

Note technique : Le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers

15 Juin 2020

La logique du ticket modérateur : Comme son nom l'indique, le ticket modérateur (TM) a pour objectif de réduire une éventuelle surconsommation de soins de la part de l'assuré (souvent évoquée sous le terme de risque moral). Il est présent dans la plupart des pays sous différentes formes (notion d'*Out-of-pocket -OOP- payments*) mais rarement pour les séjours hospitaliers, comme c'est le cas en France. Le TM est fixé à 20% du TJP -tarif journalier de prestation¹- applicable au séjour. Les motifs d'exonération du ticket modérateur (ETM) sont nombreux et ne dépendent pas de l'établissement concerné mais de la situation de l'assuré : s'il est en Affection de longue durée (ALD), de son risque d'assurance maladie obligatoire (AMO), de la durée du séjour ou des actes effectués. Par ailleurs, un FJH -Forfait Journalier Hospitalier- est facturé dans la quasi-totalité des séjours et peut représenter des montants importants. La somme des TM et des FJH constitue les RAC -reste-à-charge- hospitaliers auxquels l'assuré et sa complémentaire (le cas échéant) doivent faire face. A ces RAC hospitaliers « obligatoires » s'ajoutent d'éventuels frais pour chambre particulière ou compléments d'honoraires. Sont le plus souvent concernés par le TM les séjours effectués dans des services médicaux pour des personnes non ALD.

La prise en charge du ticket modérateur : depuis 2016, l'intégralité du TM hospitalier et du forfait journalier est prise en charge par l'assurance maladie complémentaire (AMC) dès lors que le patient a souscrit un contrat dit « responsable » ou est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire. Mais si 95% de la population est couverte², le taux de non couverture est plus important chez les personnes à très bas revenus ou fragiles (12% de non couverts parmi les 20% de revenus les plus faibles, 9% parmi les personnes déclarant un mauvais état de santé). Pourront ainsi être concernés les séjours des enfants de milieux modestes, les personnes en sevrage alcoolique ou toxicomanies, les séjours des personnes âgées, ...). Aucune donnée fiable n'est disponible sur les RAC après remboursement par l'assurance complémentaire (qui correspondraient à la notion d'OOP précédemment évoquée), car le lien entre la situation de couverture et le séjour n'est souvent pas connu au niveau individuel. En l'absence de couverture complémentaire ou de plafonnement des RAC et vu l'importance des montants (considérés comme catastrophiques à l'étranger), il est probable que ces TM restent impayés, venant alors abonder la masse des créances irrécouvrables de l'établissement.

Pour une connaissance fine des montants de TM : Le décompte des TM hospitaliers montre qu'ils constituent une recette non négligeable pour les hôpitaux publics ; ils sont néanmoins en baisse³. Au-delà, il importe de connaître leur distribution par type de séjour afin de documenter d'éventuelles inégalités entre pathologies. Tel a été l'objectif des travaux menés par la chaire Hospinomics sur les données de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris -AP-HP-. Les résultats de l'étude mise à disposition sur le site de la chaire montrent que la concentration des TM hospitaliers sur certaines catégories de séjours peut effectivement conduire à des montants unitaires très élevés, de plusieurs milliers d'euros.

¹ Le TJP constitue la base de facturation du patient lorsque le TM lui est facturable. Ce prix de journée est fixé selon les établissements pour chaque journée alors que l'Assurance maladie finance l'hôpital forfaitairement pour un séjour, en fonction de la pathologie, des actes, de la durée du séjour (le GHS : groupe homogène de séjour). La réforme, en principe applicable dès janvier 2021, devrait homogénéiser les TJP sur le territoire.

² DREES 2019 Panorama de la couverture complémentaire : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cs2019.pdf>

³³ Les TM représentaient 41 % des produits hospitaliers auprès des patients (titre 2) dans les établissements MCO, mais, en 2016, ils étaient en baisse de 1,2%, alors que les recettes globales croissaient de 2,6%. (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale juillet 2017).