

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE**Le 29 mai 2008**

Avis sur les dispositifs médicaux ¹
adopté à l'unanimité sauf 1 abstention par le
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

1) On regroupe sous l'appellation de DM

- les dispositifs inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables,
- les prothèses dentaires,
- les dispositifs médicaux à usage collectif.

Les DM prescrits en ambulatoire représentent, avec 14,3Md€, 73% du marché.

2) Le marché des dispositifs médicaux est important en valeur : 19Md€ soit 12% de la Consommation de soins et de biens médicaux. Il pèse ainsi 55% du marché des médicaments et autant que les honoraires médicaux.

Près d'un assuré sur deux utilise un ou plusieurs DM dans l'année (soit un taux de recours très inférieur à celui qu'on constate pour les médicaments).

La dépense moyenne par assuré concerné est d'environ 580€ (contre 700€ pour les médicaments par exemple).

3) C'est un marché en croissance. On l'a vu ces dernières années avec des taux de progression en volume très conséquents. Des facteurs objectifs (notamment le vieillissement de la population ou l'existence de besoins non couverts) amènent à penser que cette croissance se poursuivra.

4) Le recours, la dépense et le RAC varient avec l'âge.

a) Le recours varie avec l'âge (voir tableau ci-dessous) :

- pour les assurés de moins de 40 ans, il est toujours plus faible,
- pour les assurés de plus de 40 ans,

* le profil est assez plat pour l'optique et les prothèses dentaires, avec un maximum de recours pour les 50/59 ans en optique et 70/79 ans pour les prothèses dentaires

* pour les autres DM de la LPP la croissance est forte avec l'âge à partir de 50 ans.

¹ Le présent avis s'appuie sur la note technique adoptée le même jour.

Taux de consommateurs en un an
de dispositifs médicaux inscrits à la LPPet de prothèses dentaires
(année de remboursement 2007)

	Ensemble assurés				Assurés en ALD			
	Optique	DM LPP autres que optique	Prothèses dentaires	Ensemble DM (LPP et prothèses dentaires)	Optique	DM LPP autres que optique	Prothèses dentaires	Ensemble DM (LPP et prothèses dentaires)
0-19 ans	13%	24%	0%	34 %	20%	41%	0%	52 %
20-39 ans	14%	23%	6%	37 %	15%	40%	7%	51 %
40-49 ans	22%	26%	11%	48 %	22%	44%	11%	60 %
50-59 ans	28%	31%	14%	56 %	26%	50%	13%	66 %
60-69 ans	25%	40%	16%	61 %	23%	54%	14%	68 %
70-79 ans	22%	50%	17%	67 %	20%	60%	15%	71 %
80 ans et +	19%	70%	15%	81 %	15%	67%	12%	74 %
Total	19%	30%	8%	46 %	21%	54%	12%	67 %

Source : CNAMTS, ERASME VI et RNIAM

Champ : régime général y compris SLM, hors DOM.

b) Le dépassement varie avec l'âge

Le dépassement par âge et par consommant augmente avec l'âge². Le croisement de ces données avec celles du recours par l'âge (ci-dessus) montre que la masse de la dépense est concentrée sur les classes d'âge les plus élevées.

Dépassement moyen selon la tranche d'âge (2007)

	Optique	Prothèses dentaires	Audioprothèses(*)	Ensemble des 3
0-19 ans	180€	384€	372€	187€
20-39 ans	296€	595€	1 628€	413€
40-49 ans	377€	692€	1 796€	535€
50-59 ans	456€	730€	1 942€	619€
60-69 ans	468€	708€	2 063€	657€
70-79 ans	445€	644€	2 123€	677€
80 ans et +	391€	589€	2 056€	695€
Total	357€	665€	1 976€	515€

(*) hors entretien et réparation

Source : CNAMTS, ERASME VI et RNIAM, Champ : régime général y compris SLM, hors DOM.

C'est un élément qu'il convient de garder en mémoire compte tenu de la place des couvertures complémentaires dont on sait qu'elles retiennent largement l'âge pour déterminer le montant des cotisations.

² Le Conseil a également procédé à l'analyse de la dispersion des dépassements (voir 5)e)

5) Sur le marché des DM à usage individuel, les places respectives de l'assurance maladie, des OC (qui gèrent les couvertures complémentaires) et des ménages se distribuent de façon très originale

a) Les marchés

a1) le marché de la LPPR est caractérisé par un net clivage entre :

- le titre I, composé notamment de matériels pour le maintien à domicile. Dans ce titre, 77,5% des DM fait l'objet d'un prix limite de vente et d'un taux de prise en charge par l'assurance maladie élevé
- le titre II pour lequel il n'y a de prix limite de vente que pour 30,5% des DM et sur lesquels on constate un net décalage entre les bases de remboursement par l'assurance maladie et les prix (notamment sur l'optique).
- le titre III (DM implantables), pris en charge intégralement par l'assurance maladie.
- le titre IV (véhicules pour handicapés physiques), pour lequel il n'y a pas de prix limite de vente mais une politique de prise en charge publique spécifique.

a2) le marché des prothèses dentaires est un marché de prix libres sur lequel on constate un net décalage entre les bases de remboursement par l'assurance maladie et les prix.

b) Sur le champ de la dépense reconnue, le taux de prise en charge par l'assurance maladie est élevé compte tenu de la fréquence d'exonérations (notamment sur le titre I de la LPPR). Pour les DM de la LPPR on estime à 11% le ticket modérateur ; il serait de 28,7% pour les prothèses dentaires ; il s'établirait à 16% pour l'ensemble des DM.

c) Mais sur certains segments du marché, le taux de dépassement (écart entre les bases de remboursement et les prix) est très élevé

Le chiffre d'affaires (prix ttc) est 2,6 fois supérieur à la dépense reconnue au titre des DM. Sur certains segments du marché, l'engagement de l'assurance maladie est désormais marginal (3% en optique pour les adultes par exemple)³.

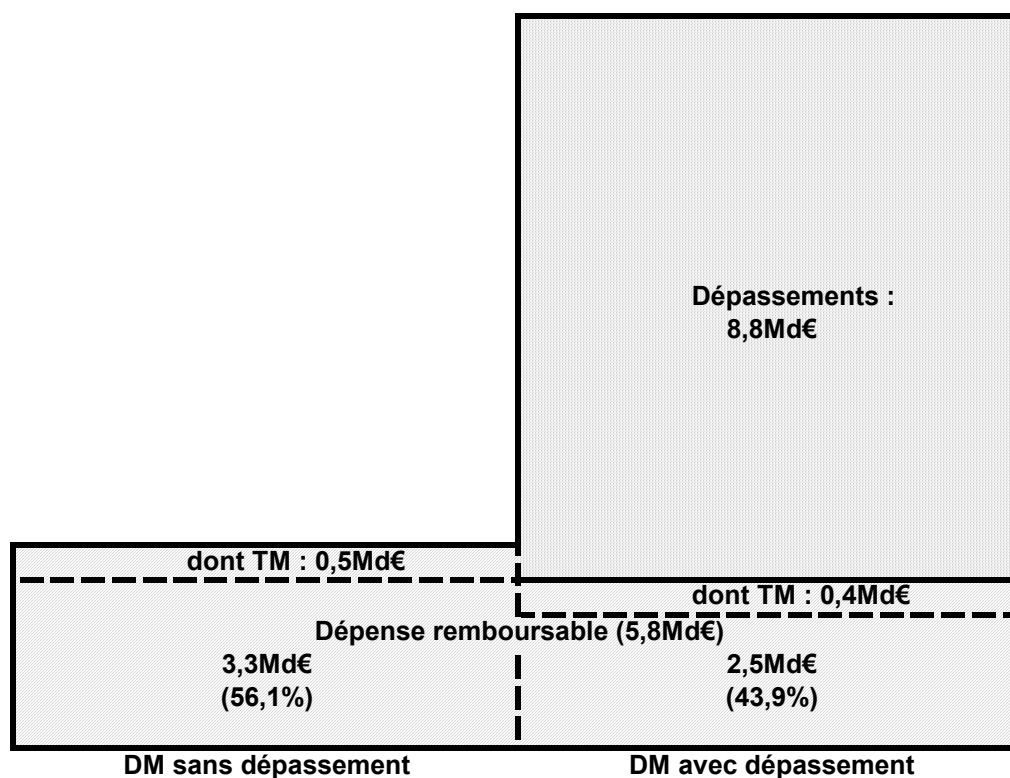
Le marché des DM est ainsi celui sur lequel le taux de dépassement est le plus élevé. Encore faut-il souligner que ce taux est largement contenu par la bonne prise en compte des DM du titre I.

Très souvent, le dépassement en valeur absolue est élevé et se compare en fréquence et en montant aux dépassements en établissements de santé sur lesquels on porte plus attention⁴.

³ Ce constat explique que la question du désengagement de l'assurance maladie sur certains segments du marché des DM soit parfois évoquée. Les tenants de cette approche y voient la source d'économies d'une part, la clarification des responsabilités de la gestion du risque d'autre part.

⁴ Le rapport de l'IGAS donne ainsi des références utiles de dépassements en établissements de santé. Pour les accouchements, la probabilité de supporter des dépassements est de 52% (42% des femmes accouchant à l'hôpital pour un montant moyen des dépassements de 74€ et 81% de celles accouchant en clinique pour 178€) ; les chiffres homologues sont de 72% pour les prothèses de hanche (42% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 225€ et 89% des opérés en clinique pour 454€) ; de 71% pour les opérations du cristallin (40% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 91€ et 80% des opérés en clinique pour 200€). Or il n'y a guère de différence d'utilité à marcher qu'à entendre et guère de légitimité à s'émouvoir des dépassement dans un cas et moins dans l'autre.

Marché des DM ambulatoires en 2006 (14,6 Md€)

d) Le RAC est pris en charge

- par les couvertures complémentaires à hauteur de 34%. Leur intervention porte sur :
 - * le ticket modérateur (pour un montant faible compte tenu du taux élevé de remboursement en titre I et du très bas niveau des bases de remboursement sur lesquelles le TM est calculé pour les autres DM)
 - * les dépassements⁵ (4,2Md€)
- directement par les ménages à hauteur de 31%. Leur intervention porte
 - * le ticket modérateur (pour un montant faible compte tenu de la diffusion des couvertures complémentaires)
 - * les dépassements⁶ (4,6Md€).

Hors ticket modérateur, la charge liée aux DM qui pèse sur les ménages représente plus de 37 % du total des charges directes qu'ils supportent⁷.

⁵ Dans ce montant, sont également compris les DM non pris en charge par l'assurance maladie (par exemple les implants dentaires) pour lesquels aucune donnée n'est disponible.

⁶ Idem note précédente.

⁷ Autres postes : ticket modérateur pour la population sans couverture complémentaire, forfaits et franchises non pris en compte par celle-ci, dépassements sur les honoraires des médecins.

e) Les dépassements sont très fréquents et parfois élevés (a fortiori pour les ménages qui cumulent dans l'année l'acquisition de plusieurs DM)

Pour la moitié des assurés, le dépassement moyen est supérieur à 299€ pour la dépense optique, 420€ pour la dépense en prothèses dentaires, 1 831€ pour la dépense en audioprothèses (hors dépense au titre des forfaits d'entretien).

Pour la moitié des assurés ayant renouvelé dans l'année au moins un des trois DM, ce dépassement est supérieur à 343€.

Dispersion du dépassement moyen

% de la population (déciles 1 à 9)	Optique	Prothèses dentaires	Audio- prothèses	Ensemble des trois
10 %	87€	57€	750€	84€
20 %	147€	123€	1 100€	147€
30 %	196€	195€	1 310€	207€
40 %	245€	313€	1 545€	269€
50 %	299€	420€	1 831€	343€
60 %	364€	533€	2 295€	431€
70 %	447€	707€	2 627€	542€
80 %	551€	1 004€	2 981€	700€
90 %	698€	1 530€	3 361€	1 044€

Lecture : pour l'optique, 10% des individus ont des dépassements moyens inférieurs à 87€ et 20% à 147€.

Source : CNAMTS, ERASME VI

Champ : régime général (y compris SLM), hors DOM

6) La gestion des DM pour lesquels on fixe des prix limite de vente (c'est le cas très majoritaire du titre I) repose sur des bases réglementaires et organisationnelles relativement fiables.

Il convient de souligner que l'évaluation médicale des dispositifs médicaux en vue de leur remboursement, même si elle est peu abordée dans le présent avis, mérite une réflexion approfondie. En effet, les dispositifs médicaux bénéficient d'un mode d'évaluation différent selon leur mode de financement (inscription à la LPPR/liste en sus, intégration dans les GHS, dispositifs implantables dont la spécificité est d'être associés à un acte). L'ensemble de ces sujets pourra faire l'objet d'approfondissements dans le cadre des travaux conduits par la Haute Autorité de Santé.

7) Parmi les DM liés au maintien à domicile (titre 1), certains, intégrant la délivrance du dispositif et le suivi qui lui est associé, n'ont pas de prix limite de vente. La forte progression de ces DM, en lien avec la politique de maintien à domicile, conduit à mieux étudier notamment leurs conditions de prescription et le respect des règles de qualité de leur utilisation.

8) Les segments du marché caractérisés à la fois par une absence de prix limite de vente, une faible implication de l'assurance maladie et une solvabilisation pas toujours cohérente par les couvertures complémentaires, sont profondément dérégulés. Le secteur de l'optique est le plus typique de ces marchés.

La « gestion du risque » n'est entreprise qu'à la marge. Le faible engagement de l'assurance maladie ne la met guère en mesure de s'y impliquer de façon efficace. L'approche traditionnelle de leurs garanties par les OC (libellés parfois inflationnistes et peu adaptés au besoin ; surenchère dans les niveaux de prise en charge considérés comme des arguments d'appel...) a facilité le dérèglement du marché qui conjugue un haut niveau de prix, des rentes de situation, une sous productivité de l'appareil de distribution et parfois des pratiques commerciales abusives

Le pouvoir des consommateurs est limité. Le consommateur est rarement à même d'aller à l'encontre d'une politique qui conduit les prestataires à aligner leur prix sur le niveau maximum de la prise en charge par le contrat complémentaire.

Dans ce contexte, les ménages sont confrontés, lorsque leurs contrats de complémentaire n'assurent que des prestations limitées, à des RAC élevés.

Ce constat soulève deux questions :

a) Le faible niveau des prises en charge par l'assurance maladie et l'inégale diffusion de « garanties solides » dans les contrats de complémentaire entraînent-elles des renoncements aux soins ?

Le marché de l'audioprothèse (où on considère que le taux de couverture des besoins est inférieur à 50%) et des prothèses dentaires présentent des situations de sous équipement, ce n'est pas le cas du marché de l'optique. Les éléments fournis par la dernière enquête de l'IRDES (voir la note annexée au présent avis page 25) confirment les constats antérieurs.

Même si le facteur « reste à charge » n'est pas le seul qui puisse expliquer le déficit de recours, l'importance des dépassements combinée à la faiblesse des revenus et/ou l'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins.

b) Comment assurer une meilleure gestion du risque ?

Sur les segments de marché concernés, elle repose très largement sur les organismes de couverture complémentaire.

Elle passe par

- * une réforme du libellé des contrats
- * le développement de plateformes de services
- * la constitution de réseaux de professionnels qui s'engagent avec les OCAM sur des garanties de qualité, de service et de prix⁸.

Encore faut-il que cette politique soit coordonnée avec celles de l'Etat et de l'assurance maladie qui fixent notamment les conditions d'exercice des professionnels concernés d'une part, que les OCAM disposent des outils de gestion adéquats (notamment en termes d'acquisition des données qui leur sont nécessaires pour l'exécution de leurs garanties contractuelles) d'autre part.

Une collaboration plus poussée entre l'UNCAM et l'UNOCAM est souhaitable.

⁸ La CGT n'est pas en accord avec ce dernier point.

9) La « reconquête du marché » par une gestion du risque plus résolue est une condition préalable à la mise en œuvre de toute politique de meilleur partage des charges entre l'assurance maladie, les couvertures complémentaires et les ménages.

a) Est-il concevable de revenir à la double option d'opposabilité et de niveau élevé de prise en charge par l'assurance maladie ?

Il y a deux volets dans cette problématique :

- l'ampleur du RAC à « couvrir » est considérable. A supposer que les dépassements soient pris en charge à hauteur de 70% par l'assurance maladie, c'est une dépense de plus de 6Md€ qu'il faudrait consentir. Les contraintes des finances publiques ne permettent pas de l'envisager. L'effort financier serait ramené à plus de 4Md€ si la gestion du risque conduisait à une baisse des prix de 20%, somme qui semble encore hors de portée dans le cadre actuel du financement de la sécurité sociale
- la fixation de tarifs opposables dont on peut se demander si elle constitue, dans la phase actuelle, le meilleur processus pour réguler le marché.

Le HCAAM s'est interrogé sur le niveau des tarifs « préférentiels » de la CMUC. Si on les étendait à l'ensemble de la population (ce qui représenterait une charge de près de 2Md€), la dépense reconnue resterait quand même très inférieure aux prix actuels du marché (4,1Md€ sur les secteurs de l'optique, des audioprothèses et des prothèses dentaires contre 1,8Md€ actuellement). Un tel constat laisse perplexe. Ou bien le tarif CMUC est trop bas (c'était la thèse de nombre de professionnels). Alors, s'il est – à la limite – acceptable pour une petite fraction de la clientèle, on ne peut le retenir pour l'ensemble de la population sans peser lourdement sur le revenu des professionnels, même avec des gains importants de productivité dans la distribution. Ou bien il est à peu près raisonnable, généralisable sans dégâts caractérisés : c'est donc le prix du marché qui est « trop élevé » entretenant des revenus excessifs ou une sous productivité de la prestation.

L'avis majoritaire est que les tarifs de la CMUC sans être radicalement incohérents⁹ sont trop bas.

C'est dire à la fois l'ampleur de la désoptimisation du marché et l'importance de la dépense à consentir pour revenir à une norme équilibrée de prise en charge publique

b) Comment corriger la faiblesse de la prise en charge pour des ménages « prioritaires » en ayant recours à des tarifs de remboursement améliorés ?

b1) Un effort a été mis en œuvre pour les soins des enfants

b2) La CMUC concourt à alléger la charge des ménages modestes.

La prise en charge se fait sur des tarifs substantiellement supérieurs à ceux du droit commun (facteur 2,2 pour les audioprothèses ; 2,2 pour les prothèses dentaires et 4,6 pour l'optique). Ces tarifs sont en partie opposables (prothèses dentaires).

Ce régime constitue donc un progrès très sensible mais pour une petite minorité d'assurés¹⁰

⁹ En prenant en considération qu'une partie de « l'excès de prix du marché par rapport au tarif CMUC » des prothèses dentaires est lié à l'insuffisante rémunération des soins conservateurs.

¹⁰ La généralisation à l'ensemble des assurés des tarifs CMUC représenterait un investissement de près de 2Md€ pour l'assurance maladie.

b3) Pour les DM qui sont aussi des « aides techniques », comment combiner la prise en charge par l'assurance maladie (au titre du soin) et la prise en charge complémentaire au titre de la « perte d'autonomie » ?

b31) Les départements allouent une prestation additionnelle spécifique (la PCH) aux personnes handicapées.

Cette prestation se cumule avec le remboursement de l'assurance maladie, mais doit faire l'objet d'une préconisation spécifique (par la « Commission des droits et de l'autonomie »). Elle n'est pratiquement pas modulée en fonction du revenu (TM de 0% à 20% en fonction des seuls revenus des capitaux mobiliers et fonciers).

b32) Les fonds départements de compensation peuvent apporter des aides complémentaires

A l'aide légale (PCH) s'ajoute une aide extralégale, relevant d'un régime d'aide sociale facultative, pour les personnes handicapées ayant, après prise en charge par l'assurance maladie et la PCH, un RAC élevé.

b33) L'AGEFIPH et le FIPHFP peuvent attribuer des aides aux travailleurs handicapés

Même s'ils ne « mordent » que de façon limitée sur les dépassements, les efforts décrits supra ont d'indéniables mérites et leur consolidation¹¹ semble plus crédible qu'un effort généralisé à l'ensemble des ménages.

*
* *

A défaut d'une reconquête globale du marché en termes d'opposabilité, le HCAAM estime que dans l'emploi des marges de manœuvre envisageables, les outils précités peuvent se révéler pertinents.

c) Les dispositifs qui abaissent le coût des cotisations sont ils pertinents ?

c1) L'ACS

Le ciblage en fonction du revenu et l'augmentation du forfait avec l'âge en font un outil précieux. A ce titre la montée en charge de l'ACS doit constituer une priorité majeure des organismes sociaux.

c2) L'exonération de la taxe sur les cotisations d'assurance complémentaire.

Elle abaisse le coût des contrats de 7% et elle est d'application générale. On l'évalue à 450M€.

c3) Le statut social et fiscal des contrats en entreprise.

Il permet un abaissement substantiel du coût des cotisations pour les acteurs impliqués (entreprises et leurs salariés) et avec un degré de mutualisation interne dont le HCAAM avait salué le côté positif (voir son avis de février 2005). Mais :

- l'avantage en cause est inégal : le statut ne concerne que le secteur privé¹² ; les petites entreprises sont moins couvertes¹³

¹¹ Ainsi doit-on approuver l'augmentation des tarifs de la CMUC intervenue en 2006 sur les prothèses dentaires.

¹² Le décret de septembre 2007 pourrait déboucher sur des mécanismes voisins pour la Fonction publique (Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels)

- associé à un financement élevé par l'entreprise (60% pour 85% des contrats), il permet aux salariés d'acquiescer de bonnes garanties avec de faibles cotisations personnelles. Il est vraisemblable que les références qui se sont diffusées dans ces contrats (multiple élevé du tarif sécu, forfaits annuels importants et dans certains cas remboursement des frais réels) ont « poussé » les prix du marché vers le haut et n'ont pas encouragés la productivité du secteur. Il est vrai que sur certains points la gestion de ces contrats collectifs évolue dans le bon sens.

d) Si la prise en charge par des dépenses les couvertures complémentaires à un niveau élevé est appelée à subsister, certains membres du conseil ont souhaité qu'on s'interroge sur des aménagements du cadre actuel en analysant les voies :

* d'une plus grande cohérence entre base et complémentaire (par exemple par la définition de tarifs opposables aux deux financeurs intégrés)

* d'une réforme du portage de l'aide aux couvertures complémentaires.

Le Conseil n'a pas procédé à cette analyse qui renvoie à une discussion plus globale.

e) Dans le domaine spécifique des prothèses dentaires, il faut se féliciter de l'option retenue d'augmenter la rémunération des soins conservateurs

De l'avis général, les chirurgiens dentistes sont amenés à pratiquer des prix élevés pour les prothèses parce que les soins conservateurs – qui sont opposables - ne sont pas assez rémunérés. En les augmentant, on devrait, pour un revenu « cible » de ces professionnels, contenir le prix des prothèses – non opposables. Le Conseil n'a pas analysé les accords passés en ce sens ni leurs résultats. Il se borne à souligner qu'un transfert du domaine non opposable au domaine opposable est pertinent.

¹³ La dernière étude CREDOC/CTIP de novembre 2007 auprès d'un échantillon d'entreprises (300), toutes tailles confondues, donne les résultats suivants : la complémentaire santé est présente dans : 62 % des entreprises de 1 à 9 salariés, 77% dans les 10 à 49 salariés, 92% dans les 50 à 99 salariés, et 95% dans les entreprises de 100 salariés et plus.