personnes ayant les restes à charges les plus élevés, car les effectifs sont trop faibles dans l'appariement EPAS-SPS (10000 observations) pour étudier les queues de distribution qui sont étudiées dans la partie précédente à partir de l'EPAS (70000 observations).

• Les mécanismes d'exonération existants réduisent l'écart de risque entre malades et bien portants

Le système ALD et les différentes exonérations bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur du marché de la couverture complémentaire, en réduisant le différentiel de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale entre ses bénéficiaires et les autres assurés.

En effet, les risques de santé les plus coûteux étant couverts par l'assurance obligatoire, les organismes complémentaires n'ont pas d'incitation à tarifier en fonction du statut ALD ie de l'état de santé, ce qui permet, en définitive, de modérer le montant des primes payées par les plus malades.

Ainsi, si l'écart de risque demeure lié à l'âge, il dépend beaucoup moins de l'état de santé et du statut ALD après l'intervention de la Sécurité sociale, surtout pour les seniors (tableau 6). Pour

les personnes de plus de 60 ans qui constituent plus de la moitié des bénéficiaires du dispositif, les ALD et les non-ALD ont en effet des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale qui sont voisines.

Cette limitation de l'écart de risque entre les assurés en ALD et les autres est de nature à conforter les dispositions existantes qui interdisent (code de la mutualité) ou freinent, en contrepartie d'exonérations (dispositif dit « contrats solidaires ») le recours au questionnaire médical. La tarification en fonction de l'âge paraît donc suffisante pour que les organismes complémentaires maîtrisent les différents niveaux de dépense de leurs assurés. Ce mode de tarification est d'ailleurs celui qui est pratiqué par les trois quarts des contrats individuels (tableau 7). Les primes des contrats collectifs sont, en revanche, plus souvent indépendantes de l'âge. Ces contrats sont fréquemment soumis à une adhésion obligatoire, ce qui organise une mutualisation de fait entre les salariés de l'entreprise et donc dispense d'une tarification qui tient compte des différences d'âge.

tableau 6 • Écart entre ALD et non ALD selon l'âge des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale en 2006 (dépenses remboursables présentées au remboursement)

	Proportion de personnes en ALD		Dépenses non remboursées par la Sécurité sociale		
	ALD	Non-ALD	ALD (1)	Non-ALD (2)	Écart (1) - (2)
moins de 20 ans	2%	98%	331	231	100
20-39 ans	5%	95%	566	294	272
40- 49 ans	10%	90%	504	444	60
50- 59 ans	19%	91%	521	614	-93
60 - 69 ans	28%	72%	711	648	63
70 ans et plus	47%	53%	691	782	-91
Ensemble	14%	86%	617	402	215

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 2% des personnes de moins de vingt ans sont en ALD et ont des dépenses non remboursées par la sécurité sociale de 331 €.

tableau 7 • Part de contrats (en %) dont la prime dépend de l'âge en 2008

	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
% de contrats dont les cotisations dépendent de l'âge	16,5	73,0	50,6
% de contrats dont les cotisations sont indépendantes de l'âge	83,5	27,0	49,4

Sources • Enquête DREES 2008 sur les contrats modaux.

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Note de lecture • Pour 16,5% des personnes couvertes par un contrat collectif modal, les cotisations dépendent de l'âge.

Un aperçu de cette politique tarifaire s'observe à partir de l'enquête SPS 2006. L'étude des contrats individuels à partir de cette source montre, en effet, que les primes augmentent avec l'âge, mais qu'elles demeurent indépendantes du statut ALD (tableau 8). Cette analyse ne tient cependant pas compte de l'effet qualité du contrat.

• Les mécanismes d'exonérations dont bénéficient les plus malades participent de la régulation du marché de l'assurance complémentaire

Le système ALD, en concentrant les remboursements de la Sécurité sociale sur les personnes souffrant de maladies chroniques exonérantes, participe donc indirectement à la régulation du marché de l'assurance complémentaire.

Sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, une augmentation de l'écart de risque, au sens des assureurs, entre les personnes souffrant de maladies chroniques et les autres pourrait en effet conduire à une augmentation des primes des contrats individuels pour les personnes aujourd'hui ALD, par le biais d'un retour des questionnaires santé (malgré la perte fiscale pour les assureurs) ou par le biais de menus de contrats conduisant les assurés à révéler indirectement leur niveau de risque (Rothschild et Stiglitz, 1976).

Si les cotisations des contrats individuels des personnes souffrant de maladies chroniques augmentaient fortement, cela toucherait notamment les personnes âgées et les populations de niveau de vie modeste, sur-représentées en ALD (cf. encadré 2). Elles sont en effet plus fréquemment couvertes par ce type de contrat (graphique 3) que par des contrats collectifs qui offrent généralement de meilleures garanties.

tableau 8 • Prime moyenne (en €) par bénéficiaire payée pour un contrat individuel selon l'âge du souscripteur et le statut ALD des personnes bénéficiaires du contrat

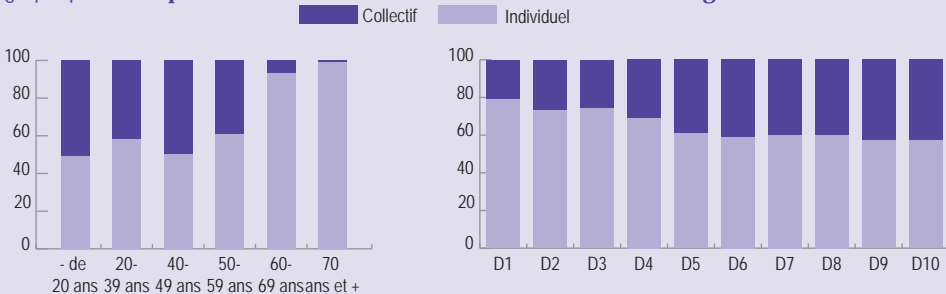
Tranche d'âge	Aucune personne en ALD sur le contrat	Au moins une personne en ALD sur le contrat
Moins de 40 ans	31	31
De 40 à 54 ans	44	44
De 55 à 64 ans	60	54
De 65 ans à 74 ans	68	68
75 ans et plus	72	61

Sources • Enquête SPS 2006, IRDES, traitement de la DREES.

Champ • France métropolitaine, ménage ordinaire.

Note de lecture • Pour un contrat individuel souscrit par une personne de moins de 40 ans, chaque bénéficiaire paye une prime moyenne de 31 € si aucune personne sur le contrat n'est en ALD.

graphique 3 • Répartition des contrats collectifs et individuels selon l'âge et le niveau de vie



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 49% des personnes de moins de 20 ans ayant une couverture complémentaire ont un contrat individuel.

Toute proposition de réforme visant à modifier les critères de remboursement de l'assurance maladie obligatoire devrait donc intégrer les éventuelles conséquences sur le marché de l'assurance complémentaire, et prévoir au besoin une adaptation des dispositifs de régulation existants (CMU, ACS, contrats responsables...).

Conclusion

Ce dossier s'est efforcé d'apporter des éclairages nouveaux sur la façon dont l'assurance maladie obligatoire mais aussi les organismes complémentaires prennent en charge les plus malades et de quantifier l'ampleur de la redistribution horizontale – entre malades et bien portants – qui est opérée par leur entremise. Il a souligné l'articulation forte qui existe entre ces deux niveaux d'assurance.

Bibliographie

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010) «Enquête sur la santé et la protection sociale 2008», *IRDES, rapport n° 1800, juin 2010*
- Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi An., Mizrahi Ar., «Enquête sur la santé et la protection sociale 1992» *Rapport Credes n° 982, 1993/08*
- Caussat L., Le Minez S., Raynaud D. (2005): «L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus?», *Dossiers Solidarité et Santé, n° 1-2005*.
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS): «Étude sur les personnes en affection de longue durée», *Point d'information, 4 décembre 2008*.
- Haute Autorité de Santé (HAS), «Affections de longue durée: liste des critères médicaux», *avis 2007*.
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM): «Avis sur une prise en charge efficiente des maladies dites affections de longue durée», *avis du 28 avril 2005*.
- Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS), «Les affections de longue durée», *rapport présenté par Jean-Pierre Door, 26 novembre 2008*.
- Païta M., Weill A (2009) «Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008», *CNAMTS, Point de repère n° 27, décembre 2009*.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976), «Equilibrium in Complete Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90.
- Tabuteau D. (2010): «La métamorphose silencieuse des assurances maladie», *Droit social, n° 1 janvier 2010*.

annexe • Le dispositif de prise en charge des affections de longue durée

La description du dispositif

Dès l'origine de la Sécurité sociale, les assurés les plus malades ont bénéficié de dispositions particulières pour leur permettre d'accéder à des soins par nature onéreux. Ainsi, l'ordonnance du 19 octobre 1945, un des textes fondateurs du système actuel, prévoyait, dans son article 24, de diminuer ou de supprimer la participation financière des patients atteints d'une affection longue et coûteuse. Ce principe s'est matérialisé avec la mise en place du système d'Affection de longue durée (ALD).

Une affection de longue durée exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique justifient une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Cette prise en charge à 100% est réservée aux soins et traitements liés à l'affection de longue durée. Les traitements délivrés aux patients en ALD qui concernent une autre pathologie sont remboursés aux taux habituels par l'assurance maladie.

Une liste répertorie les trente affections ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. À cette liste, s'ajoutent les affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32).

La loi du 13 août 2004 a rénové le dispositif: le protocole de soins est établi par le médecin traitant pour tout malade entrant en ALD. Ce protocole permet d'améliorer:

- la circulation de l'information et la coordination des soins entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui suivent un patient en ALD;
- l'information du malade sur les soins et les traitements pris en charge à 100% dans le cadre de la maladie.

Selon la CNAMTS, 8,3 millions de personnes du régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD au 31 décembre 2008⁶. La proportion de personnes en ALD étant plus importante dans les autres régimes, notamment à la MSA⁷ compte tenu d'une pyramide des âges plus vieille, c'est au total près de 10 millions de personnes qui sont au total, tous régimes confondus, exonérés du ticket modérateur pour une ALD en 2008, soit environ 15% de la population française.

La progression annuelle du nombre de personnes en ALD ralentit légèrement. Elle est évaluée à +3,5% entre 2007 et 2008, contre +3,9% par an entre 2005 et 2007 et +5,7% par an entre 1994 et 2004 selon les données du régime général. Malgré ce ralentissement, la croissance des personnes en ALD reste nettement supérieure à la croissance de la population française (+0,6% en 2008) en raison essentiellement de l'augmentation de la prévalence des ALD et dans une moindre mesure du vieillissement de la population, si bien que la proportion de personnes en ALD continue de croître. Ainsi, selon l'enquête SPS 1992, moins de 7% des personnes enquêtées déclaraient à l'époque être en ALD⁸. La proportion de personnes en ALD a donc plus que doublé

6 • « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 », Païta M., Weill A., CNAMTS, *Point de repère*, n° 27, décembre 2009.

7 • « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 », Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., IRDES, rapport n° 1800, juin 2010. Selon SPS 2008, la proportion de personnes exonérée du ticket modérateur pour raison médicale serait de 14% pour les personnes interrogées relevant pour leur régime de protection sociale de la CNAMTS, de 23% à la MSA, et de 14% au RSI.

8 • « Enquête sur la santé et la protection sociale 1992 », Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi An., Mizrahi Ar., Rapport Credes n° 982, 1993/08, 148 pages.

en une quinzaine d'années. En 2008, les personnes en ALD ont concentré 62,3% des remboursements du régime général.

Pour le régime général, les maladies cardiovasculaires représentent 34% des motifs d'exonération pour ALD, notamment l'hypertension artérielle sévère (13%), les maladies coronaires (10%) et l'insuffisance cardiaque grave (7%). Le deuxième grand motif d'exonération du ticket modérateur pour ALD est l'exonération pour tumeur maligne (20%), notamment pour les cancers du sein (11%) et de la prostate (8%). Le troisième grand motif d'exonération est le diabète (20%). Ces trois premiers motifs d'exonération concernent en majorité des personnes âgées de plus de 60 ans. Ainsi, l'âge moyen des personnes exonérées pour une maladie cardiovasculaire est de 70 ans, il s'établit à 66 ans pour les tumeurs malignes et à 65 ans pour le diabète. En revanche, le quatrième grand motif d'exonération, les affections psychiatriques de longue durée (11%) concerne une population plus jeune (48 ans en moyenne). Certaines personnes pouvant avoir plusieurs ALD, ces 4 principaux motifs d'exonération représentent environ 76% des personnes en ALD.

Les débats autour du dispositif ALD

En 2008, environ 15% de la population française, soit près de 10 millions de personnes bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une ALD. Cette proportion a doublé en 15 ans, si bien que près des deux tiers des remboursements de l'assurance maladie sont destinés aux personnes en ALD. Cette croissance s'explique essentiellement par l'augmentation de la prévalence des ALD. Il est à noter que même si le dispositif ALD n'existait pas, les personnes particulièrement exposées au risque maladie bénéficieraient d'autres exonérations (au titre des hospitalisations, de divers critères sociaux...). Au total, le surcoût du dispositif d'exonération ne représente qu'une faible part des remboursements des soins par l'assurance maladie des personnes en ALD⁹ (10%).

La dynamique des dépenses des personnes en ALD est vive, expliquant 90% de la croissance annuelle des remboursements. En effet, plus que l'exonération elle-même¹⁰, c'est à la fois la croissance rapide des effectifs en ALD (+ 3,5% en 2008) et l'intensification des soins dispensés aux patients relevant de pathologies lourdes et chroniques qui expliquent la dynamique des dépenses des personnes en ALD. Selon des projections de la CNAMTS pour la période 2008-2011, les ALD contribueraient à 95% de la croissance des dépenses de ville, et 81% de la croissance des dépenses hospitalières¹¹. La concentration croissante des dépenses d'assurance maladie sur les assurés en ALD et la dynamique de leurs dépenses, dans un contexte de difficultés récurrentes de financement de l'assurance maladie et de vieillissement de la population, ont mis ce dispositif au centre du débat public. Il a été questionné sous l'angle à la fois de l'efficacité médicale et de l'équité horizontale dans divers rapports et contributions ces dernières années et diverses pistes de réforme ont été proposées.

Le système des ALD poursuit en effet deux objectifs différents, comme l'ont notamment rappelé la HAS (2006 et 2007)¹², le HCAAM¹³ (2005, 2006 et 2007) et la Cour des comptes¹⁴ (2006) : à l'objectif initial d'accessibilité financière aux soins des patients atteints d'une maladie longue et

9 • Voir le rapport de la MECSS sur les affections de longue durée (2008), présenté par Jean-Pierre Door.

10 • Selon la Cour des comptes, dans son rapport sur la répartition du financement des dépenses d'assurance maladie depuis 1996, ce surcoût lié aux ALD n'expliquerait que 6,2% de la croissance des dépenses d'assurance maladie obligatoire sur la période 2004-2006.

11 • Point d'information CNAMTS, 4 décembre 2008, « Étude sur les personnes en affection de longue durée ».

12 • HAS, rapport mai 2006 et HAS, « Affections de longue durée : liste et critères médicaux », avis 2007.

13 • HCAAM, avis du 28 avril 2005 sur une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée » ; HCAAM, rapport annuel, juillet 2006 ; HCAAM.

14 • Cour des comptes, rapport sur les finances sociales, septembre 2006.

coûteuse s'est ajouté à partir de 1988 un objectif de qualité des soins garantie en principe par la protocolisation des parcours de soins¹⁵. La HAS, suivie en cela par le HCAAM, la Cour des comptes, la MECSS¹⁶ et le HCSP¹⁷, s'est interrogée sur la possibilité d'atteindre efficacement ces deux objectifs avec un seul outil. Les critiques portant sur l'efficacité de ce dispositif pour assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients ont en particulier pointé l'hétérogénéité de la liste des ALD et sa cohérence médicale imparfaite. Elles ont débouché notamment sur des propositions de révision plus ou moins poussée des critères médicaux d'admission – et de sortie – en ALD et de la liste des pathologies concernées, ainsi que sur des recommandations visant à améliorer la prise en charge médicale (contractualisation avec les professionnels, formation continue, éducation thérapeutique des patients...).

Un second type de critiques a plus particulièrement porté sur l'efficacité du dispositif à limiter les restes à charge élevés et à garantir de ce fait l'accessibilité financière des soins. L'absence de définition *a priori* de la notion de « soins particulièrement coûteux » a été pointée. Or les travaux, notamment de la HAS, du HCAAM et de la CNAMTS, ont mis en évidence une grande diversité des coûts effectivement constatés pour une même pathologie selon les patients, et pour un même patient, selon le stade de la pathologie. Ils pointaient également l'existence de restes à charge – après remboursement de l'assurance maladie – qualifiés de catastrophiques du fait de leurs montants, pour des assurés ne bénéficiant pas de l'ALD, mais aussi pour des personnes en ALD. Ces constats ont alimenté, *a minima*, l'idée d'une révision de la liste des ALD afin de cibler réellement les pathologies longues et coûteuses et au-delà, des idées de réformes plus importantes afin de venir à bout de ces restes à charge catastrophiques et de recentrer le dispositif sur les personnes confrontées à des dépenses très élevées.

La HAS (2006 et 2007) a ainsi proposé une dissociation complète des critères de reconnaissance d'une affection de longue durée (objectif de qualité des soins) et des critères d'exonération du ticket modérateur (objectif d'accessibilité financière). Dans le prolongement de ces travaux, le rapport Briet-Fragonard¹⁸ proposait en 2007 de mettre en place un système de bouclier sanitaire, consistant à plafonner annuellement les restes à charge des assurés – définis par la différence entre la dépense remboursable par l'assurance maladie et la dépense effectivement remboursée – et à supprimer en contrepartie le système d'exonération ALD. Le plafond de reste à charge au-delà duquel les dépenses remboursables seraient remboursées intégralement par l'assurance maladie pourrait dépendre du revenu, et le champ des dépenses concernées se limiterait dans un premier temps aux dépenses de ville, avant, selon sa faisabilité technique, d'inclure les dépenses hospitalières. Les dépassements d'honoraires ne seraient pas concernés par le bouclier sanitaire.

Enfin, d'autres contributions (Tabuteau¹⁹, 2010) ont souligné que la contrepartie d'une concentration croissante des dépenses de l'assurance maladie sur les ALD avait été un transfert progressif de certaines charges vers les organismes complémentaires et les ménages, à la faveur des déremboursements et de la hausse des tickets modérateurs et autres participations forfaitaires. Il en découlerait un risque d'une remise en question de l'équilibre historique entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, et partant d'une augmentation des inégalités sociales de santé. Dans ce cas, la piste de réforme privilégiée était, au-delà de la maîtrise des dépenses, une hausse raisonnée des prélèvements obligatoires.

15 • Le protocole inter-régime d'examen spécial (PIRES) a constitué le premier instrument d'une gestion des soins au service de la qualité. Il obligeait notamment à l'établissement d'un protocole écrit de traitement.

16 • Rapport de la MECSS, 2008.

17 • HCSP, rapport de la commission maladies chroniques, « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique », novembre 2009.

18 • Briet, R. et Fragonard B., avec le concours de Lancry P.-J., mission bouclier sanitaire, 28 septembre 2007.

19 • Tabuteau D., 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, janvier.