

## Avis relatif à un projet de décret modifiant le seuil d'application de la participation forfaitaire de 18€

### **Délibération n° CONS. – 01 – 07 janvier 2011 – Avis relatif à un projet de décret modifiant le seuil d'application de la participation forfaitaire de 18€**

En application de l'article R. 200-3 du Code de la Sécurité sociale, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé a saisi l'UNOCAM le 20 décembre 2010 d'une demande d'avis, notifiée le 21 décembre 2010, sur un projet de décret en Conseil d'Etat modifiant le seuil d'application de la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale.

Ce projet de décret modifie l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que la participation forfaitaire maintenue au niveau de 18€ s'appliquera désormais aux actes thérapeutiques ou diagnostiques affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 (au lieu de 50 jusqu'alors) ou à partir d'un seuil de 120€ (au lieu de 91€). Il prévoit également de relever le seuil d'exonération totale à 120€ (au lieu de 91 € auparavant) pour les actes de radiodiagnostic, IRM, scannographie, scintigraphie et tomographie

Le Conseil constate que le report de ce seuil accroît la base sur laquelle est calculé le ticket modérateur, lequel est pris en charge par les OCAM.

Or, malgré l'introduction en 2005 de la tarification à l'activité à l'hôpital, le ticket modérateur demeure calculé sur la base du tarif journalier de prestations (TJP), alors même que le remboursement de l'assurance maladie obligatoire s'applique pour sa part sur la base du tarif du groupe homogène de soins (GHS).

Le Conseil rappelle que les dépenses de ticket modérateur hospitalier connaissent une dynamique non maîtrisée depuis plusieurs années. Les dépenses des OCAM dans le domaine hospitalier ont connu une forte croissance<sup>1</sup>....

---

<sup>1</sup> Les dépenses hospitalières représentent aujourd'hui 17.1% des dépenses des OCAM, soit 4.15Md€ ; source DREES Comptes nationaux de la santé 2009.

Le Conseil estime que l'absence de transparence dans la détermination des tarifs journaliers de prestations constitue l'une des causes de l'accroissement conséquent des charges supportées par les OCAM, lesquelles sont assumées *in fine* par les assurés, via leurs cotisations.

Le Conseil appelle les pouvoirs publics à se saisir de l'opportunité du projet de facturation informatisée des établissements de santé, que l'UNOCAM soutient et auquel elle participe activement, pour aboutir à moyen terme à une clarification des tarifications hospitalières. Cette dernière est la condition nécessaire à l'amélioration de la lisibilité du système de prise en charge pour les assurés et à la maîtrise des coûts du système hospitalier.

A court terme, l'UNOCAM demande à ce que les Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) des établissements de soins publics soient centralisés dans une base de données nationale accessible aux OCAM. Cette demande, déjà formulée en 2009 et 2010, n'a pas été suivie d'effet. L'UNOCAM le déplore vivement.

Le Conseil de l'UNOCAM demande instamment que les services du ministère (DSS et DGOS) soient mobilisés sur l'impact de l'alignement du calcul de l'assiette du ticket modérateur des établissements publics et privés. Ce travail doit s'effectuer avec la participation des organismes complémentaires.

Le Conseil considère par ailleurs que les modalités de participation de l'assuré ont connu une telle diversification (ticket modérateur sur les séjours et le forfait hospitalier, forfait de 18€, ticket modérateur sur les forfaits - ATU, FFM, SE) qu'elles obèrent désormais la pilotabilité effective de la dépense et, au-delà, la cohérence d'ensemble du système de prise en charge.

L'UNOCAM réitère sa proposition, déjà plusieurs fois formulée, de s'investir dans une réforme qui permettrait d'accroître la visibilité et la transparence des coûts pour les patients.

Au regard de ce qui précède, l'augmentation du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18€, qui a pour unique objet de transférer une dépense annuelle de 175M€ de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire, ne saurait en aucune manière constituer une mesure pertinente pour répondre aux enjeux de financement de la branche maladie - et ce d'autant plus qu'elle ne s'accompagne d'aucune amélioration de l'accès des OCAM aux données qui leur sont nécessaires pour assumer leur part de la gestion du risque.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Conseil de l'UNOCAM émet un avis défavorable sur le projet qui lui est soumis par le Gouvernement.

**Délibération adoptée à l'unanimité avec abstention du CTIP**