



Bouclier sanitaire : un scénario de repli à oublier de toute urgence

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| À propos de l'auteur | 2 |
| A propos de l'Institut Sapiens | 3 |
| A propos de l'observatoire santé et innovation | 4 |
| 1. Le scénario du bouclier sanitaire : un scénario de repli, non fouillé, non discuté, dépassé | 5 |
| 2. Le bouclier sanitaire : deux scénarios à plus d'un milliard d'euros, qui ne résolvent pas les RAC AMO extrêmes | 10 |
| 3. Les complémentaires santé résolvent la plupart des situations de RAC AMO extrêmes et il faudrait avoir une analyse actualisée du problème des restes à charge après le 100% santé | 15 |
| 4. Le problème des RAC AMO catastrophiques des plus âgés doit être résolu par un meilleur recours à la CSS | 17 |
| 5. Au-delà, le problème des RAC AMO catastrophiques des plus malades doit être résolu par une accélération de la mise en œuvre des parcours de soins, financés en partie forfaitairement et en collaboration avec les OCAM. | 18 |
| 6. La résolution du coût de la complémentaire santé pour les plus âgés doit s'opérer par la liberté de contractualisation, permettant notamment une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires des soins de ville et à l'hôpital et un meilleur ciblage de la TSA. | 20 |
| Conclusion | 21 |

À propos de l'auteur



Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

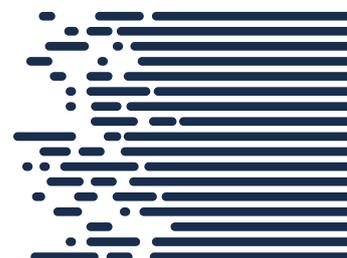
Sa vocation est triple :

Décrypter — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

Décloisonner et faire dialoguer — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

Se former — Le XXI^e siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : institutsapiens.fr

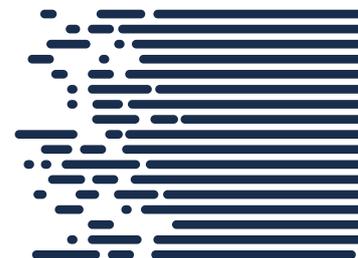


A propos de l'observatoire santé et innovation

L'Observatoire santé et innovation (OSI) a pour objectif de mettre en avant les innovations transformant le domaine de la santé, tout en proposant des actions pour préparer au mieux leur émergence, leur encadrement et leur déploiement.

Composé de chercheurs, d'entrepreneurs, d'experts et de professionnels de la santé, les réflexions de notre observatoire seront articulées autour de quatre thématiques : la distribution territoriale et sociale de la santé ; les innovations médicales et médicamenteuses ; l'organisation politique et financière du système de santé ; les questions financières et éthiques liées aux innovations médicales.

À travers les outils de communication et d'expression de l'Institut Sapiens, l'OSI ambitionne de peser dans le débat public. Les analyses, décryptages et propositions innovantes formulées par nos experts visent à optimiser le fonctionnement de notre système de santé dans l'intérêt des citoyens.



1. Le scénario du bouclier sanitaire : un scénario de repli, non fouillé, non discuté, dépassé

Le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a produit un scénario de repli face à celui de la Grande Sécu, dont les effets sur l'égalité de l'accès aux soins (création d'une médecine à deux vitesses) et sur les finances publiques se sont révélés irrecevables.

Ce scénario de repli, dit de « bouclier sanitaire », avait déjà été évoqué en 2009, sans succès auprès des pouvoirs publics, dans le cadre du rapport réalisé par messieurs Briet et Fragonard.

Ce « bouclier sanitaire » semble non assumé, puisqu'il n'apparaît maintenant qu'en annexe du rapport, alors qu'il était présent dans le scénario de statut quo de la première version provisoire du rapport avant d'être retiré dans la deuxième version. Un véritable serpent de mer en somme.

Ce scénario est non fouillé, puisqu'il ne tient pas compte de l'ensemble des analyses de l'étude DREES sur les « restes à charge (RAC) catastrophiques » dont les restes à charge des personnes en ALD et /ou âgées, situations que ce scénario est pourtant censé résoudre. Il n'a pas non plus été discuté avec l'ensemble des membres du HCAAM si l'on en croit les déclarations dans la presse de représentants des organismes de complémentaire santé, membres participants du HCAAM.

Le RAC : de quoi parle-t-on ?

Nous exposerons ici le résumé de notre analyse des différentes études disponibles concernant le RAC. Le détail de nos analyses figure en annexe.

Définitions préalables

LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ESTIMATIONS ET DES ETUDES STATISTIQUES DU MINISTERE DE LA SANTE (DREES) APPELLE RAC AMO, LE RESTE A CHARGE DES PATIENTS APRES INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO). LES ETUDES LES PLUS RECENTES DE LA DREES PORTENT SUR LES CHIFFRES DE DEPENSES DE SANTE EN 2017, C'EST-A-DIRE AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU 100 % SANTE VISANT A LIMITER LES RESTE A CHARGE EN MATIERE DE PROTHESES OPTIQUES, DENTAIRE ET AUDITIVES, APRES INTERVENTION DE L'AMO ET DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC), CE QUE LA DREES APPELLE LES RAC AMC , PLUS COMMUNEMENT APPELES RAC.

- Le RAC AMO moyen en France, en 2017 (soit avant le 100 % santé), est de 620 €/an ; le RAC AMC est de 220 € (réduction de 65 % du RAC en moyenne), faisant ainsi du système dual français (AMO + AMC) le système laissant le plus faible RAC de l'OCDE (6,9 %).
 - 10 % des Français, soit 6,7 millions d'individus, supportent un RAC AMO > 1 200 €/an (2 200 € en moyenne)
 - 1 % des Français, soit 670 000 Français, supportent un RAC AMO > 3 700 € (5400 € en moyenne)
 - 0,1 % des Français, soit 6 700 Français, supportent un RAC AMO > 10 000 €
- **Le RAC des personnes en ALD¹**

Les dépenses des personnes en ALD ne sont pas remboursés à 100 % par la Sécurité sociale

IL PEUT PARAITRE PARADOXAL DE PARLER DE RAC AMO POUR LES PERSONNES EN ALD, DANS LA MESURE OU, LES SOINS DE CES PERSONNES SONT REPUTES PRIS EN CHARGE A 100 % PAR L'AMO. MAIS IL FAUT PRECISER QUE CE 100 % SE RAPPORTE, D'UNE PART AUX SOINS EN RAPPORT AVEC LA SEULE PATHOLOGIE OBJET DE LA MISE EN ALD, POUR LES FRAIS PLAFONNES AUX BASES DE REMBOURSEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE, ETANT ENTENDU QUE « LES FRANCHISES MEDICALES, LES PARTICIPATIONS FORFAITAIRES, LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER, LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ET LA LIBERTE TARIFAIRE (DEPASSEMENTS) RESTENT A LA CHARGE DU PATIENT OU DE SON ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ».

1 La liste (ALD30) des ALD exonérantes du Ticket Modérateur (TM) concerne des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, comme l'accident vasculaire cérébral invalidant, l'insuffisance cardiaque grave, les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ; le diabète de type 1 et de type 2 Elle est complétée de deux autres listes : forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (Liste ALD 31) et enfin plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible > à 6 mois (Liste ALD 32)

Une autre étude de la DREES², portant là encore sur les chiffres de 2017, indique que le RAC des personnes en ALD est, très majoritairement (80 %), dû à des dépenses non liées à leur pathologie exonérante. Et pour leur quasi-totalité (90 %) aux dépassements d'honoraires des médecins, et aux dépassements relatifs aux postes couverts par le 100 % Santé (voir encadré) qui représentent près d'un tiers de leur RAC AMO total non lié à leur pathologie exonérante.

DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (98 % DES CONTRATS COMPLEMENTAIRES SANTE), LA REFORME DU 100% SANTE PREVOIT LA PRISE EN CHARGE TOTALE, A TRAVERS LES REMBOUSEMENTS COUPLES DE L'AMO ET DE L'AMC, D'UN PANIER DE SOINS EN OPTIQUE, PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES, POUR LESQUELS LES TARIFS ET HONORAIRES SONT PLAFONNES (OPPOSABLES).

LA REFORME OBLIGE EGALEMENT LES AMC A UNE BAISSSE DES PLAFONDS QUI CONDUIT A UNE RESTRICTION DE REMBOURSEMENT DES RENOUELEMENTS EN OPTIQUE ET EN AUDIOLOGIE.

Les RAC catastrophiques des personnes en ALD concernent majoritairement des retraités. Ces RAC ne sont pas liés non plus à leur pathologie. Ainsi, 70 % du RAC AMO des retraités en ALD correspondent aussi pour moitié aux dépassements (médecins + postes du 100% santé), ce que la DREES appelle « liberté tarifaire »

• **Le RAC AMO des personnes âgées**

Sur les deux tranches d'âge des retraités :

- Les RAC AMO sont en moyenne d'un montant double (plus ou moins 10%) à celui des 41-45 ans.
- Le RAC AMO sur les soins de ville reste le plus important,
- Le RAC AMO sur le périmètre des soins couverts par le 100 % Santé varie peu, en fonction de l'âge et représente entre un quart et un tiers de leur RAC AMO global.
- Le poids des dépassements d'honoraires dans le RAC AMO des soins de ville étant de 61 % (soit 155 € en moyenne), on peut estimer que les dépassements (« liberté tarifaire ») pèsent pour plus de 579 € (les personnes plus âgées fréquentent en moyenne davantage les spécialistes) dans le RAC AMO des retraités, soit 44 %.

² Source : Etudes DREES n°1180-janv 2021 : « Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures »

- Ce sont les personnes hors ALD qui supportent les RAC AMO les plus élevés, par comparaison aux personnes en ALD. Ceci du fait du poids des soins de ville et des postes du 100 % Santé, qui sont caractérisés par l'existence de dépassements ; ce sont donc les dépassements (liberté tarifaire) qui pèsent particulièrement dans le RAC des retraités, comme ils pèsent d'ailleurs pour l'ensemble de la population (voir ci-dessous).
- Le RAC AMO hospitalier n'est réellement significatif que pour les plus de 85 ans.

- **Le RAC AMO selon les postes de soins**

En 2017³, 80 % des RAC AMO, toutes populations confondues, portent sur les soins de ville (50 %) et les postes du 100 % Santé (30 %). Ils sont principalement consécutifs à la « liberté tarifaire » : pour 60 % des RAC AMO relatifs à ces deux typologies de soins, qui concentrent une grande partie des dépassements, la liberté tarifaire représentant au global des postes 48 % des RAC AMO.

- **Les RAC AMO extrêmes**

La DREES établit un focus sur les 0,1 % des Français subissant des RAC AMO supérieurs à 10 000 €. Celui-ci révèle qu'en 2017, 40 % de Français concernés n'étaient pas en ALD. La population touchée par des RAC AMO extrêmes est constituée à 33 % de gens de moins de 75 ans, sans ALD, là aussi du fait de la « liberté tarifaire ».

- **Les RAC après AMC**

La seule étude détaillée des RAC après AMO et AMC est celle de l'IRDES⁴ portant sur des chiffres de 2012, c'est-à-dire avant deux réformes importantes du contrat responsable (en 2017, intégrant la prise en charge obligatoire de l'ensemble des Tickets modérateurs et du Forfait journalier hospitalier de manière illimitée, et en 2020 le 100% santé, visant à une baisse importante du RAC pour les postes optiques, dentaires et audioprothèses, voire réduite à 0 dans le cadre de paniers qualitatifs de prothèses spécifiques (représentant, 32 % du RAC AMO global en moyenne sur l'ensemble de la population)).

En 2012, au sein des ménages comprenant une personne âgée de 60 ans ou plus, le principal poste de RAC est l'optique, suivi du dentaire. Ils représentent respectivement 23 % et 18 % du RAC, ce qu'oublie d'ailleurs de préciser la DREES dans sa dernière étude sur l'équité en matière de couverture santé, de reste à charge et de taux d'effort

³ Source DREES, études et Résultats n°1171-Nov 2020 : « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels », comptes nationaux de la santé 2020-chiffres 2019, comptes nationaux de la santé 2019-chiffres 2028- chiffres détaillés pour 2019 non publiés

⁴ Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?

des retraités⁵. Par ailleurs, l'hôpital, qui représente près de 36 % des dépenses totales de santé des ménages comprenant une personne âgée de 60 ans ou plus, ne représente en revanche plus que 8 % du RAC⁶ dont en bonne place, le Forfait Journalier Hospitalier (FJH) pour les personnes non en ALD et les dépassements d'honoraires (Cf. Supra pour la totalité de la tranche d'âge).

L'étude du HCFEA sur les RAC des personnes âgées (voir tableau 7) reprend cette étude et montre que, pour les personnes de 60 ans ou plus, le RAC AMC moyen pour l'optique et le dentaire représente 196 € (pour un RAC AMO de 424 €), soit en fonction de la réforme du 100 % santé, intervenue à partir de 2020, une baisse potentielle du RAC pour les plus de 60 ans - de 41 % (si les prothèses retenues se situent dans les paniers sans reste à charge -Cf. encadré), à laquelle il faudrait ajouter l'impact du RAC 0 sur les aides auditives et la prise en charge totale et illimitée du forfait journalier hospitalier par les AMC depuis 2017 sur le RAC hospitalier (non chiffré).

Tableau 7. Dépenses de santé et reste à charge des ménages comprenant une personne de 60 ans ou plus, par poste de soins en 2012

| | Dépenses totales | Taux couverture par l'AMO | RAC AMO | Taux couverture par l'AMC | | RAC AMC |
|---------------------|------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|------------|
| | | | | En % des dépenses totales | En % du RAC après AMO | |
| Consultations de PS | 1397 | 82 % | 254 | 12 % | 68 % | 82 |
| Optique | 200 | 3 % | 195 | 44 % | 45 % | 108 |
| Dentaire | 332 | 31 % | 229 | 42 % | 62 % | 88 |
| Pharmacie | 1392 | 79 % | 297 | 17 % | 78 % | 65 |
| Biologie | 195 | 74 % | 50 | 19 % | 74 % | 13 |
| Autres ambulatoires | 654 | 80 % | 128 | 7 % | 38 % | 80 |
| Hôpital | 2305 | 93 % | 167 | 6 % | 77 % | 38 |
| Ensemble | 6481 | 80 % | 1324 | 13 % | 64 % | 478 |

Note • Les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO). Le RAC AMO est le reste à charge après assurance maladie obligatoire et le RAC AMC le reste à charge après assurance maladie complémentaire. Les ménages comprenant une personne de 60 ans et plus sont en moyenne composés de 1,72 personne

Lecture • Les ménages dont la personne la plus âgée a plus de 60 ans ont un reste à charge moyen après assurances obligatoire et complémentaire de 88 € par an pour les soins dentaires.

Champ • Ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) uniquement.

Source • DREES, INES-OMAR 2012.

La question du RAC est une chose complexe à appréhender. Derrière le taux global de RAC en France, le plus faible de toute l'OCDE (6,9 %), se cache de nombreuses réalités montrant que les Français ne sont pas touchés de la même façon qu'ils soient retraités ou concernés par une ALD. Une disparité qui n'est en aucun cas résolue par le bouclier sanitaire.

5 Source DREES : L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu - Etudes et résultats n°1220-février 2022

6 Source DREES citée dans « L'incidence des réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées, Note du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), 2020 »

2. Le bouclier sanitaire : deux scénarios à plus d'un milliard d'euros, qui ne résolvent pas les RAC AMO extrêmes

Le HCAAM présente, en annexe de son rapport et en sus des scénarios principaux, deux versions du bouclier sanitaire, et une variante. Dans les deux cas, le bouclier sanitaire est un montant forfaitaire, calculé à partir de la somme des restes à charge cumulés sur un an après intervention de la Sécurité sociale (somme des RAC AMO) mais qui ne concerneraient que le Tickets modérateur et non pas la liberté tarifaire. Ce montant agirait en tant que plafond au-delà duquel la Sécurité sociale prendrait en charge à 100% les dépenses de santé remboursables (hors liberté tarifaire et hors actes et produits non remboursables).

- **Scénario 1 : bouclier sur les seuls frais hospitaliers, limités à un RAC AMO individuel de 1 100 euros par an en hospitalisation (non limité sur les autres postes de soins), pour un coût pour la Sécurité sociale de 1 Md €.** Ce bouclier concernerait 2,6 % des Français (moins de 1,7 million de personnes) et 4 % des retraités.
- **Scénario 2 : bouclier sur les frais hospitaliers et les soins en ville, limités à un RAC AMO de 1 400 euros par an, pour un coût pour la Sécurité sociale de 2 Mds € ; ce bouclier toucherait 1,2% des Français (moins de 1 million de personnes), 8 % des retraités et 6,1 % des personnes en ALD.**
- **L'alternative consiste à faire varier ce bouclier en fonction des revenus.**

Ces scénarios sont censés diminuer fortement les RAC AMO des personnes subissant des « RAC catastrophiques », particulièrement chez deux catégories de population : les personnes en ALD et les retraités. Mais ce sont deux scénarios qui ignorent les vrais problèmes : la couverture des RAC AMO dus aux dépassements tarifaires et l'insuffisant recours des plus précaires à la Couverture Santé Solidaire (CSS).

En effet, du fait du poids des dépassements dans le RAC AMO, les scénarios du bouclier sanitaires ne protègent pas des RAC catastrophiques :

- **Le scénario 1 du bouclier sanitaire hospitalier ne traite pas le problème du RAC des retraités.** Ainsi, pour les deux tranches d'âges de retraités (65-85 ans / >85 ans), le RAC AMO sur les soins de ville reste le plus important et le RAC AMO sur les postes du 100 % Santé représente entre un quart et un tiers des RAC AMO.

| Composantes du revenu disponible | Répartition du revenu disponible (en %) | | Part des ménages percevant un revenu de ce type (en %) | |
|---|--|---|--|---|
| | Ensemble des ménages comptant au moins un senior | dont : avec un membre senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie | Ensemble des ménages comptant au moins un senior | dont : avec un membre senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie |
| Revenus d'activité¹ | 24,0 | 14,2 | 28,1 | 19,4 |
| Salaires | 20,7 | 12,9 | 25,4 | 17,0 |
| Revenus d'indépendants | 3,3 | 1,3 | 4,6 | 3,3 |
| Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹ | 75,4 | 81,6 | 93,8 | 96,8 |
| Chômage et préretraites | 1,5 | 1,1 | 7,1 | 5,0 |
| Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires | 73,8 | 80,5 | 92,0 | 95,7 |
| Revenus du patrimoine | 15,3 | 11,0 | 91,6 | 90,7 |
| Impôts directs² | -17,3 | -12,1 | - | - |
| Prestations sociales non contributives³ | 2,6 | 5,3 | 18,3 | 26,3 |
| Prestations familiales ⁴ | 0,2 | 0,2 | 1,9 | 1,9 |
| Allocations logement | 0,7 | 1,3 | 12,2 | 18,2 |
| Minima sociaux ⁵ | 1,6 | 3,6 | 8,7 | 15,7 |
| Prime d'activité | 0,1 | 0,1 | 2,7 | 2,7 |
| Ensemble | 100 | 100 | - | - |
| Revenu disponible mensuel moyen (en euros) | 2 815 | 2 469 | - | - |
| Niveau de vie mensuel moyen⁶ (en euros) | 2 143 | 1 852 | - | - |
| Niveau de vie mensuel médian⁶ (en euros) | 1 837 | 1 650 | - | - |

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la CSG (imposable et non imposable) et de la CRDS mais sont nets des autres cotisations sociales. Les pensions alimentaires considérées ici sont la différence entre les pensions alimentaires reçues et les pensions alimentaires versées.

2. Impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG (imposable et non imposable), CRDS, prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il s'agit des impôts directs payés en 2017, calculés d'après la déclaration de revenus 2016.

3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.

4. Hors complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje-CMG), cette prestation familiale n'étant pas prise en compte par l'Insee dans le calcul du niveau de vie.

5. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'ASI et l'ADA ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'ERFS. S'agissant de l'ASS, l'AER-R, l'ATA et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, ils sont classés parmi les revenus de remplacement.

6. Le niveau de vie mensuel est calculé en moyenne par personne, et non par ménage.

Notes > Une personne est ici dite en situation de handicap ou de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Une personne est ici considérée comme senior lorsqu'elle est âgée de 60 ans ou plus.

Lecture > En 2017, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 60 ans ou plus et présente un handicap ou est en perte d'autonomie, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 5,3 %. 26,3 % de ces ménages perçoivent ce type de prestations.

Champ > France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire et comptant au moins une personne de 60 ans ou plus, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul.

Sources > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2017.

- **Les scénarios 1 et 2 ne traitent pas le problème des 1 % de Français ayant les RAC les plus élevés, puisque les dépassements d'honoraires des soins de spécialistes, des chirurgiens, des anesthésistes et des prothèses optique, dentaire, auditives et autres appareillages ne sont pas couverts par le bouclier sanitaire et restent en totalité à charge des patients.** Selon la DREES (voir ci-dessus), la population touchée par des RAC AMO extrêmes est constituée à 33 % de gens de moins de 75 ans, sans ALD, là aussi du fait de la « liberté tarifaire ». Entre 400 € et 500 € pour les plus de 75 ans en moyenne, ne seront pas couverts par le bouclier sanitaire. Les RAC AMO moyens (pour rappel 50 % de 5 400 € en moyenne, soit 2 700 €), viendront s'additionner à la franchise de 1 400 € du bouclier sanitaire pour peser sur le RAC de ces personnes : 4 100 €, pour un RAC AMO moyen actuel de 5 400 €, soit une baisse du RAC AMO de 26 % en moyenne par rapport à la situation de 2017. De plus, les RAC AMO seront plus importants dans la plupart des cas pour les 1 % de Français au RAC AMO > 3 700 €, dont la part de RAC AMO dû à la liberté tarifaire est plus importante en valeur absolue.

Le bouclier sanitaire n'est absolument pas une solution pour diminuer significativement le RAC des personnes en ALD. En effet, la DREES2 rappelle, qu'au global, toutes dépenses confondues, la « liberté tarifaire », c'est-à-dire les dépassements en optique, dentaire, appareillage et les dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux représentent 90 % du RAC AMO total [des patients en ALD] ». **De la même manière le bouclier sanitaire ne prendrait pas en charge la liberté tarifaire qui représente 44 % des RAC AMO des retraités (voir ci-dessus).**

- Les retraités sont par ailleurs loin, d'être en majorité parmi les populations les plus précaires. Selon les comptes nationaux 2020, publiés par la Drees, « dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut s'apprécier en rapportant le rac au revenu disponible brut (RDB).

En 2019, le rac représente un peu moins de 1,0 % du RDB, en baisse tendancielle depuis 2010, année pour laquelle il représentait 0,3 point de plus. Le niveau moyen de revenu disponible brut mensuel de cette tranche d'âge se situe entre 2469 et 2815 €, pour un revenu disponible moyen de 3 139 euros par mois pour l'ensemble de la population, soit suivant la classification de l'INSEE, au niveau des déciles 5 ou 6 selon les deux cas.

Se pose alors la question suivante : au-delà de ce niveau, les RAC AMO sont-ils si catastrophiques ? Est-on certain de protéger les populations les plus précaires avec ces boucliers ?

Le bouclier sanitaire, s'appuyant sur le niveau de RAC AMO et non sur les revenus, un creusement du déficit social (de l'ordre de 1 à 2 Mds €) viendrait également au secours de retraités aisés en fonction de leur revenu. Le raisonnement serait le même concernant les personnes en ALD, puisqu'il existe une forte corrélation entre âge et statut ALD. De plus le RAC AMO catastrophique est apprécié par individu et non par ménage, ce qui fausse encore plus l'appréciation vis-à-vis du revenu disponible brut.

Pour autant, il faut à tout prix, éviter un bouclier sanitaire en fonction du revenu sabordant le principe de solidarité de notre protection sociale.

Une telle décision sonnerait, en effet, le glas du principe de « chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins », fondement de la solidarité, ciment de la société française, qui régit d'ailleurs la sécurité sociale. Comme le bouclier sanitaire ne vise pas les dépassements, les personnes aisées ou les salariés du privé, via le contrat complémentaire collectif obligatoire, dont 50 % de la cotisation est prise en charge par l'entreprise, continueront à avoir une AMC avec un niveau de bouclier sanitaire très élevé et de régler une cotisation d'assurance en sus pour les dépenses supérieures au bouclier. Cette situation d'inégalité entre les salariés d'entreprise et les retraités, bénéficiant de contrats individuels est pourtant dénoncée par le rapport HCAAM comme l'une des aberrations majeures du système dual AMO + AMC.

Le bouclier sanitaire risquerait bien de ne pas résoudre les inégalités voire d'implémenter un système à deux vitesses, de confiner les personnes à bas revenus (hors bénéficiaires de la CSS) à continuer, comme souvent encore aujourd'hui, à se résoudre à ne bénéficier de soins que sans dépassements tarifaires, avec une liberté de choix restreinte et un accès aux soins retardé, tandis que les plus aisés bénéficieraient d'un bouclier qu'ils pourraient bonifier par une assurance pour un accès aux soins plus large, plus rapide voire plus qualitatif

L'usine à gaz qui ressortirait de la mise en place du bouclier sanitaire (calcul annuel du RAC AMO de chaque individu, revalorisation du bouclier individuel en fonction de l'inflation des dépenses de santé, etc.) induirait une complexité importante pour un gain en pouvoir d'achat équivalent à celui de la baisse de la taxe sur les complémentaires santé.

En effet la baisse consécutive de la cotisation à la complémentaire santé (prime, ainsi que l'appelle la DREES), consécutive au bouclier sanitaire est estimée entre 95 euros (assurés de plus de 70 ans et moins de 80 ans) et 110 euros (assurés de plus de 80 ans) par an, dans le cas du bouclier hospitalier et entre 150 euros (assurés de plus de 70 ans et moins de 80 ans) et 225 euros (assurés de plus de 80 ans) par an dans le cas du bouclier soins de ville et à l'hôpital. Avec le bouclier sanitaire, toutes choses étant égales par ailleurs et dans une situation 2021, les plus de 80 ans paieraient une cotisation au mieux de 1 250 euros (1475-225) ; le gain sur la cotisation serait donc de 15 %, soit de l'ordre de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA), à laquelle s'additionne le forfait patientèle, supportés par les assurés sur leurs contrats complémentaires (14, 07 %).

Il serait donc beaucoup plus simple de réduire la taxation des complémentaires santé pour les retraités que de mettre en œuvre un « bouclier sanitaire », tout aussi efficace économiquement pour les dits retraités et plus efficient pour les finances publiques (cotisations sociales), du fait des coût induits de la mise en œuvre d'une réforme d'une telle complexité.

- **Les gains de pouvoir d'achat sur la cotisation à la complémentaire santé ne seront pas significatifs par rapport à l'impact sur le RAC**

Les complémentaires santé permettent aujourd'hui une baisse moyenne du RAC de 49 % et peuvent financer sans RAC (RAC 0) les postes du 100 % Santé, représentant 33 % du RAC AMO. Le prétendu « gain de pouvoir d'achat pour les retraités, obtenu via le bouclier sanitaire, est à comparer avec celui obtenu du fait de la souscription d'une complémentaire santé, notamment du fait du poids de la liberté tarifaire dans le RAC AMO des retraités (en moyenne 44 %). Or la DREES dans une étude de 2019, portant toujours sur des chiffres de 2012⁷, montre que la complémentaire santé réduit le RAC moyen des plus de 75 ans, de plus de 900 euros à moins de 340 euros ; ceci, alors même qu'en 2012, donc avant les réformes du contrat responsable, le RAC en optique, dentaire, audioprothèse et forfait journalier hospitalier, pouvait rester élevé).

7 Source : DREES « La complémentaire santé > édition 2019 »

3. Les complémentaires santé résolvent la plupart des situations de RAC AMO extrêmes et il faudrait avoir une analyse actualisée du problème des restes à charge après le 100% santé

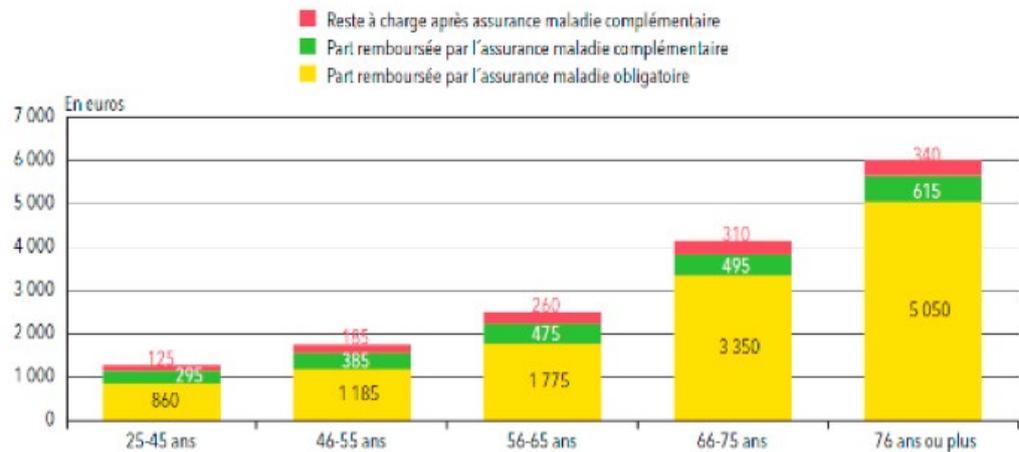
Comme l'indique précisément la DREES : « Le RAC après intervention de la sécurité sociale et avant celle des complémentaires [RAC AMO] mesure le risque auquel les patients peuvent être exposés en l'absence d'assurance complémentaire ». Or 96 % des Français sont couverts par une complémentaire santé, dont 8 % environ à titre gratuit (CSS non contributive) et 1 % à titre quasi gratuit (CSS contributive-maxi 30 € /mois) : ce risque est donc très réduit. Les AMC ont vocation à financer ces dépassements : pour la part optique, dentaire, audioprothèses sans RAC (RAC 0), dans le cadre des paniers 100 % Santé instaurés par la réglementation, et pour les dépassements d'honoraires des médecins et chirurgiens, si la réglementation du contrat responsable s'adaptait à la réalité de l'offre de soins (voir ci-dessous).

Avant de réfléchir à un système complexe de bouclier sanitaire, qui laisserait intact 44 % du problème du RAC AMO, du fait du poids de la liberté tarifaire, il faudrait d'abord commander à la DREES un bilan documenté de l'impact de la réforme du 100 % santé d'une part, et du poids des dépassements d'honoraires d'autre part, sur le RAC AMO et le RAC AMC des retraités et des personnes en ALD.

A ce propos, l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (UNOCAM) vient de publier son premier Baromètre 100 % Santé, qui ne porte que sur les constats au 1^{er} semestre 2021 liés à la réforme. Celui montre notamment que le **RAC AMC a baissé de 9 points concernant les audioprothèses et de 12 points concernant les prothèses dentaires (18 % du RAC**

AMO des plus de 60 ans et plus de 50 % du RAC AMO pour les 1 % de Français supportant les plus forts RAC AMO les plus élevés selon l'étude DREES de 2017). Les AMC financent 56 % du RAC des postes du 100 % Santé. Les paniers de soins 100 % Santé sans RAC comportent près d'un tiers des soins prothétiques en optique, dentaire et audiologie.

Graphique 3 Consommation annuelle moyenne de soins par âge et répartition de la prise en charge en 2012



Lecture > Les individus âgés entre 25 et 45 ans ont en moyenne un reste à charge de 125 euros après remboursement des assurances maladie obligatoire et complémentaire.

Champ > Ensemble des individus de 25 ans ou plus en ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

4. Le problème des RAC AMO catastrophiques des plus âgés doit être résolu par un meilleur recours à la CSS

Au lieu de mettre en place un système complexe de bouclier sanitaire, mieux vaudrait également déployer les démarches dites « d'aller vers », comme celles initiées par certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et certaines AMC gérant la CSS concernant l'éligibilité et le recours à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

La CSS entrée en vigueur le 1er novembre 2019 remplace CMU-c et ACS, dispositifs dont 765 000 personnes âgées sont bénéficiaires soit moins de 5 % de l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans. Or les estimations disponibles tablent, en 2018, sur 1 à 1,4 million de personnes de 60 ans et plus, éligibles à la CSS, entre 5,6 % et 7,9 % des 17,8 millions de français âgés de plus de 60 ans, soit l'équivalent ou plus de personnes ciblées par le bouclier sanitaire (voir ci-dessus). Sont pointées du doigt dans ce non recours, l'absence d'« aller vers », dans de nombreux domaines de la santé concernant les plus âgés.

Une mesure simple d'accroissement de la population éligible consisterait à remonter le seuil des revenus éligibles à la CSS, sachant que la contrepartie est le poids de la TSA sur les cotisations des complémentaires santé qui financent la CSS, créant de fait une solidarité dans le système. Le choix doit donc s'opérer, concernant les retraités, entre allègement de la TSA pour tous ou fléchage d'une TSA augmentée vers un seuil de revenu plus élevé.

5. Au-delà, le problème des RAC AMO catastrophiques des plus malades doit être résolu par une accélération de la mise en œuvre des parcours de soins, financés en partie forfaitairement et en collaboration avec les OCAM.

En effet, une fois traitée la couverture du Forfait journalier hospitalier et des soins en optique, dentaire et audiologie par le contrat responsable, 30 % des personnes exposées à un RAC AMO extrême voient leur problématique de RAC résolue (voir ci-dessus « Les RAC AMO extrêmes »). La réduction des RAC extrêmes des 70% de personnes restantes doit alors passer, outre la prise en charge par les AMC, par la réduction de la fréquence des actes médicaux et chirurgicaux et de leurs dépassements. En effet, pour 71 % d'entre elles (soit 50 % de la totalité), la problématique des RAC AMO extrêmes provient de la fréquence des épisodes hospitaliers et /ou du coût moyen du dépassement d'honoraires à l'hôpital et en ville :

- > 40 % de ces personnes, ayant entre 45 et 85 ans, du fait de dépenses de soins de ville et d'hospitalisations courtes
- > 20 % de ces personnes en ALD, du fait d'hospitalisations longues pour des maladies graves (cancers, diabète, affections psychiatriques),
- > 10 % de ces personnes, ayant entre 40 et 65 ans, à 90 % sans ALD, et avec une consommation de santé faible, du fait (hors RAC AMO supportés en frais dentaires), de dépassements d'honoraires hospitaliers appareillage hors optique et audioprothèses, suite vraisemblablement à des événements de type accidentel.

Il s'agit donc d'accélérer la mise en œuvre de l'évolution du financement des soins vers des rémunérations forfaitaires et / ou populationnels.

C'était précisément l'un des objectifs poursuivis dès janvier 2019, à travers le rapport Aubert. Ce rapport préconise notamment : la refonte des nomenclatures, le reflux progressif de la tarification à la production de soins au profit d'une tarification mixte incluant une part forfaitaire (tarification à la "séquence de soins" et au "parcours de soins"), couvrant soins hospitaliers et en ville, ainsi qu'une profonde évolution de la tarification des établissements PSY et Soins de Suite et de Rééducation (SSR) vers une tarification populationnelle forfaitaire, alliant soins en et hors les murs.

Cette évolution de la tarification, et en conséquence, du remboursement des soins, induit, en même temps, que d'améliorer la pertinence, la qualité des soins et leur suivi, qui constituent les principaux objectifs de cette évolution du financement, la réduction des RAC AMO extrêmes et des RAC AMC en conséquence. Ces modifications sont d'ailleurs intervenues via les LFSS pour 2019, pour 2020 et pour 2022. **Pour les accélérer, nous préconisons de faire participer les AMC au financement des paniers de soins forfaitaires, au travers de l'élargissement du panier de soins, à des malades non concernés car moins graves, via des services d'accompagnement en sortie d'hôpital par exemple.**

6. La résolution du coût de la complémentaire santé pour les plus âgés doit s'opérer par la liberté de contractualisation, permettant notamment une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires des soins de ville et à l'hôpital et un meilleur ciblage de la TSA.

Pour rappel, cette liberté de contractualisation est aujourd'hui fortement limitée par le contrat responsable. Il faut donc redonner de la latitude aux AMC, notamment en termes de remboursement des dépassements d'honoraires des médecins. Il faut en effet, cesser de croire que le plafonnement du remboursement des dépassements d'honoraires par les AMC conduit beaucoup de praticiens à adhérer à une pratique tarifaire maîtrisée et se rendre compte qu'il favorise des RAC AMC élevés, sans que les AMC y puissent remédier. Cette latitude doit également être redonnée, concernant les postes relevant du 100 % Santé, afin de permettre à certaines personnes, comme les personnes très âgées ou jeunes, peu consommatrices d'optique et dentaire, d'acquiescer des contrats de complémentaires santé limités dans leur couverture de ces postes, avec une cotisation réduite, s'appuyant sur la tarification moins élevée du risque par les AMC et une exonération de la surtaxe (TSA augmentée de 7 %) imputée sur les contrats non responsables dont pourraient relever de tels contrats .

Conclusion

Le bouclier sanitaire est présenté comme une solution aux RAC AMO extrêmes, alors que ceux-ci sont dus majoritairement aux postes couverts obligatoirement par le contrat responsable des AMC : optique, dentaire, audiologie, forfait journalier hospitalier et aux dépassements d'honoraires des médecins, que ne peuvent plus couvrir, dans bien des cas au-delà d'un certain plafond, les contrats responsables.

Il s'agit donc d'une solution qui réinvente, en bien moins efficace, le rôle des Assurances Maladie Complémentaires (AMC) dans la diminution des RAC, pour moitié imputables à la liberté tarifaire que le bouclier sanitaire ne couvrirait pas mais que les AMC couvrent en moyenne à 49 %.

Les contraintes du Contrat responsable

LE CONTRAT RESPONSABLE IMPOSE AUX COMPLEMENTAIRES SANTE :

- POUR CERTAINS POSTES DE SOINS (OPTIQUE NOTAMMENT), DES MINIMA DE REMBOURSEMENT,
- ET POUR CERTAINS AUTRES, COMME LE REMBOURSEMENT DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DES MEDECINS ET CHIRURGIENS NON ADHERENTS A UNE OPTION TARIFAIRE (30 % SEULEMENT DES SPECIALISTES DE SECTEUR 2), DES PLAFONDS DE REMBOURSEMENT (200 % DE LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE), REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DEDUIT (CE QUI N'EST PAS LE NIVEAU DE DEPASSEMENTS DES PRATICIENS DES GRANDES VILLES ET EN PRIVE A L'HOPITAL).

CECI SOUS CONTRAINTE DE DOUBLEMENT DE LA TSA, GREVANT L'ENSEMBLE DES CONTRATS COMPLEMENTAIRES ET DE PERTE DE L'EXONERATION DES CHARGES FISCALES ET SOCIALES DES COTISATIONS AMC POUR LES EMPLOYEURS, DANS LE CADRE DES CONTRATS COLLECTIFS.

Un bouclier sanitaire à la mise en œuvre complexe voire incertaine, qui :

- génèrerait dans le meilleur des cas, un gain de pouvoir d'achat sur le coût de la complémentaire santé équivalent à une mesure plus simple : la baisse de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) pesant sur les cotisations de complémentaire santé, notamment pour les retraités ;

- ne tient pas compte des mesures déjà en place ou en cours de déploiement : 100 % Santé, rémunération forfaitaire des soins, qui pourraient fortement réduire la fréquence et le coût moyen des RAC des soins de ville et hospitaliers et auxquelles les complémentaires santé participent respectivement déjà de manière significative ou pourraient participer .

Nos propositions :

La diminution des restes à charge (RAC) passera par :

- **une étude sérieuse post 100 % santé du RAC AMO et du RAC AMC, en particulier des retraités et personnes en ALD,**
- **une mise en perspective documentée des évolutions en cours de déploiement de la prise en charge financière des soins : paiement au forfait ou à la population couverte, dans le RAC AMO des personnes souffrant de maladies graves,**
- **une libéralisation des contrats responsables, pour permettre, selon les catégories de population, soit la couverture des dépassements d'honoraires au-delà du plafond imposé par la réglementation, soit la diminution de la cotisation d'assurance complémentaire santé pour les personnes peu ou non concernées par les RAC sur les prothèses optique, dentaire et audioprothèses**
- **un plan d'action efficace contre le renoncement à la Complémentaire Santé Solidaire (3% des retraités concernés en fonction de leur bas revenus).**

