



FRANÇOIS ÉCALLE

Assurance-maladie : plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu

*Dans son ouvrage **C'est possible ! Voici comment...**, l'Institut de l'entreprise propose de mieux prendre en compte les revenus des ménages pour rembourser leurs dépenses de santé. Le « reste à charge », qui leur est laissé par l'assurance-maladie obligatoire, est en effet actuellement sans aucun rapport avec leur capacité contributive. Si le reste à charge supporté par chaque ménage était limité à un certain pourcentage de son revenu, la justice sociale serait sensiblement améliorée et, en modifiant ce pourcentage, les comptes de l'assurance-maladie pourraient être équilibrés.*

Dans son rapport de 2004, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie rappelait que la croissance des

dépenses de santé avait été supérieure de 2,5 points à celle du PIB au cours des quarante dernières années. Ce différentiel de

taux de croissance a certes diminué avec le temps et, selon le rapport de la commission Pébereau sur la dette publique, il n'était que de 1 point sur les vingt dernières années. Une accélération a toutefois été enregistrée au début de la décennie et il a ainsi atteint 3,4 points en 2003. La réforme de 2004 a alors permis de le ramener à 1,1 point en 2005. Ce différentiel de taux de croissance varie beaucoup d'une année à l'autre et les réformes successives engagées depuis trente ans ont généralement permis de le réduire, mais seulement de manière temporaire.

L'AUGMENTATION DE LA PARTICIPATION DES MÉNAGES AU FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ EST NÉCESSAIRE

Il peut être tout à fait légitime que les dépenses de santé croissent plus vite que la richesse nationale. Si les Français

* Économiste, chargé de cours à l'université Paris I.

souhaitent réserver une part de plus en plus importante de leurs revenus à leur santé au fur et à mesure que leur niveau de vie augmente, pourquoi donc les en empêcher ?

Surtout parce que ces dépenses sont remboursées à hauteur de 77 % par la Sécurité sociale, et donc financées par des prélèvements obligatoires ou des emprunts, c'est-à-dire des prélèvements futurs. Le consentement des Français à les payer n'est donc pas du tout garanti. En outre, ces prélèvements obligatoires ont nécessairement un coût économique, sous forme de réduction de l'emploi ou de baisse du pouvoir d'achat. Après avoir étudié pendant trente ans toutes les assiettes imaginables pour les prélèvements obligatoires destinés à financer la Sécurité sociale, il faudrait se rendre à l'évidence : il n'existe pas d'impôt miracle sans effets négatifs. Il n'y a pas non plus d'assiette miracle dont la croissance à long terme serait avec certitude significativement supérieure à celle du PIB¹.

Si les dépenses de santé continuent à augmenter plus vite que le PIB et si leur taux de remboursement par la Sécurité sociale est constant, il faudra se résigner à relever les impôts et les cotisations sociales au détriment de l'emploi et du pouvoir d'achat. Selon le rapport de 2004 du Haut Conseil, si la croissance des dépenses de santé était à l'avenir de 1,5 point supérieure à celle du PIB, il faudrait ainsi augmenter la CSG de 5,5 points en 2020 pour rééquilibrer les comptes de l'assurance-maladie.

Le lecteur objectera sans doute que les réformes du système de santé engagées jusqu'à présent n'ont jamais été assez ambitieuses. C'est vrai, et il faut évidemment aller beaucoup plus loin, mais on peut aussi fortement douter de notre capacité à freiner durablement la croissance des dépenses de santé. Ce n'est pas un problème spécifiquement français et leur part dans le PIB augmente inexorablement dans tous les pays. Elle s'est accrue de 2 points en France comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE depuis 1990. Pourtant, de nombreuses réformes de nature variée, même si la tendance générale est à introduire un

Dépenses de santé restant à la charge des ménages (en % du total) en 2004

Royaume-Uni	Japon	France	Allemagne	Italie	Canada	États-Unis
14	20	22	23	25	30	55

Source : OCDE ; dépenses non couvertes par les régimes publics obligatoires de Sécurité sociale.

peu plus de concurrence, ont été essayées dans tous ces pays.

Les causes en sont diverses et abondamment discutées mais on peut soutenir que la pression à la hausse des dépenses de santé ne va pas se relâcher dans les années à venir, notamment en raison du vieillissement de la population et d'une propension collective de plus en plus grande à refuser à tout prix tous les risques. Il est assez raisonnable de penser que les responsables de l'assurance-maladie auront le plus grand mal à contenir cette pression et que la définition et la mise en œuvre de dispositifs permettant d'allouer efficacement les moyens consacrés à la santé constituent le défi le plus difficile auquel sont confrontés théoriciens et praticiens des politiques économiques.

Il y a donc fort à craindre que les dépenses de santé continuent à croître plus vite que le PIB et, si on ne veut pas augmenter le taux des prélèvements obligatoires, il va falloir augmenter la participation financière des ménages, plus précisément la part non couverte par les régimes obligatoires de Sécurité sociale (22 % en France en 2004, soit plutôt un peu moins que dans les autres grands pays de l'OCDE).

Le « reste à charge » laissé aux ménages est aujourd'hui injustement réparti, ce qui empêche de l'augmenter sensiblement.

Ce « reste à charge » moyen de 22 % laissé en 2004 par les régimes obligatoires de Sécurité sociale aux ménages français résulte de l'accumulation de dispositifs nombreux et complexes.

Les remboursements d'honoraires et autres achats de biens et services médicaux font d'abord l'objet de tickets modérateurs variables selon la nature de ces biens et services, ou désormais selon le « parcours de soins », auxquels s'a-

joutent divers « forfaits » (forfait journalier hospitalier et forfait de 1 euro par acte notamment). Les tickets modérateurs sont proportionnels au montant des dépenses, et les forfaits au nombre de journées d'hospitalisation ou d'actes médicaux. Le reste à la charge des ménages peut donc être considérable et dépasser largement leur revenu.

Pour corriger cet effet socialement indésirable, avec le temps, divers mécanismes dont le but est d'exonérer de toute participation les patients ayant besoin de traitements coûteux ont été empilés. Il s'agit notamment des exonérations de ticket modérateur pour les affections de longue durée, d'une part, et pour les actes techniques dont la valeur est supérieure à un certain seuil (dispositif dit du « K50 »), d'autre part. Il faut y ajouter de multiples exonérations ayant pour motif la situation du bénéficiaire (femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse, accidentés du travail ayant un taux d'invalidité supérieur à un certain seuil...) ou des considérations de santé publique (dépistage de certaines maladies...). Pour compliquer un peu les choses, le cumul des paiements forfaitaires de 1 euro est plafonné à 50 euros par an et les assurés exonérés au titre du K50 se voient appliquer une franchise de 18 euros, sauf exceptions...

L'extension du périmètre des prises en charge intégrales au cours des trente-cinq dernières années a compensé l'impact des hausses des tickets modérateurs et des forfaits sur les remboursements de l'assurance-maladie, si bien que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé est toujours restée dans une fourchette de 75 à 80 % depuis

1. Voir *Maîtriser les finances publiques ! Pourquoi, comment ?*, François Écalé, Economica, 2005.

FINANCES SOCIALES

1970. En 2004, les dépenses prises intégralement en charge s'élèvent à 81 milliards d'euros sur un total de 127 milliards de dépenses reconnues (y compris les dépassements d'honoraires)².

Si ces dispositifs limitent évidemment les montants laissés aux ménages, le reste à charge est néanmoins en moyenne de l'ordre de 900 euros par ménage et par an (600 euros si les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en compte)³. Surtout, ces mesures ne tiennent aucunement compte de la capacité contributive des ménages. La proportion d'assurés bénéficiant du régime des affections de longue durée est ainsi à peu près la même dans toutes les classes de revenus.

Le reste à charge augmente, certes, en valeur absolue avec le niveau de vie⁴, car les ménages plus aisés font relativement plus appel à la médecine ambulatoire qu'à la médecine hospitalière et sont ainsi moins bien remboursés. Rapporté au revenu brut⁵, le reste à charge est cependant fortement décroissant. Il représente en moyenne environ 10 % du revenu brut des ménages les moins aisés (premier décile) et 2 % de celui des plus riches (dixième décile)⁶ avant remboursement par les assurances complémentaires⁷.

Ce reste à charge est largement couvert par des assurances complémentaires et les ménages ne supportent directement que moins de 9 % des dépenses de santé. Cependant, près de 10 % d'entre eux n'ont pas de couverture complémentaire

et, surtout, les remboursements des assurances complémentaires ne tiennent pas compte de la capacité contributive des ménages. Les restes à charge après ces remboursements sont donc tout aussi injustement répartis. Ils représentent plus de 5 % des revenus dans le premier décile et moins de 1 % dans le dixième.

Cela ne remet pas en cause le caractère redistributif de l'assurance-maladie, qui résulte des deux caractéristiques suivantes : d'une part, les cotisations sociales salariales et la CSG sont à peu près proportionnelles aux revenus ; d'autre part, lorsqu'on classe les ménages selon le niveau de vie, il apparaît que les remboursements de l'assurance-maladie diminuent, à la fois en valeur absolue et en proportion des revenus, quand ce niveau de vie augmente⁸. Cette deuxième caractéristique doit être nuancée car les personnes les plus âgées et les plus consommatrices de soins sont plutôt en bas de cette échelle de niveau de vie. Si on tient compte de l'ensemble des facteurs qui déterminent les dépenses de santé individuelles, celles-ci semblent largement indépendantes du revenu et beaucoup plus liées à des facteurs tels que l'âge⁹.

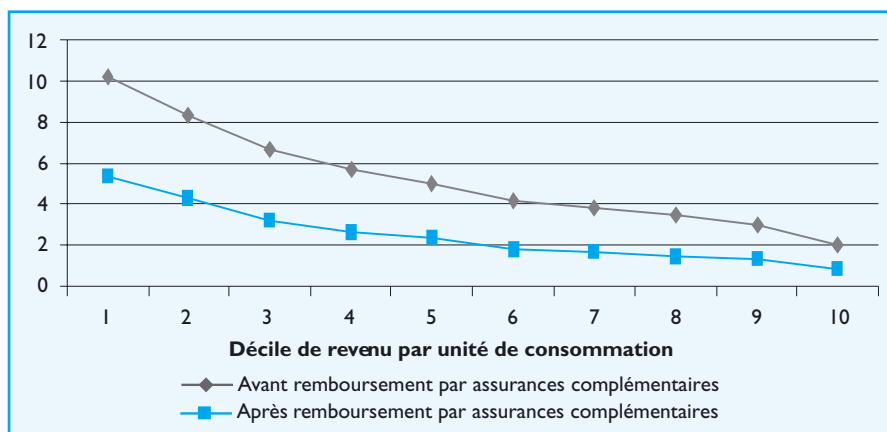
L'assurance-maladie a donc un effet clairement redistributif, mais il n'en demeure pas moins que les restes à charge sont excessivement élevés pour les ménages les moins aisés. La probabilité de renoncement aux soins pour des raisons financières diminue de façon

évidente quand le revenu augmente¹⁰. Il est donc très difficile et peu recommandé d'augmenter la participation financière des ménages en se contentant de relever les tickets modérateurs et les forfaits ou d'instaurer des franchises indépendantes du revenu.

LE RESTE À CHARGE POURRAIT ÊTRE PLAFONNÉ À X % DU REVENU DE CHAQUE MÉNAGE

Il serait beaucoup plus juste de supprimer tous les dispositifs d'exonération des tickets modérateurs et d'inscrire dans la loi que les dépenses de santé remboursables par l'assurance-maladie et laissées à la charge de chaque ménage ne doivent pas dépasser x % de son revenu. Une fois ce plafond individuel franchi, les dépenses de santé seraient remboursées à 100 % par l'assurance-maladie.

Reste à charge des ménages en % du revenu brut



Source : L. Caussat, S. Le Minez et D. Raynaud, « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Solidarité et santé*, 2005. Données relatives à 2003.

2. Note annexée à l'avis du 27 octobre 2005 du Haut Conseil.
 3. Note annexée à l'avis du 27 octobre 2005 du Haut Conseil en considérant qu'il y a 2,4 personnes par ménage.
 4. Revenu disponible avant impôt par unité de consommation.
 5. Revenu d'activité et de remplacement + cotisations sociales salariales + CSG et CRDS.
 6. Source : « L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? » L. Caussat, S. Le Minez et D. Raynaud, *Solidarité et santé*, 2005. Données relatives à 2003. Le champ des dépenses de santé retenues est supérieur à celui des dépenses remboursables (142 milliards d'euros contre 119 milliards d'euros), ce qui majore le reste à charge mais ne devrait pas remettre en cause son caractère dégressif avec le revenu (les dépenses non remboursables augmentent sans doute fortement avec le revenu).
 7. La part prise en charge par la couverture maladie universelle complémentaire a été traitée comme si elle était prise en charge par les régimes obligatoires, cette couverture complémentaire destinée aux ménages les moins aisés étant largement financée par des prélèvements obligatoires (les assureurs complémentaires sont remboursés sous forme d'un crédit d'impôt).
 8. Cf. « L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », L. Caussat, S. Le Minez et D. Raynaud, *Solidarité et santé*, 2005.
 9. « Les déterminants individuels des dépenses de santé », D. Raynaud, *Études et résultats*, Drees, 2005.
 10. « Les déterminants individuels des dépenses de santé », D. Raynaud, *Études et résultats*, Drees, 2005.

Supposons que le ticket modérateur soit systématiquement de 20 % et que x soit de 5 %. Un ménage dont le revenu annuel est de 20 000 euros serait assuré de ne pas avoir plus de 1 000 euros à sa charge. Au-delà de 5 000 euros de dépenses remboursables, dont 1 000 euros à sa charge, il serait en effet remboursé intégralement pour toute dépense de santé supplémentaire.

Il suffirait pour cela que les caisses d'assurance-maladie disposent des données sur le revenu de chaque ménage¹¹, comptabilisent à chaque remboursement ce qui est laissé à sa charge et en fassent systématiquement le cumul pour vérifier si le seuil est ou non franchi. Les caisses de Sécurité sociale connaissent déjà en principe le revenu des personnes bénéficiant de prestations sociales soumises à conditions de ressources, et cette réforme ne devrait donc pas poser de problèmes techniques trop difficiles. Le remplacement de l'ensemble des dispositifs d'exonération des tickets modérateurs par ce seul plafond constituerait plutôt une grande simplification administrative, une fois passée la période d'adaptation.

La valeur de x serait déterminée de façon que les comptes de l'assurance-maladie soient équilibrés. L'apparition d'un nouveau déficit obligerait ensuite les pouvoirs publics à décider soit d'augmenter les tickets modérateurs sans modifier la valeur de x , soit de relever celle-ci. Ce relèvement signifierait que les Français consentent à consacrer une part plus importante de leur budget à leur santé.

Une telle réforme permettrait d'atteindre deux objectifs essentiels : l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie et la justice sociale. Ses effets redistributifs restent à déterminer précisément, mais il est probable que les ménages avec de bas revenus et des enfants y gagneraient, du fait du plafonnement en fonction du revenu, et que les ménages avec de hauts revenus et sans enfants y perdraient, car ils subiraient la hausse des tickets modérateurs sans atteindre le plafond.

Un tel plafonnement des restes à charge modifierait en outre le fonctionnement des assurances complémentaires. Rien

Les exemples étrangers

En Allemagne, les frais restant sur une année à la charge des malades chroniques sont plafonnés à 1 % de leur revenu brut. Pour les autres assurés, le plafond est fixé à 2 % du revenu brut. Au-delà de ces plafonds, le remboursement est intégral.

En Belgique, les restes à charge sont limités par un « maximum à facturer » qui augmente par tranches avec les revenus selon le barème suivant : 450 euros par an et par personne pour un revenu inférieur à 15 000 euros ; 650 euros pour un revenu compris entre 15 000 et 23 000 euros ; 1 000 euros pour un revenu compris entre 23 000 et 31 000 euros ; 1 400 euros pour un revenu compris entre 31 000 et 39 000 euros ; 1 800 euros pour un revenu supérieur à 39 000 euros.

Au Canada, le dispositif varie selon les États. Au Québec, les restes à charge au titre de l'achat de médicaments sont plafonnés à 200 dollars canadiens pour les bénéficiaires du « supplément de revenu garanti » maximal, à 570 dollars pour les bénéficiaires du « supplément » partiel, et à 880 dollars pour les autres assurés.

ne changerait pour les dépenses non reconnues par l'assurance-maladie obligatoire, mais, pour les dépenses reconnues, les remboursements seraient alors dépendants du revenu (il n'y en aurait plus au-delà du plafond individuel). Il est probable que les assureurs réagiraient en rendant les cotisations plus progressives, ce qui amplifierait les transferts entre ménages.

Il serait donc souhaitable d'accompagner cette réforme de baisses supplémentaires de l'impôt sur le revenu ou des impôts sur le capital visant plus particulièrement les perdants potentiels.

Cette réforme n'aurait aucun effet majeur sur l'efficacité du système de santé, sauf à travers l'impact que peut avoir toute modification de la participation financière des ménages sur leur comportement en matière de consommation de soins.

D'un côté, la hausse des tickets modérateurs, à travers la suppression des exonérations actuelles, contribuerait à modérer la demande de soins ; d'un autre, le remboursement à 100 % des dépenses au-delà de x % du revenu contribuerait à la stimuler. La résultante de ces mouvements opposés est sans doute difficile à estimer, mais elle est probablement assez faible. La consommation de soins des ménages est certes sensible à leur participation financière – les dépenses de médecine ambulatoire sont

ainsi significativement plus élevées lorsqu'ils disposent d'une assurance complémentaire¹² –, mais elle reste néanmoins surtout déterminée par leur état de santé et les prescriptions des médecins.

Le plafonnement des restes à charge en fonction du revenu laisserait entier le problème de l'efficacité des dépenses de santé, mais il serait compatible avec toutes les mesures généralement envisagées pour améliorer cette efficacité. Ce seul instrument permettrait d'atteindre deux objectifs, l'équité et l'équilibre des comptes, ce qui serait déjà beaucoup. Pour en être sûr, une expertise beaucoup plus rigoureuse serait toutefois nécessaire, notamment pour déterminer le pourcentage des revenus à retenir (la valeur de x) pour équilibrer les comptes de l'assurance-maladie et pour estimer l'ampleur des transferts entre ménages. ■

11. En pratique, assurés et ayants droit plutôt que ménages. Cette réforme pourrait conduire à des comportements d'optimisation des remboursements jouant sur le rattachement ou non de certains membres de la famille, mais il n'y a pas de raison pour qu'ils soient plus importants que dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

12. « Les déterminants individuels des dépenses de santé », D. Raynaud, *Études et résultats*, Drees, 2005.